



UNAM  
IZTACALA

**Universidad Nacional Autónoma de México**

---

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**La obesidad: un proceso psicosomático**

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A (N)  
**Nadine Yazmin Herrera Bocanegra**

Directora: **Lic. Arcelia Lourdes Solís Flores**

Dictaminadores: **Lic. Gerardo Abel Chaparro Aguilera**

**Lic. Carlos Olivier Toledo**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México

Abril 2009



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A Soledad, mi mamá:**

Gracias por darme la vida, por ti soy. Infinita gratitud por tu amor, por tu valentía, por tus apapachos, por tus regaños, por tu ejemplo. Gracias a tus enseñanzas puedo diferenciar lo correcto y lo incorrecto ¡Lo logramos, ma! Te entrego este trabajo como reflejo de un esfuerzo compartido a lo largo de la vida. Muchas gracias. Te amo.

### **A Juan, mi papá:**

Gracias por darme la vida, por ti soy. Eres un ejemplo de trabajo, de honradez, de inteligencia, de liderazgo. Te entrego este trabajo con todo mi amor. Espero que te sientas orgulloso de mí. Muchas gracias. Te amo.

### **A Toñito, mi hermanito:**

Gracias por compartir la vida conmigo. Aunque a veces se me olvida que sólo soy tu hermana, no olvides que te respeto y admiro tu tenacidad y valor para superar los obstáculos. Eres un gran muchacho. Gracias por reducir mi ignorancia tecnológica. Muchas gracias. Te amo.

### **A Daniel, mi esposo:**

Gracias por comprometerte a construir una vida juntos. Hemos aprendido que la vida en pareja puede ser algo maravilloso cuando el respeto y el amor se ejercen día con día. Además me enseñaste a reír y a disfrutar de las pequeñas cosas. Eres un gran hombre. Te amo.

### **A mis hermanos:**

Marlene, Francisco y Olimpia porque la distancia no significa ausencia. Ustedes son parte de mi vida. Gracias.

**A mamá Rosita, mi otra mamá:**

Gracias señora hermosa por haberme acompañado con infinita sabiduría, bondad, compasión y cariño. Sabe? Usted me regaló mi primer libro de psicología. Mis respetos, gratitud y amor.

**A mis maestros:**

**Arcelia:**

Gracias por haberme mostrado otra forma de mirar la obesidad y con ello otras formas de mirar mi cuerpo. Agradezco su gran conocimiento y guía para la elaboración de este trabajo.

**Gerardo:**

Gracias porque al haberlo encontrado en el camino universitario conocí una aproximación distinta del trabajo con el cuerpo. Su forma de transmitir el conocimiento fue un gran aliciente para entender que hay distintos caminos para trabajar conmigo y con los demás.

**Carlos:**

Gracias por haber aceptado mi trabajo y por sus valiosas recomendaciones para mejorarlo.

**A mis amigas y hermanas:**

Gracias Lucía y Lisbeth. Mis queridas hermanas por elección. Han sido grandes compañeras de aventura y desventura. Gracias a ustedes puedo estar segura de que la amistad es uno de los regalos valiosísimos de la vida. Son geniales. Almita, me enseñaste por vez primera que la amistad es algo duradero. Las quiero mucho.

**A Dios:**

Gracias infinitas por permitirme estar aquí y tener la familia y amigos que tengo. Por rodearme de personas tan maravillosas. Eres la forma exacta de acercarme a la paz y equilibrio que necesito. Bendícenos a todos.

# ÍNDICE

Resumen	
Introducción	1
<b>1. Capítulo 1: La visión alópata de la enfermedad</b>	<b>9</b>
1.1. Revisión de la visión occidental del cuerpo	9
1.2. El modelo biomédico	17
1.2.1 La psicología y cuerpo desde lo mecánico	27
1.3. La obesidad desde la visión alópata	29
1.3.1. Definición	30
1.3.2. Diagnóstico	32
1.3.3. Clasificación	35
1.3.4. Causas	36
1.3.5. Epidemiología	39
1.3.6. Afecciones asociadas	42
1.3.7. Tratamientos	43
1.4. Psicología y obesidad	56
<b>2. Capítulo 2: Obesidad: construcción psicósomática</b>	<b>62</b>
2.1. La medicina psicósomática	62
2.2 Nuevas formas de entender al hombre	64
2.2.1 La psicología y cuerpo integral.	66
2.2.2 Obesidad y otras interpretaciones psicológicas	67
2.3 Otra manera de ver lo psicósomático	70
2.4 Obesidad y proceso social	74

2.5 Relación órgano emoción	77
2.5.1 La enfermedad	83
2.6. La alimentación	87
<b>3. Capítulo III: La obesidad desde el cuerpo obeso</b>	
<b>Análisis de casos</b>	91
3.1. Metodología	91
3.2. Tabla general de resultados	94
3.3. Descripción de categorías	98
3.4. Datos demográficos	104
3.5. Descripción de resultados	105
3.5.1. Estructura familiar	105
3.5.2. Relaciones afectivas	146
3.5.3. Salud	159
3.5.4. Padecimiento	184
3.5.5. Alimentación	220
<b>4. Análisis de resultados</b>	234
<b>5. Conclusiones</b>	251
<b>6. Referencias</b>	256
<b>7. Anexo</b>	258

## **RESUMEN**

A partir de un marco teórico que se fundamenta en los factores sociales, familiares y ambientales para analizar la construcción del cuerpo de una manera integral se estudia en este trabajo como es que construye un padecimiento crónico degenerativo: la obesidad.

La primera parte del trabajo tiene como objetivo hacer una revisión de lo que la medicina y la psicología dicen acerca de la identificación y tratamiento de la obesidad. En la segunda parte se hace una revisión teórica desde lo social, familiar y la relación órgano emoción que contribuyen en el desarrollo de la obesidad.

La tercera parte tiene como objetivo identificar las emociones presentes antes del padecimiento y durante él. Se hizo una revisión de los aspectos familiares que permearon dichas emociones a partir de la elaboración de las historias de vida de 10 personas por medio de una entrevista semiestructurada.

A partir de las historias de vida se pudo identificar que las emociones predominantes en los obesos son la ansiedad, el enojo y la tristeza. Esta afirmación se corrobora también con los otros padecimientos de las personas. Dichas emociones se instalan en el cuerpo a partir de la situación familiar que se viene viviendo desde la infancia. Además se analizó como la condición social determina de gran manera lo que el obeso piensa y siente de su cuerpo: rechazo. Por este motivo las personas obesas están en constante búsqueda del cuerpo perfecto lo que genera mucha ansiedad y frustración ya que nunca se cumple el objetivo.

Finalmente el trabajo también vuelve a hacer hincapié en la importancia del tratamiento integral de los padecimientos que llamamos orgánicos o psicológicos. Hace un recordatorio de esta propuesta que considera al cuerpo como una unidad inseparable de su ambiente.

## INTRODUCCIÓN

El modelo biomédico actual se consolidó a finales del siglo XIX y, como el modelo de ciencia de aquella época basada en Descartes, Newton y Galileo, es un modelo analítico, en que el problema a investigar debe dividirse en partes sucesivamente más sencillas, hasta aislar secuencias causales simples, entonces considera que cualquier todo puede ser reconstruido material y conceptualmente a partir de las partes estudiadas una a una, sin sufrir distorsión, incluyendo al cuerpo.

Se encuentran dificultades metodológicas e ideológicas de la época y del propio modelo biomédico que retrasaron y marginaron el estudio y abordaje de los aspectos psicosociales de la enfermedad y favorecieron la progresiva desvalorización del diálogo y la relación personal con el paciente como medios diagnósticos y terapéutico.

Así es que una de las posibilidades que se plantearon como opción para poder entender de manera global las problemáticas de salud fue el planteamiento de una medicina que estudiara los trastornos que se denominaron psicosomáticos. Dándole esta connotación a padecimientos que aparentemente surgían de manera mágica, es decir, creados por los pacientes e inexistentes de manera orgánica. Posteriormente se reconocieron factores sociales y factores psicológicos que determinaban la presencia de dichas enfermedades.

Actualmente en algunos casos lo psicosomático se entiende como una alteración funcional, psicogénica o imaginaria. En otro sentido se entiende como una enfermedad orgánica con etiología o causa psicológica manteniendo una postura dualista que hoy no parece aceptable.<sup>1</sup>

Por su parte Terdjman menciona que existen ya nuevas posturas que reconocen la unión entre el espíritu y el cuerpo. Se sabe que todo conflicto psíquico tiene su contraparte en una perturbación física y viceversa. Lo psíquico y lo somático no son dos entidades separadas: deben ser tomados como dos aspectos particulares del conjunto viviente constituido por toda persona humana. Todos los traumatismos que hemos sufrido, todas las emociones que

---

<sup>1</sup> Anguera de Sojo, P. (1988) "Psicosomática: orígenes, concepto, marcos de referencia, limitaciones y perspectivas". En: *Medicina psicosomática*. Barcelona.



hemos reprimido o rechazado, son memorizados, no sólo a nivel de nuestro cerebro, sino incluso a nivel de todas nuestras células.<sup>2</sup>

Todas las emociones se inscriben al nivel del cuerpo. La cólera, la depresión, la angustia, el deseo, se manifiestan por signos exteriores evidentes, pero también por modificaciones fisiológicas internas. Y las emociones desempeñan un rol considerable en la elaboración de nuestra personalidad.

Las enfermedades psicosomáticas también encuentran sus causas en el ambiente. Porque si las situaciones emocionales son el factor esencial de la aparición de una enfermedad, las condiciones de vida pueden desempeñar el papel del estrés y desencadenar emociones.

Es aquí donde podemos mencionar, además de la cultura, un grupo fundamental para la construcción del sujeto: la familia. En ella se manifiestan las formas de edificar los procesos corporales y las maneras de interiorizarlos. Además es necesario analizar la manera en que el sujeto se apropia de estas relaciones familiares. Así, los integrantes del espacio familiar intercambian maneras y formas de vivir y eso permite que sus representaciones y vinculaciones se materialicen en el cuerpo, en comportamientos y formas de ver el mundo de la familia, que se constituye en un punto de referencia específico, que puede ser enriquecido y trastocado por valores morales y éticos de la sociedad.<sup>3</sup>

Así también las relaciones familiares son un proceso importante respecto de la salud y la enfermedad. Lo interesante es el proceso por medio del cual el sujeto materializa y somatiza la relación familiar en su cuerpo. Los impactos psicológicos en la relación familiar posibilitan maneras de apropiación y se manifiestan en formas de ser y ello contribuye en las maneras de sentir y vivir el cuerpo.

En este sentido la aparición de enfermedades somáticas en el individuo requiere de identificar y de analizar los trastornos en las interacciones de la relación de padres e hijos.

---

<sup>2</sup> Gilbert Terdjman, ((1990) *Como comprender las enfermedades psicosomáticas*, México, Gedisa

<sup>3</sup> Sergio López, R. (2000) "Familia y cuerpo humano" en *Zen y cuerpo humano*. México: CEAPAC - Verdehalago

En este sentido la valorización y aceptación o la pérdida de afecto o preferencias en la vinculación familiar juegan un papel esencial en la construcción de la enfermedad.

Así pues, el sujeto tiene su forma de responder a las emociones por medio de un lenguaje corporal constante, que le es propio. En este caso por medio de la enfermedad. Aparece el síntoma psicósomático, que es un desorden reversible: palpitaciones, diarrea, constipación, migraña, hipertensión arterial pasajera. Si este estado funcional se torna permanente, se producen alteraciones orgánicas y se asiste a la formación de una enfermedad psicósomática organizada, definida por lesiones orgánicas que provocan desarreglos secretorios, vasculares, tróficos y motores.<sup>4</sup>

Esto conduce a afirmar que toda enfermedad puede ser objeto de un enfoque psicósomático, lo que significa, simplemente que debemos asistir en el carácter unitario del hombre. Este no se puede reducir a la dualidad cartesiana a la que aún hoy se le asimila.

Una de las enfermedades que corresponden a este estilo de vida y de construcción de los sujetos en la actualidad es la obesidad, padecida por casi la mitad de la población en México.

Con respecto a la obesidad, además de agregar todos los elementos anteriores, también es necesario hacer notar que la sociedad en últimas décadas ha fomentado un estilo estético que se aleja de la realidad de constitución corporal de los mexicanos. Fomenta los cuerpos esbeltos, casi esqueléticos, que sólo se obtienen por medio de un riesgo permanente de la salud. Este estilo de belleza se ha convertido en un rasgo de éxito y motivo de competencia que al no alcanzarse ni por medio del sacrificio del cuerpo y de su salud promueve su detrimento de manera completa. Al mismo tiempo la gente que la padece no se plantea a fondo los motivos por los cuales se presenta la obesidad.

A continuación se describe de manera general que elementos conforman y construyen a la obesidad. Mc Laren<sup>5</sup> menciona que la obesidad es uno de los trastornos más comunes de la civilización. La obesidad puede definirse como adiposidad mayor de la necesaria para la

---

<sup>4</sup> Gilbert Terdjman. (1990) *Cómo comprender las enfermedades psicósomáticas*. México: Gedisa

<sup>5</sup> Daniel Mc Laren (1993) *La nutrición y sus trastornos*. México: Manual Moderno

salud. También se define como el aumento de las reservas energéticas del organismo en forma de grasa. Es, por lo tanto, un incremento de la cantidad de tejido adiposo del cuerpo.

Hoy en día, la valoración práctica más popular de la adiposidad es el uso del índice de masa corporal (IMC) derivado de peso/talla. Se menciona como medida estándar e indica si la persona es obesa a partir de que su puntaje sea mayor o igual al 25kg/m<sup>2</sup>. Aunque hay otras revisiones bibliográficas que menciona que en este rango y hasta los 30 se habla de sobrepeso, mayor a este puntaje es obesidad.

La regulación del peso del individuo está dado por el propio organismo. Existe un centro situado al nivel del sistema nervioso hipotalámico que tiende a mantener nuestro peso básico. Cada individuo posee un peso básico, que es el que mejor conviene a su equilibrio general. Si se gana peso, este centro restablece nuestro peso por dos medio. La modulación de nuestro apetito, y la demanda que recibe de nuestra actividad física o metabólica. Debido a la secreción de cierto número de hormonas, quemaremos más o menos grasas. Desde luego, numerosos factores pueden hacer variar la sensibilidad de este centro: endocrinos, sanguíneos, genéticos. Pero en la personalidad del obeso los problemas afectivos son un factor igualmente determinante en la formación de su enfermedad.

Sin embargo, además de esta descripción médica es necesario, en esta visión más integradora, considerar otros elementos que están constituyendo este padecimiento. Uno de los puntos a reconocer es el de que el problema de la obesidad se puede presentar desde la infancia. La tendencia familiar a la obesidad se ha reconocido, pero puede deberse a que miembros de una misma familia tienen costumbres y preferencias similares aunque también se ha demostrado que por herencia genética se hereda dicho padecimiento.

Otras posturas que abordan el aspecto psicológico, además del médico, mencionan que la obesidad se debe a alteraciones psicopatológicas primarias que pueden constituir un factor etiopatogénico claro en el desarrollo de la obesidad<sup>6</sup>. Por ejemplo el psicoanálisis, (corriente que inicia el estudio de las enfermedades psicosomáticas, con la histeria) menciona que la obesidad se debe a una fijación en el estadio oral por exceso o falta de estimulación.

---

<sup>6</sup> Lorena Martínez (2003) *La obesidad. Problema de salud pública*. Día Siete. No. 354

El segundo punto a analizar, es el de la herencia genética, como determinante para la presencia de la obesidad. Distintos estudios comprueban que entre padres e hijos o entre hermanos obesos hay mayor incidencia de la obesidad. Sin embargo también es cierto que el sujeto tiene la capacidad de modificar la información a nivel celular.

Por su parte habría que analizar las consecuencias que la presencia de la obesidad trae para el individuo. Una de las más importantes es el deterioro de la imagen corporal. La toma de conciencia de la imagen del cuerpo es necesaria para el sujeto. La toma de conciencia de la imagen del cuerpo es resultado de múltiples informaciones y, principalmente, experiencias sensibles. Desarrollamos la conciencia de nuestra imagen a través del dolor, la enfermedad, la experiencia erótica y el esfuerzo físico. La imagen se construye por un acto psíquico doble: el reconocimiento de nuestro propio cuerpo, y el del cuerpo del otro. Esta imagen evoluciona a partir de distintas experiencias, primero de la escuela, luego, la sociedad, debido a su tradición cultural o religiosa, modifica a su vez la imagen que tiene al individuo de su propio cuerpo. El concepto del cuerpo varía entre una filosofía y otra, entre dos religiones, de un país al vecino. El cuerpo es reconocido como la sede del éxtasis y la exaltación en una determinada tradición. Por el contrario, para la tradición judeocristiana el cuerpo es impuro y sólo se salva por ser el refugio del alma. También la moda lo modifica. Así algunos obesos han vivido siempre en un medio familiar donde todos eran obesos. En este caso, la imagen ideal que se forma de su cuerpo es la de un cuerpo grueso<sup>7</sup>.

Sin embargo esto al contraponerlo con la imagen ideal de la sociedad tendrá efectos para la persona desde la pérdida de autoestima, la ira, la envidia, la tristeza por no cumplir con los estereotipos lo cual le llevará en un primer momento a luchar y a rechazar su cuerpo y su imagen tratando de componerla y al final, cuando no logra por ningún medio el estereotipo entra nuevamente en esa fase de ingesta de alimentos, lo cual creará un círculo vicioso, repitiéndose el problema orgánico y el problema emocional.

Finalmente un punto último que se debe de considerar es el de los tratamientos que se proponen para la obesidad. Los principales están dados bajo esta condición de fragmentación del cuerpo. Existen una infinidad de productos, suplementos alimenticios,

---

<sup>7</sup> *Ibid.*

fajas, cremas, masajes que prometen en cinco días resarcir un padecimiento de años. Otros están mejor cuidados por los médicos a donde la base es la imposición de la dieta equilibrada, el gasto del exceso de energía por medio del ejercicio, y los fármacos, que eliminan la grasa o inhiben el apetito, por medio de anfetaminas o de ansiolíticos que lejos de ayudar en muchas ocasiones tiene efectos colaterales. Y finalmente está la terapia psicológica adonde generalmente se propone una terapia conductual para cambio de hábitos de alimentación. Sin embargo ninguno de estos tratamientos está considerando al individuo como unidad, sólo se trata de eliminar el problema sin considerar todos los elementos antes mencionados que evidentemente están permitiendo la construcción del sujeto obeso.

Por otro lado las estadísticas nos muestran que en el caso de la obesidad se ha convertido cada vez en un problema de salud pública. En México un 52% de la población mexicana padece obesidad por lo que es una de las primeras causas de mortalidad debido a que con esta problemática aumentan considerablemente las posibilidades de padecer enfermedades crónicas (diabetes mellitas, hipertensión, enfermedades cardiovasculares). Además se menciona que 1000 millones de personas en el mundo padecen obesidad, 11 millones de mujeres de 12 a 49 años de edad padecen sobrepeso u obesidad en México, 27.5 % de niños de entre 5 y 11 años la presentan también.

Como se venía mencionando, también es importante considerar la esfera cultural y social ya que por ejemplo se menciona otro factor muy importante que promueve de manera muy marcada la obesidad y es modo de vida de los países industrializados donde por un lado se promueven cada vez más los alimentos chatarra y donde el bombardeo de comerciales anunciando dichos alimentos es creciente además de que gradualmente se promueve una mayor ingesta de alimentos con los novedosos programas de paquetes gigantes sobre todo en la comida rápida. Por otro lado se hace poco o nulo caso a la actividad física como un factor que promueve un estado de salud equilibrado que por supuesto permite que se disminuya considerablemente el riesgo de padecer esas enfermedades crónicas y por el contrario si se promueve una vida cómoda y fácil a donde lo más vistoso es tener cientos de aparatos que sustituyan nuestro esfuerzo además de que la posesión representa un mayor estatus social y hasta personal.

Todo lo anterior nos muestra que el problema de la obesidad es necesario que se aborde de manera más integral. Sobre todo si analizamos que su abordaje siempre se ha dado de manera fragmentada, es necesario que el campo de la psicología pueda promover pautas que permitan la unión del estudio para la comprensión del individuo. Sobre todo, si observamos los abordajes de la psicología que sólo se limitan a la conducta o al inconsciente y dejan del lado el cuerpo donde se manifiestan dichas condiciones, sería necesario entonces una mirada de regreso a ese cuerpo para analizar y comprender sus distintas construcciones.

Es necesario plantearse nuevas preguntas que den respuestas más eficaces e integrales. El ejemplo es cómo una persona puede modificar su condición corporal a partir de las emociones que experimenta y cómo es que a su vez éstas lo vuelven a modificar. Todo esto con el fin de lograr respuestas que cumplan con las demandas que esta sociedad globalizada está demandando para alcanzar estados más saludables. En este sentido es necesario replantarse por unos lados nuevos diagnósticos y por el otro lado, nuevos tratamientos a donde se integren la medicina y la psicología a donde se dejen de lado dualidades obsoletas.

Por tanto se considera que la principal importancia de estudiar este tema radica en la posibilidad de describir cómo es que algunas personas han ido construyendo la obesidad en interrelación con sus familiares, la cultura, la economía, su condición psicológica y emocional. De esta manera podrá ser observable como es que determinadas formas de vida acostumbradas en la cotidianidad contribuyen a la formación de padecimientos en los miembros de una sociedad. Con ello se puede prevenir a partir del cambio de algunos hábitos, enfermedades tanto fisiológicas como psicológicas.

El presente trabajo tuvo entonces por objetivo identificar como es que se construye la obesidad en el adulto a partir de una revisión de su historia de vida y de las distintas esferas que le constituyen: historia familiar, estado económico, hábitos y costumbres, religión y aspectos específicos del propio padecimiento, entre ellos; la manera de afrontarlo y los tratamientos. Además de dar suma importancia a la posibilidad de identificar de manera más específica cuáles son las emociones que acompañan al sujeto en el transcurso de este padecimiento.

El objetivo general de este trabajo es analizar la construcción de la obesidad como enfermedad psicosomática en adultos a través de las distintas esferas que lo constituye. De éste se desprenden los siguientes objetivos:

- 1.- Identificar cómo influye la cultura y sociedad en la presencia de la obesidad en adolescentes y adultos
- 2.-Identificar cómo influye la vida familiar en la construcción de la sociedad.
- 3.-Identificar las emociones que permiten que el sujeto construya la obesidad: las causantes y lo que provocan.

La estructura del trabajo consiste de tres capítulos. En el primer capítulo se aborda la obesidad desde el punto de vista de la medicina alópata. En este capítulo se consideran los siguientes subtemas: la definición de la obesidad, etiología, prevalencia, tratamientos implicaciones para la salud, aspectos psicológicos.

En el segundo capítulo se abordará a la obesidad desde la perspectiva psicosomática a donde se hará una revisión de esta perspectiva a donde también se describirá la definición de la obesidad, sus causas y el abordaje que esta perspectiva da con respecto a su análisis y tratamiento.

El último capítulo se ocupa a la presentación del reporte de la investigación empírica. Se presenta de manera breve la metodología seguida. Se describen los resultados obtenidos a través del análisis de las historias de vida. Finalmente se presenta en análisis de los resultados obtenidos en dichas historias de vida.

## CAPITULO I

### LA VISIÓN ALÓPATA DE LA ENFERMEDAD

Resulta de gran importancia el poder revisar y analizar los cambios que se han efectuado a través del tiempo en las tendencias de las distintas sociedades. En este sentido toma importancia peculiar el poder analizar de qué manera estos cambios tienen implicaciones sobre la construcción social e individual de los seres humanos. Los componentes que dan forma a esta construcción han sido la propia cultura, la economía, la justicia, la alimentación, la política, la ideología, la ciencia, el mercado, etc. Las distintas formas de ser estarán dadas a partir del valor que se le otorgue a cada uno de estos elementos. Por lo tanto y para el objetivo que persigue este trabajo es necesario hacer una revisión de estos cambios entrelazándolos con lo que ocupa el presente, que es la construcción de la enfermedad, en este caso la obesidad; primero desde el punto de vista alópata considerando así elementos etiológicos, de prevalencia y los tratamientos junto con sus implicaciones. Se hará una revisión de cómo es que ha sido entendido el cuerpo y en general la visión del mundo para llegar a constituirse lo actual.

#### 1.1 Revisión de la visión occidental del cuerpo

Se dice que la visión actual del mundo y con todos los elementos que lo componen está siendo ubicada desde un punto de vista mecánico y fragmentado. Habría que explicar cómo es que se llegó a constituir una sociedad de este tipo. En este sentido Capra<sup>1</sup> hace una revisión bastante amplia en lo que se refiere a esta visión del mundo desde tiempo atrás explicándolo desde las distintas ciencias, mientras que Morris lo hace más bien exponiendo las condiciones opuestas; por una parte a la visión occidental y por la otra a la parte holística e integrada. Ambas permitirán la contextualización esta visión del mundo.

Morris<sup>2</sup> por su parte inicia planteándonos un concepto básico para entender la relación del hombre con el mundo: la conciencia participativa. Él hace referencia a este concepto para explicar la postura que tenía el hombre para relacionarse con el medio, esto es, que en un

---

<sup>1</sup> Fritjof Capra (1982) *El punto crucial. Ciencia, sociedad y cultura naciente*. Argentina: Estaciones.

<sup>2</sup> Ernesto Menéndez(1990), *Morir de alcohol. El saber y hegemonía Médica*. México: Manual Moderno



primer momento el hombre tenía la posibilidad de considerarse así mismo como parte del cosmos, del mundo y la naturaleza, cada evento se consideraba como parte del todo y no como situaciones separadas del hombre, existía un animismo y una integración, había un encantamiento con respecto al hombre y a la naturaleza.

Sin embargo con las modificaciones propiciadas en el entender de la naturaleza y el hombre a partir de la revolución científica y la entrada del capitalismo se llegó a dividir esta experiencia unificadora entre el hombre y el cosmos a una visión fragmentada, se independizó al hombre del universo en sí y se le dio más importancia y valor al hombre como observador sobre todo lo observado, se separó el yo de la experiencia misma. Se formuló la idea de que nadie estaba completo sino que más bien se tenían que cumplir con distintas funciones para poder acceder a esa experiencia en su totalidad. Al respecto, la división de la persona finalmente ha propiciado que ésta se sienta cada vez más ajena a sí misma y a todo lo que le rodea y bombardeada por todas esas funciones que los demás le demandan. Se presenta la culpa, la ansiedad, la melancolía y la alienación, la pérdida de conciencia del sí mismo, de la unidad.

Este paso entre las dos posturas se ha dado de manera paulatina y en últimas fechas se ha dado de manera sumamente drástica, permitiendo cada vez más esas manifestaciones de desequilibrio antes mencionadas. El hombre en un momento dado ya no se preguntó el cómo y el por qué de los eventos. Se propuso como punto único y verdadero el hacer y dejó de lado el ser. Esto permitió la fragmentación. Sin embargo hay bases científicas bien arraigadas que permitieron el cambio: la visión cartesiana del mundo, que a modo general dividió todos los elementos del universo en sus partes más pequeñas, incluyendo al hombre con el fin de entender el cómo de los eventos y perdiendo de vista las relaciones que existen entre cada una de esas unidades en una unidad mayor.

Así pues Capra<sup>3</sup> nos hace referencia a las ciencias más importantes que dieron origen a la visión mecanicista del mundo. La primera de ellas es la física, la cual sienta las bases de esta visión occidental del mundo. Éste cambio de paradigmas se efectúa alrededor de los siglos XVI y XVII. Antes de estas fechas la visión del mundo resultaba ser más integral y

---

<sup>3</sup>Fritjof Capra, *Op. Cit.*

más organicista ya que se daba una propiedad de vida y espíritu a todos los elementos del planeta. Posterior a estas fechas la visión integral se desplazó por una visión mecanicista, lo cual significaba darle al mundo la cualidad, si se puede denominar como tal, de ser algo automático y repetitivo. Los fundadores de esta visión fueron Copérnico, Galileo y Newton. El primero realizó un cambio radical, ya que el cambió la idea de que nuestro planeta y aún el propio hombre eran el centro del universo, desplazándola por una explicación a donde nuestro planeta formaba parte de un sistema y que giraba en torno a una estrella situada al borde de la galaxia. Las implicaciones científicas fueron mayores, pero sobre todo las implicaciones para el hombre común resultaron aún más importantes ya que antes de esto el hombre se creía el centro del universo y la creación máxima de Dios, desde ese momento el hombre solo era una parte y lo siguiente sería conocer las otras partes, del él mismo y del ambiente. Posteriormente Kepler implementa la idea ya de un movimiento planetario.

Galileo Galilei es otro de los hombres importantes dentro de la historia debido a que fue el primer personaje en utilizar la experimentación científica en conjunción con el análisis matemático para formular las leyes naturales que descubrió y por ello se considera como el padre de la ciencia moderna. Galileo hacía que la base matemática se uniera a la investigación empírica, esto es, que para él lo importante era el estudio de la materia y de sus características que incluían todas aquellas que fueran observables, cuantificables, medibles, a las que se le pudiera otorgar un número y dejaba fuera todas aquellas características que eran subjetivas, según su concepción. Es en este momento cuando se sientan las bases de una parte importantísima que caracteriza a la ciencia; sólo se ocupará del estudio de la materia que pueda ser factible de ser medida y manipulada por el experimentador. Las matemáticas serán aplicadas a todos los fenómenos naturales y sociales para que su estudio sea válido. Esta idea de lo objetivo predomina hasta la fecha y se cree que toda otra disciplina que trata de explicar otras cualidades de la materia, no ameritan reconocimiento, no ameritan el nombre de la ciencia y por tanto el conocimiento que brindan no es válido ni reconocido. Sin embargo, las implicaciones de esta visión están teniendo frutos lamentables.

Además de Galileo, Bacon por su parte, desarrolla otra visión más cercana al empirismo y al método científico sentando otra base de esta visión. El proponía un método que realizaría

teorías a partir del estudio y la experimentación de partes pequeñas que supuestamente representan al conjunto, decía que si se obtenían los mismo resultados en varios experimentos con los fragmentos entonces la premisa podía explicar al fenómeno por completo, a este forma de conducir el método experimental se le llama hoy método inductivo. En este sentido, la fragmentación de los eventos estaba teniendo sus inicios duraderos. Fue cuando se puso en lo alto el ver y buscar a las más pequeñas partes, supuestamente para entender al todo, sin embargo, se olvidó esa visión ecológica e integral y se le consideró al mundo como una máquina, debido a que en ese momento estaba en boga el desarrollo industrial. Entonces se entendía que una parte podía ser manipulada para mejorar la mecánica de la máquina o bien para reemplazar a aquella que ya no fuera funcional, sin embargo se olvidó la otra posibilidad de observar y entender a la máquina completa, si es que se le puede considerar como tal.

Sin embargo, el crédito de la adopción y promoción de la visión mecánica y fragmentada del mundo, se lo lleva Descartes, de hecho se le considera como el fundador de la filosofía moderna y por supuesto de la ciencia. Capra menciona que la vocación de Descartes era distinguir la verdad del error en todos los campos de estudio, Descartes decía que toda la ciencia es sabiduría cierta y evidente. Menciona que se deben rechazar todos los conocimientos que sólo son probables y establecer que no debe darse asentimiento sino a los que son perfectamente conocidos y de los que no cabe duda. De esta manera se pone en evidencia la importancia e influencia que tuvo para la visión científica hasta esta fecha.<sup>4</sup>

Al igual que Galileo, Descartes proponía que toda verdad universal y de la naturaleza debía de estar dada en términos matemáticos. Además, puso de relieve el papel de la razón como vía de conocimiento. Dicha idea la plasma en su obra, el Discurso del Método. Se propone que lo único viable y válido es el dudar de absolutamente todo lo que pasa alrededor. Descartes pone en duda todo aquello de que sea posible dudar, toda la sabiduría tradicional, las impresiones de los sentidos y hasta el hecho de tener cuerpo, hasta llegar al punto sobre el cual no cabe albergar ninguna duda: su existencia como sujeto pensante. De ahí su famosa afirmación “Cogito ergo sum” (pienso, luego existo). De este principio deduce que la esencia de la naturaleza humana se halla en el pensamiento y que todo aquello que sea

---

<sup>4</sup> *Ibidem.*

percibido en gran claridad y distinción es absolutamente cierto; a esto descartes lo llamó intuición y afirma que el hombre para llegar a un conocimiento absolutamente cierto de la verdad, sólo puede guiarse por la intuición evidente y la deducción necesaria. El conocimiento cierto, por consiguiente, sólo se obtiene mediante la intuición y la duda.

El método de Descartes es analítico, lo cual significa que se tiene que dividir los pensamientos y problemas en cuantas partes sea posible y luego disponerlos según un orden lógico. Esta lógica le sigue hoy toda la ciencia y bajo esta base científica se han logrado muchos adelantos en el conocimiento y en la tecnología. Sin embargo esta postura permitió la entrada de una visión reduccionista, es decir, esta visión de que hay que dividir todos los fenómenos a sus partes más pequeñas que se mencionaba más arriba. El reduccionismo también iba acompañado de esta visión mecanicista, que más tarde sería reafirmada por Newton. Descartes menciona que el mundo es una máquina, y como toda máquina carecía de vida, de metas y por supuesto de espiritualidad. Todos los fenómenos naturales se conducían como una máquina, se podían explicar en términos de movimiento y disposición de sus partes.

Otro de los puntos importantes que fomentó Descartes, y que ocupa el presente trabajo, es la visión fragmentada del cuerpo. La fragmentación está dada de tal manera que solo la razón es cierta, aún sobre la materia y por tanto ambas cosas están separadas, mente y cuerpo son dos y son distintos. Afirmó pues que el concepto de cuerpo no incluye nada que pertenezca a la mente y el de mente, nada que pertenezca al cuerpo. Las implicaciones de separar, en dos campos independientes y separados al *res cogitans* (substancia pensante) y al *res extensa* (substancia extensa) han sido más desfavorables que benéficas en la visión y relación del mundo y la persona.

Nos ha enseñado a pensar en nosotros mismos como seres aislados, dentro del cuerpo; nos ha hecho conceder más valor al trabajo intelectual que al manual, ha permitido un consumo enajenado de productos para el cuerpo para alcanzar el ideal, para resarcir las imperfecciones de esa materia, pero sobre todo algo que ocupa una verdadera importancia es que se ha propiciado el negar o separar las cuestiones corporales de las mentales, de las psicológicas, “le ha impedido a los médicos considerar las condiciones psicológicas de las enfermedades y a los psicoanalistas el ocuparse del cuerpo.” En este sentido las ciencias

también se dividieron, por ejemplo, las humanidades se concentraron en la res cogitans y la biología en la res extensa. El cuerpo en este sentido encajó perfectamente en la concepción de animal/máquina, se reducen los movimientos y las funciones biológicas a operaciones mecánicas, todo esto con el fin de demostrar que el humano es un simple autómeta.

Las implicaciones reduccionistas y mecanicistas no sólo aplicaron al cuerpo sino a la naturaleza también permitiendo que la explotación de los recursos que en ella se encontraban fueran explotados de manera indiscriminada. Este uso paradójicamente irracional de la naturaleza ha permitido la presencia de las condiciones de contaminación, degradación y empobrecimiento de la tierra y en general del planeta, aunque cabe señalar que la ocupación de desperdicio ya no sólo se concreta al interior del planeta como tal, sino al interior de los cuerpo y hasta el exterior del espacio, con toda la chatarra espacial. Finalmente esto refleja un poco del pensamiento que aún opera en los hombres y es el de creernos dueños de todo, el considerarnos la máquina pensante que maneja y desplaza a su antojo a las otras partes.

Newton es otro de los personajes que reforzó esta visión del mundo. Entre sus muchas obras, consideradas aportaciones, se encuentra por supuesto el haber realizado fórmulas matemáticas para muchas leyes naturales, como las del movimiento de los cuerpos en los que influye la fuerza de gravedad. Ligó también la experimentación sistemática y el análisis matemático para sus explicaciones de los fenómenos de la naturaleza. Además de la consolidación de dichos elementos. Newton trabajó con otra parte fundamental de la vida, o así considerada por algunos, el espacio-tiempo. Considerando un espacio tridimensional, se creía que era un espacio absoluto, inamovible, el tiempo también es absoluto. La materia era entendida solo como partículas que efectuaban sus movimientos en estas dos condiciones; espacio y tiempo absolutos y lineales.

Además de lo anterior, finalmente Newton brinda la base filosófica y científica para separar mente y cuerpo, espíritu y materia. El mundo fue considerado como un sistema mecánico que puede describirse objetivamente, sin tomar en cuenta la visión del sujeto, nuevamente esta descripción objetiva se volvió el ideal de todas las ciencias. La física como ciencia dura y el desarrollo de la tecnología dura tuvieron un tremendo éxito lo cual perdura hasta hoy. La física por ejemplo sigue constituyendo la base de todas las demás ciencias.

Siguiendo con el avance de la ciencia otro de los eventos que propició grandes cambios fue el realizado por Dalton, quien formuló la primera hipótesis atómica. Este avance se lo adjudicó la química, sin embargo dicho descubrimiento permitió una paulatina relación con la física. Esta misma visión, ahora ya no solo reduccionista sino también atomista posteriormente fue aplicada por Locke, en el Siglo de las Luces. Locke aplicó esta explicación de la naturaleza a las ciencias sociales. Trataba de explicar a la sociedad desde su componente más básico que era el propio ser humano, así trató de explicar la naturaleza humana para después poder aplicar dicho conocimiento a los problemas económicos y políticos.

Locke propuso que todo el conocimiento del ser humano era dado a través de los sentidos. La influencia de estas ideas permeó todo el estudio del ser humano incluyendo a las corrientes que trataban de estudiar la psique o la conducta humana. Las dos corrientes psicológicas importantes: el conductismo y el psicoanálisis entendían al hombre como un ser que evoluciona y esto significa que todos al nacer éramos iguales y que paulatinamente íbamos evolucionando dependiendo del entorno.

Así en psicología las dos visiones imperantes: el conductismo y el psicoanálisis determinan hasta ahora muchas de las premisas en psicología. El enfoque conductual hace mucho hincapié en el entorno del sujeto tomándolo sólo como un receptor e imitador de las conductas de fuera deja a un lado lo que pasa dentro del sujeto. En este sentido la investigación conductual es rigurosa en el planteamiento de objetos de investigación proponiendo variables observables, medibles y cuantificables todo fuera de estos parámetros se descarta como conocimiento. Más aún muchos de los objetivos de la investigación consisten en manipular la conducta dejando sin cualidades propiamente humanas al objetivo de investigación. Aún en los entrenamientos conductuales se descarta la posibilidad de ver qué pasa con las emociones del sujeto.

Por su parte el modelo cognitivo conductual introduce otras variables en el estudio y tratamiento de los sujetos ya que introduce la premisa de que no sólo la conducta es lo que se debe de observar sino que el sujeto es más amplio y que tiene la posibilidad de construir ideas y pensamientos que intervienen en su actuar. Por su parte el psicoanálisis tenía como

objetivo ser una ciencia y trataba de encontrar bases de esa índole para el tratamiento de los desordenes mentales.

Este enfoque del conocimiento a través de los sentidos proponía algunas leyes generales que aplicaban a todos los hombres ya que eran naturales: la libertad, la igualdad y el derecho a la propiedad. Esto sentó la base para una idea en lo político y económico de que el ideal del hombre es el individualismo y posteriormente el de la competitividad. Actualmente estos dos conceptos están altamente valorados y aplicados en las sociedades occidentales. La tan alta demanda de habilidades en el sujeto para poder acceder a las fuentes de trabajo y por ende el acceso a la economía propician una competencia encarnizada entre las personas exaltando el individualismo y más aún haciendo de lado valores tan esenciales como el respeto o el amor, la compasión o la lealtad no sólo negándoselos a los demás sino al sujeto mismo ya que la propia integridad va en detrimento.

Por otra parte el concepto de evolución años más tarde se modificaría gracias a la teoría de la evolución de las especies de Darwin. Presentó las pruebas que evidenciaban una evolución biológica de las especies. Y sobre todo la propuesta de una selección natural de las especies más fuertes.

Capra menciona que la introducción de estas nuevas ideas propicio la entrada de dos nuevos conceptos: el del orden y el del desorden. Casi todas las ciencias proponían que la gran mayoría de los fenómenos tienden de un desorden a un orden. Estos grandes cambios ocurridos en el siglo XIX permitieron la entrada a nuevas visiones en lo que se refiere a la física y la química. El cambio más radical fue la entrada de la mecánica cuántica en física que propone otras líneas de trabajo. La exposición de estos cambios se realizarán en el siguiente capítulo, basta con mencionar que el cambio es radical cuando en esta visión se propone una vista integral de la naturaleza.<sup>5</sup>

A pesar de los cambios de paradigmas que han tenido las ciencias que antes se consideraban duras, como la física y la química, la visión cartesiana del mundo, en occidente sigue prevaleciendo. Por ejemplo para la biología sigue prevaleciendo la visión

---

<sup>5</sup> *Ibidem.*

atomista reduccionista, se sigue considerando al organismo como máquina constituida por partes, partes que hay que desgajar e investigar hasta su elemento más mínimo. Este enfoque se ejemplifica en los avances en cuanto a genética, adonde lo que actualmente está en boga es el encontrar el nivel mínimo del componente de la vida, el mapa genético. Sin embargo sería necesario el poder dar un giro para poder entender que desde la parte más mínima de un organismo requiere del trabajo integral y cooperativo con todo lo que le rodea.

## **1.2 El modelo biomédico**

Esta tendencia de fragmentación, reduccionismo y competencia se aplicó no sólo a la física y a la química sino que invadió todas las demás ciencias. Pos supuesto la biología y posteriormente la medicina resultaron afectadas. En este primer capítulo interesa el presentar la construcción del modelo biomédico e intentar dar una descripción sobre la concepción de salud-enfermedad.

Berman da toda una descripción sobre los distintos modelos médicos que operan actualmente y sobre todo da una caracterización sobre el Modelo Médico Hegemónico. Nos comienza diciendo que las limitaciones del modelo biomédico hegemónico no son un fenómeno coyuntural y episódico, sino el resultado de las condiciones del desarrollo de la práctica, el saber y la teoría médica. Así el autor define como Modelo Médico Hegemónico al conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines de siglo XVII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de entender la enfermedad. Legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado.<sup>6</sup>

De esta manera al irse desarrollando las sociedades capitalistas todavía existían distintas prácticas y saberes para la atención de la enfermedad, pero el modelo médico hegemónico construyó una hegemonía que excluyó las ideas y distintas visiones de la explicación y atención de las enfermedades. Además regula jurídicamente las prácticas, protegiendo las médicas científicas y persiguiendo las que no lo son. Sin embargo las prácticas sociales

---

<sup>6</sup> Morris Berman (1987) *El reencantamiento del mundo*. Chile: Cuatro Vientos



cotidianas se siguen defendiendo las prácticas tradicionales y preventivas. En este sentido podemos entonces saber que a pesar de que el modelo médico científico se proponga como único válido y verdadero, existen otros tipos de conocimiento y de métodos curativos que aún siguen permaneciendo y que en general tienden hacia una visión más natural e integradora.

Ahora bien Berman propone tres modelos básicos: Modelo Médico Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado, Modelo de Auto atención.<sup>7</sup>

Modelo Médico Hegemónico. Que supone la existencia de tres submodelos: el individual privado, el médico corporativo público y el médico corporativo privado. Los tres presentan los siguientes rasgos estructurales. a) biologismo; b) concepción teórica evolucionista/positivista; c) ahistoricidad; d) asocialidad; e) individualismo; f) eficacia pragmática; g) la salud/enfermedad como mercancía; h) orientación básicamente curativa; i) concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia; j) práctica curativa basada en la eliminación del síntoma; k) relación médico/paciente asimétrica; l) relación de subordinación social y técnica del paciente que puede llegar a la sumisión (institución psiquiátrica); m) concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado; n) el paciente como responsable de su enfermedad; o) inducción a la participación subordinada y pasiva de los consumidores de acciones de salud; p) producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico; q) prevención no estructural; r) no legitimación científica de otras prácticas; s) profesionalización formalizada; t) identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos, u) tendencia a la medicalización de los problemas; v) tendencia inductora al consumismo médico; w) predominio de la cantidad y lo productivo sobre la calidad; x) tendencia a la escisión entre teoría y práctica, correlativa a la tendencia a escindir práctica médica de la investigación médica.

Estos caracteres corresponden inicialmente a la práctica médica individual y privada dominante durante el siglo XIX y la mayor parte del actual. El desarrollo económico-político conducirá a procesos de concentración y organización privada y estatal de las

---

<sup>7</sup> *Ibidem.*

actividades médicas a partir de la década de 1930, y esto tanto a nivel de las instituciones de atención médica como de la denominada industria de la salud.

En los dos submodelos corporativos podemos distinguir las siguientes características estructurales: a) estructuración jerarquizada de las relaciones internas y externas; b) tendencia a la centralización y planificación; c) burocratización; d) disminución y evasión de la responsabilidad; e) dominio excluyente de los criterios de productividad; f) profundización de la división técnica del trabajo; g) creciente subordinación a los controles técnicos y mecánicos; h) creciente amoralidad en todas las actividades desde la atención médica hasta la investigación. Uno de los rasgos del submodelo corporativo público es el preventivismo, así como el reconocimiento de la importancia del medio gabinete, aunque todos los contextos aparecerán subordinados a lo curativo.

Modelo Médico Alternativo. En este modelo se integran las prácticas reconocidas generalmente como tradicionales. Pero esta calificación no sólo connota una suerte de pasado cargado de valores, sino que clausura toda serie de prácticas alternativas que se van constituyendo como dominantes, pero que no sólo no proceden del pasado, sino que en gran medida son derivaciones o emergentes del Modelo Médico Hegemónico y que sintetizan y transforman a las llamadas prácticas tradicionales. Varias del pasado se ven cada vez más influenciadas por el modelo hegemónico. Estas prácticas constituyen además una opción de las instituciones del Modelo Hegemónico.

Los caracteres básicos de este modelo son: a) concepción globalizadora de los padecimientos y problemas; b) las acciones terapéuticas suponen casi siempre a la eficacia simbólica y a la sociabilidad como condicionantes de la eficacia; c) tendencia al pragmatismo; d) ahistoricidad; e) asimetría en la relación curador-paciente; e) participación subordinada de los consumidores; f) legitimación comunal o por lo menos grupal de las actividades curativas; g) identificación con una determinada racionalidad técnica y simbólica; h) tendencia a la exclusión del saber y prácticas curativas de los otros y tendencia reciente a la mercantilización.

La revisión en México de los saberes y prácticas populares pone en evidencia, para todos los contextos sociales y étnicos de los cuales tenemos información: a) la escasez de

prácticas populares de atención y solución al problema que se analiza, b) la limitada eficacia de las mismas.

Modelo de Autoatención. Se denomina así al modelo basado en el diagnóstico y atención (prevención) llevado a cabo por la propia persona o personas inmediatas pertenecientes al grupo familiar y/o a los diferentes grupos comunitarios. Este modelo está en la base de los dos anteriores y su estructuración se fundamenta en sus funciones curativas-preventivas y sobre todo socioeconómicas. Las características básicas son: a) eficacia pragmática; b) concepción de la salud como bien de uso y tendencia a percibir la enfermedad como mercancía; c) estructuración de una participación simétrica y homogenizante; d) integridad grupal y comunal; e) concepción basada en la experiencia; f) tendencia a la apropiación microgrupal de las prácticas médicas; g) tendencia sintetizadora; h) tendencia a asumir la subordinación inducida respecto de los otros modelos.<sup>8</sup>

La autoatención se funda en dos hechos básicos 1) la frecuencia, la recurrencia y la continuidad de episodios de enfermedad, daños o problemas que afectan a los miembros de los grupos primarios y de manera particular a las unidades domésticas 2) la necesidad de estos grupos de establecer acciones inmediatas que den una solución, por lo menos provisoria, a dichos episodios. Debe recordarse que estos episodios, ya sean agudos o crónicos son parte constitutiva de la vida cotidiana.

Este modelo hegemónico se ubica en un sector de la población que forma a la burguesía, en la estructura de clases dominante y se organiza de una manera jerárquica, asimétrica, clasista y racista. La exclusión de modelos alternativos estará dada básicamente en términos ideológicos y funcionará en forma secundaria en términos técnicos y profesionales. El Modelo Médico Hegemónico necesita imponer su hegemonía, ser la referencia científica e ideológica necesaria y legitimada de las acciones contra la enfermedad, aunque sólo puede ser consumida por un sector pequeño de la población cuyas característica principal es el nivel económico alto.

Modelo Médico Alternativo Subordinado. En éste se integran las prácticas reconocidas generalmente como tradicionales. Connota algo referido al pasado cargado de valores,

---

<sup>8</sup> *Ibidem.*

además clausura toda serie de prácticas alternativas que se van constituyendo como dominantes, pero que no solo proceden del pasado sino que en gran medida son derivaciones o emergentes de modelo médico hegemónico y que sintetizan y transforman a las llamadas prácticas tradicionales. Algunas de estas prácticas derivan de este grupo o bien estos saberes reciben cada vez más influencia de dicho modelo. Desde esta perspectiva, hay que señalar que el eje de esta agrupación radica en que dichas prácticas constituyen opciones institucionales que el modelo hegemónico engloba y a las cuales subordina ideológicamente.

Los caracteres básicos de este modelo son: a) concepción globalizadora de los padecimientos y problemas; b) las acciones terapéuticas suponen casi siempre a la eficacia simbólica y a la sociabilidad como condicionantes de la eficacia; c) tendencia al pragmatismo; d) ahistoricidad; e) asimetría en la relación curador-paciente; f) participación subordinada de los consumidores; g) legitimización comunal o por lo menos grupal de las actividades curativas; h) identificación con una determinada racionalidad técnica y simbólica; i) tendencia a la exclusión del saber y las prácticas curativas de los otros; j) tendencia reciente a la mercantilización. Lo más rescatable es que esta postura tiene una gran intensidad en la eficacia simbólica y la sociabilidad, así como la intención globalizadora.<sup>9</sup>

Ahora bien para entender un poco más lo anterior en términos más generales se comenzará por dar la definición de enfermedad que se maneja a nivel médico así como la revisión breve de la construcción de dicho a través del tiempo.

La enfermedad es el funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos que se estudian desde el punto de vista de la biología celular y molecular, la tarea del médico es intervenir, física o químicamente, para corregir las disfunciones de un mecanismo específico. Uno de los cambios que permitió el concepto actual de la enfermedad primero fue hecho por la adecuación del microscopio con lo cual se dio paso a la microbiología dando cuenta de la riqueza y complejidad insospechada de los organismos vivientes de dimensiones microscópicas. Finalmente Pasteur se dedicó al estudio de las enfermedades en animales y demostró la correlación definitiva que existe entre los gérmenes y la

---

<sup>9</sup> *Ibidem.*

enfermedad. Esto hizo que posteriormente en la investigación biomédica se tendiese a considerar las bacterias como la única causa de la enfermedad; con ello se tendió a hacer “balas mágicas”, medicinas que destruirían ciertas bacterias específicas sin dañar el resto del organismo.

En este sentido el médico no interviene en el proceso curativo del paciente. El motivo por el que el concepto de curación está excluido de la ciencia biomédica es evidente. El proceso de curación ha sido practicado por los curanderos guiados por la sabiduría popular según la cual la enfermedad es un trastorno de toda la persona, que abarca el cuerpo del paciente y también su mente, la imagen que el paciente tiene de sí mismo, su dependencia del entorno físico y social y su relación con el cosmos y con los dioses. La evidencia queda más que comprobada en el sentido de que los médicos niegan todo aquello que no se vea desde la óptica del científico reduccionista que niega toda relación entre la mente y el cuerpo. Y mucho más cuando se trata de creer en fenómenos que no se pueden medir o cuantificar. La rigurosa separación de Descartes llevó a los médicos a concentrarse en la máquina del cuerpo y a olvidar los aspectos psicológicos, sociales y ambientales de la enfermedad.

Los significados de la salud y de la enfermedad están estrechamente vinculados. Depende de la visión que se tenga de un organismo viviente y de la relación de éste en su entorno. Desde el punto de vista de OMS la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o de males.

De tal suerte que de la <sup>10</sup> influencia del paradigma cartesiano en el pensamiento médico resultó el llamado modelo biomédico, que constituye la base conceptual de la medicina científica moderna. Desde este modelo el cuerpo humano es considerado como una máquina que puede analizarse desde el punto de vista de sus partes. Por consiguiente los médicos modernos se ven incapacitados para entender y también para curar, muchas de las principales enfermedades de hoy. Actualmente, la sociedad ejerce una presión considerable en los médicos para que superen la parcial estructura mecanicista de la medicina contemporánea y desarrollen un criterio más amplio y holístico de la salud.

---

<sup>10</sup> Fritjof Capra, *Op. Cit.*

La visión cartesiana de los organismos vivos tuvo una influencia decisiva en la evolución de las ciencias humanas. Describir minuciosamente los mecanismos que constituyen los organismos vivos ha sido la tarea principal de todos los biólogos, los sociólogos, los psicólogos en los últimos trescientos años. El enfoque cartesiano ha tenido mucho éxito, especialmente en el campo de la biología, pero también ha limitado los posibles caminos de la investigación científica. El problema está en que los científicos, alentado por el éxito obtenido tratando a los organismos son sólo máquinas. Las consecuencias negativas de esta falacia reduccionista se han vuelto clarísimas en la medicina; los médicos que participan en de las ideas de Descartes del cuerpo humano como un mecanismo de relojería, no pueden entender muchas de las principales enfermedades presentes en el mundo de hoy.

El auge de la medicina moderna comenzó en el siglo XIX, época en que se realizaron grandes descubrimientos en el campo de la biología. A comienzos de siglo se conocía ya casi toda la estructura del cuerpo humano hasta sus detalles más diminutos. Además se estaban haciendo rápidos avances en la comprensión de los procesos fisiológicos. Médicos y biólogos centraron su atención en el reduccionismo y en las entidades más pequeñas. Esta tendencia tomó dos caminos. El primero suponía que toda enfermedad se debía a una serie de cambios estructurales a nivel celular, y por ello establecía la biología celular como base de la medicina. El segundo camino basado en las ideas de Pasteur se dirigió al estudio de los microorganismos cuya investigación era a nivel biomédico.

Pasteur demostró claramente la correlación existente entre las bacterias y la enfermedad. Por su parte Bernard hacía hincapié en los factores ambientales, externos e internos acentuaba la idea de la enfermedad producida por una pérdida del equilibrio interno que suponía, por lo general la concurrencia de un gran número de factores. Pasteur al final ganó la batalla fue entonces que surge el concepto de etiología que se refiere a la causa de la enfermedad desde un punto de vista externo.<sup>11</sup>

Al mismo tiempo, sin embargo, Pasteur, reconocía que algunos organismos ofrecían una resistencia considerable a muchos tipos de microbios. Por consiguiente, en su opinión, el buen fin de la terapia suele depender de la capacidad del médico para restituir las

---

<sup>11</sup> Fritjof Capra, *Op. Cit.*

condiciones fisiológicas que favorezcan la resistencia natural. Además también sugirió que el estado mental de la persona puede afectar a su resistencia a la infección.

Sin embargo, uno de los adelantos que continuaron durante el siglo XX y que lleva como visión el reduccionismo es la generación cada vez más fina de una serie de medicamentos y vacunas para combatir las enfermedades infecciosas. El primer descubrimiento es el de la penicilina en 1928, luego numerosas nuevas generaciones de antibacterianos, cada vez más sofisticados y caros. Otra de las principales novedades farmacéuticas ha sido un amplio surtido de fármacos psicoactivos, especialmente tranquilizantes y antidepresivos.<sup>12</sup> Gracias a estos nuevos medicamentos, los psiquiatras lograron controlar muchos de los síntomas y de los modelos de comportamiento de los pacientes psicóticos sin aturdirlos y con ello se supuso una mejora en la atención de dichos pacientes. Los efectos a corto plazo de estos medicamentos resultaron sorprendentes sin embargo a la larga se ha visto que además de ocasionar una gran cantidad de efectos secundarios, controlan los síntomas pero no tienen ninguna efectividad sobre los trastornos que los causan.

Posiblemente para el grueso de los médicos todos estos adelantos, descubrimientos y avances representa la expresión máxima de una ciencia que se jacta de serlo, sin embargo para la población que solicita y demanda un buen servicio de salud, generalmente todos estos adelantos no lo llevan a un proceso de curación. La gran mayoría de estos tratamientos representan costos muy elevados que en muchas ocasiones la gente no puede pagar, por otra parte la gran mayoría, sino es que todos los medicamentos, solo encajan con el sistema reduccionista que solo tapa la pieza o el órgano afectado pero no considera al cuerpo como uno sólo lo que se traduce en una falta de efectividad de los tratamientos a largo plazo. Al final los síntomas solo se retrasan un poco o se desplazan a otros lugares y la persona se sigue sintiendo en desequilibrio, además de añadir todos los efectos secundarios que tienen los tratamientos a base de medicamentos.

Esta moda de tratamientos a base de medicamentos también ha traído consigo una cultura del analgésico. Esto sólo es el resultado de las carencias del modelo biomédico. Por un lado es quien propone el evitar el síntoma a través del medicamento y quien también alerta sobre

---

<sup>12</sup> Fritjof Capra, *Op. Cit.*

sus resultados dañinos si se ingiere de manera negligente. Sin embargo mucha de la gente recurre a la automedicación, porque los médicos siempre dan lo mismo, porque los costos son altos y porque las pastillas se encuentran como si fuera otro elemento básico de vida, el anaquel de todos los analgésicos que se pueden consumir sin receta y que ya traen impreso el modo de empleo, además de considerar la publicidad al respecto que te ofrece una pastilla milagrosa para cualquier padecimiento que se tenga, generando a su vez un consumismo indiscriminado.

La calidad del servicio médico también ha sido precaria, muchos de los pacientes se quejan de la falta de efectividad de los tratamientos, pero también se quejan de la falta de humanización de los médicos. Generalmente los médicos se consideran los poseedores del saber y por tanto consideran que tienen derecho de decidir sobre lo que hay que hacer sobre el cuerpo del otro. Deciden y juzgan el trato de su cuerpo al paciente. Mientras que el arte curativo incluye una reacción terapéutica a nivel psicológico, por ello, porque no existe ese contacto persona a persona es que el proceso de curación no se llega a dar.

Si se piensa en la salud como algo integral entonces, dice Capra, habría que dar una mirada a otros elementos que visualicen la naturaleza como algo más integral y si hablamos de individuos habría que revisar si en lo social el equilibrio es permanente o solo ambas son el reflejo de la enfermedad. El autor dice que otras manifestaciones de la enfermedad pueden tomar la forma de patologías psicológicas y sociales. Menciona de hecho que las patologías sociales se han vuelto un gran problema para la sanidad pública. Ya en este año las encuestas reportaban que el 25 por ciento de la población tenía suficientes problemas psicológicos para ser considerada gravemente disminuida y necesitada de atención terapéutica. Se dio un incremento del alcoholismo, de los crímenes violentos, de los accidentes y suicidios, todos ellos síntomas del malestar social.

Lo anterior conduce a replantearse entonces cual ha sido el papel de la medicina y en general de la ciencia y la tecnología. Estadísticamente las cifras indican que el promedio de edad de vida ha incrementado, sin embargo habría que preguntarse con qué calidad permanece la gente viviendo. La conclusión que obtiene Capra al respecto es que quizá las



intervenciones biomédicas, si bien pueden resultar muy útiles en casos individuales de emergencia, influyen muy poco en la salud del conjunto de la población.<sup>13</sup>

Desde otra visión más integral la salud queda entendida de otra forma, independiente del modelo biomédico, la salud dependerá del comportamiento, de la actitud, de la alimentación, de las posibilidades de una calidad de vida. Por ejemplo, en el tercer mundo las enfermedades infecciosas aún siguen siendo causas principales de muertes, en el primer mundo, debido a las ataduras económicas, a la necesidad de bienes materiales y a la complejidad tecnológica se han dado enfermedades crónicas y degenerativas y que se les describe como males de la civilización ya que están íntimamente vinculadas al estrés, la alimentación rica en grasas y proteínas, el abuso de drogas, la vida sedentaria y la contaminación ambiental que caracteriza la vida moderna.

Otra de las problemáticas que presenta la medicina es la especialización a la que ha estado sujeta, esto como consecuencia directa de la visión fragmentada del cuerpo. Una vez que se dan de manera acelerada los cambios en el diagnóstico o en las formas de curación, pronto los médicos se habían olvidado de todos los factores que intervienen en el proceso de enfermedad. Actualmente la especialización ha llegado a su máxima expresión, así encontramos un médico especialista por cada parte del cuerpo; gastroenterólogo, cardiólogo, ginecólogo, urólogo, otorrinolaringólogo, etcétera. Lo mismo ha sucedido para los padecimientos que se podrían considerar de la mente: psicólogos, psiquiatras, neurólogos, estos últimos casi siempre con el objetivo de encontrar ubicado en el cuerpo un desajuste del sistema nervioso, una pieza rota de la máquina.

Al respecto de la psicología y la enfermedad se ha olvidado o negado cuán estrecha es la relación entre la presencia de enfermedad y los estados emocionales de la persona. Además el estado psicológico de una persona no sólo es importante en el brote de una enfermedad, sino que también es un punto clave del proceso curativo. Así por ejemplo una enfermedad mental es básicamente idéntica a una enfermedad física: la única diferencia estriba en que la primera afecta al cerebro y no a otro órgano del cuerpo y por consiguiente se manifiesta a

---

<sup>13</sup> Frijof Capra, *Op. Cit.*

través de síntomas mentales y no de síntomas físicos. Finalmente lo que hay que destacar es que ambas si se les puede separar se manifiestan en un cuerpo, en uno íntegro.

### **1.2.1 La psicología y cuerpo desde lo mecánico**

La revisión médica conduce también a la otra parte que ya se venía mencionando y es la de la psicología de la persona como parte integral del proceso salud enfermedad.

Cabe en este momento realizar también una breve descripción de los cambios que ha tenido la psicología a lo largo de la historia. La psicología también siguió el modelo cartesiano para el estudio de la mente o del objetivo de estudio de la psicología de acuerdo a las fragmentaciones que la disciplina sufrió y que hasta la fecha permanecen. El cuerpo es solo un elemento más, considerándose un medio para poder acceder ya sea al inconsciente por parte del psicoanálisis, o a la conducta desde el conductismo.<sup>14</sup>

En un principio el conocimiento psicológico se generó en el laboratorio de fisiología, su objeto de estudio no eran los fenómenos corporales somáticos ya que estos correspondían a la medicina, eran los fenómenos psíquicos dándose así el cambio de trabajo fisiológico al psicológico.<sup>15</sup>

Las dos primeras corrientes surgidas fueron el estructuralismo, que dedicaba su estudio a la mente por medio de la introspección y trataba de reducir la conciencia a sus estructuras elementales. La segunda y que hasta la fecha continúa con una fuerza muy amplia sobre todo porque cumple con el estatus de ciencia objetiva, es el conductismo que propiamente se encarga del estudio de la conducta.

Con Pavlov y sus investigaciones se demuestra que los reflejos se pueden condicionar de una manera exógena. Así el cuerpo solo se convierte en un receptor de estímulos que se adapta a nuevas situaciones por medio de reflejos. Watson por su parte introduce tres tipos básicos de reflejos: viscerales, manuales y verbales. El cuerpo responde como una máquina al estímulo externo. Así el método conductista observa y mide las conductas espontáneas y

---

<sup>14</sup> Rosario Amador M. (2003) *Dos posturas psicológicas. Mecanicista y holista para analizar, incidir y cura el cuerpo*. Tesis Licenciatura. FEZ Iztacala. Pág. 53

<sup>15</sup> *Ibidem*.

reactivas. Su propuesta de trabajo es una terapia de la conducta que trata de aplicar las técnicas de condicionamiento clásico y operante, es decir, la modificación de la conducta.

El conductismo empezó de este modo y su filosofía se amplió considerablemente, hoy en día la perspectiva es más flexible de lo que era con Watson, los conductistas contemporáneos, las respuestas observables y el aprendizaje y han abordado algunos aspectos subjetivos como el amor o las emociones.<sup>16</sup>

Por su parte también aparece Freud y su teoría psicoanalítica caracterizada por el estudio subjetivo de la persona, muy a pesar del propio autor dado que lo que pretendía era hacer una ciencia psicológica sustentable científicamente ubicando cada una de sus estructuras psíquicas en algún lugar del cerebro. Dicha teoría incorpora conceptos y tratamientos de los problemas emocionales en donde se toman en cuenta la motivación, personalidad, conducta anormal y el desarrollo infantil.

La propuesta de trabajo era lograr poner al paciente en un estado similar al sueño y luego dejarlo hablar de sus problemas con total libertad, sin hacer demasiado hincapié en las experiencias emocionales dramáticas. De ahí se obtenía material en el cual buscaba deseos, miedos, conflictos, impulsos. Así el paciente lograba hacer consciente lo inconsciente. Dicho procedimiento se denominó “asociación libre” que se convirtió en la clave del método psicoanalítico. Finalmente ambas posturas ocupan un lugar en la visión mecanicista de la vida.

Otras corrientes importantes y que de alguna manera proponen una visión integradora del cuerpo son el humanismo, la psicología existencialista y la psicología transpersonal. La primera nace de la necesidad de encontrar nuevas formas de autoconocimiento. La segunda plantea al hombre como un ser autónomo en su temporalidad y finitud siendo solo él responsable de sus decisiones; de esta corriente se deriva el enfoque centrado en la persona creado por Carl Rogers cuyo fundamento es la existencia como esencia típica del ser humano. La psicología transpersonal también se da como una nueva alternativa para integrar al hombre, no solo tomando en cuenta los factores psíquicos y somáticos, ésta va

---

<sup>16</sup> *Ibidem*, Pág. 56

más allá, abordando el plano espiritual, incidiendo y concibiendo al hombre de una manera holista.<sup>17</sup>

La revisión anterior permitirá entonces poder hacer una aproximación diferente del cuerpo y la enfermedad, en este caso el padecimiento que interesa es la obesidad, sin embargo en este primer capítulo lo que interesa es hacer una revisión desde la visión alópata de dicho padecimiento.

### **1.3 La obesidad desde la visión alópata**

La tecnología de punta nos brinda una gama de opciones para conseguir un cuerpo ideal de acuerdo a los estándares actuales. Dietas, productos, nuevas técnicas de ejercicio, bronceados sin sol, depilaciones permanentes, masajes y tratamientos faciales son la otra opción para dejar de lado todas las imperfecciones del cuerpo incluido el bisturí. En este sentido se puede dar cuenta que frente a una sociedad que premia la fisonomía y la buena imagen del ser humano, alcanzar el cuerpo perfecto es una necesidad no importando el costo de esta meta impuesta. Sin embargo la búsqueda de un cuerpo perfecto adecuado para la época se puede ver a lo largo del tiempo, por ejemplo en los siglos XVI y XVII el cuerpo adecuado era el de las regordetas, ahora bien si se habla de este último siglo el cuerpo bello ha sido el de mujeres que apuntan en un primer momento a ser delgadas hasta llegar a ser flacas casi esqueléticas. Esta búsqueda del cuerpo perfecto no es privativa únicamente a las mujeres, a los hombres también los han bombardeado con estereotipos de cuerpo, que no propiamente son los huesos pero si se tiende de a ser delgado y con músculos desarrollados.

Además de la estética, el cuerpo ha sido un receptáculo de los padecimientos generales de la sociedad en términos psicológicos, emocionales y de salud en general. La obesidad en ese sentido se entendió hasta hace poco tiempo como un factor que predisponía a la persona para padecer enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes y la hipertensión. Ahora la obesidad se ha vuelto uno de los peores padecimientos de la población mundial debido a que un gran número de personas la padecen. Sin embargo a mayor preocupación de las personas obesas es el reducir la grasa corporal con fines estéticos y no de salud en el entendido de que se reducen las posibilidades de padecer muchas enfermedades.

---

<sup>17</sup> *Ibidem*. Pág. 58

### 1.3.1 Definición

La prevalencia de obesidad en sociedades modernas crece de forma rápida desde 1980; es un problema epidémico que aumenta en todos los grupos de edad de la población. Laguna menciona que aún cuando el cambio de ambiente y estilo de vida de las personas podría explicar el problema de la obesidad, la etiología de la obesidad es compleja, agentes ambientales, conductas y biología, interactúan dando por resultado una enfermedad difícil de prevenir y tratar. Distintos agentes ambientales que interactúan con un huésped susceptible han comenzado a ser identificados como responsables del incremento de peso corporal entre la población. En este sentido cabe resaltar que en el mejor de los casos podemos encontrar artículos de corte médico que incluyan los factores anteriores como determinantes de la obesidad. La mayoría de los autores se enfocan en tres aspectos primordiales: el Índice de Masa Corporal como medio de diagnóstico, la importancia de la ingesta calórica y el ejercicio como medios remediales de la obesidad. Revisemos lo que se dice acerca de la obesidad.<sup>18</sup>

Canizales menciona que la obesidad puede ser descrita como un exceso de tejido adiposo, lo cual es resultado de un balance positivo de energía, el cual ocurre cuando la ingesta calórica excede al gasto energético. La existencia de la obesidad se establece de manera indirecta, ya que los métodos directos para evaluar la masa no son de fácil acceso.<sup>19</sup> Formiguera define a la obesidad como la cantidad excesiva de grasa corporal. Menciona que debe distinguírsele del exceso de peso, que denota un peso corporal mayor en relación con la talla.<sup>20</sup> García define la obesidad como una enfermedad caracterizada por el almacenamiento excesivo de tejido adiposo en el organismo, lo cual tiene un efecto adverso sobre la salud de la persona que la padece. También se dice que la obesidad representa una alteración metabólica crónica.

---

<sup>18</sup> Carlos Laguna (2005) *Determinantes del sobrepeso: Biología, psicología y ambiente*. Revista de Endocrinología y Nutrición Vol. 13, No. 4 pp 197-202

<sup>19</sup> Canizales, Q. (2008) *Aspectos genéticos de la obesidad humana*. Revista de Endocrinología y Nutrición Vol. 16, No. 1 pp 9-15

<sup>20</sup> Formiguera, X. (1998) *Obesidad*. España: Harcourt Barce

Laguna<sup>21</sup> hace referencia a la intensiva investigación que se ha hecho de los mecanismos biológicos relacionados con la regulación de la alimentación y peso corporal, la cual ha permitido conceptualizar un modelo homeostático de obesidad. Este modelo se ajusta a la teoría del “Punto establecido” (Set Point) que sostiene que la alimentación está determinada por un control biológico para mantener el peso corporal estable. Sin embargo, diversos estudios acerca del efecto de agentes ambientales sobre la alimentación sugieren que quizá no exista un estricto control biológico de la alimentación. De acuerdo a estos estudios desarrollados por Levitsky<sup>22</sup> la regulación no-fisiológica de la alimentación depende principalmente del ambiente, con esto la teoría de la “Zona de establecimiento” (Settling Zone Point) surge como un nuevo paradigma que sugiere que el peso corporal es establecido por el ambiente dentro de una zona biológicamente determinada, mediante la modulación de la ingestión de alimentos y actividad física.

Luengo<sup>23</sup> define la obesidad en función del índice de masa corporal (IMC) y también incluye en índice de grasa corporal en el que se considera que un sujeto es obeso cuando éste se sitúa por encima del 25% en varones y del 33% en mujeres. Los valores comprendidos entre el 21 y el 25% en varones y el 31 y el 33% en mujeres se consideran casos límite. Los valores normales de porcentaje de grasa corporal son del 12-20% en varones y del 20-30% en mujeres.

Así pues la obesidad se define como una desviación, determinada arbitrariamente respecto de un patrón (norma). En el caso del peso deseable, suele considerársela un peso de 20% o más sobre la media de la variación ideal del peso para adultos de determinado sexo y estatura. Este valor se obtiene mediante el índice de masa corporal que es la escala recomendada con mayor frecuencia para clasificar a las personas por peso corporal. Resulta fácil de calcularlo al dividir el peso de la persona en kilogramos entre la estatura del paciente en metros, elevada al cuadrado.

---

<sup>21</sup>Antonio Laguna C. (2005) *Determinantes del sobrepeso: Biología, psicología y ambiente*. Revista de Endocrinología y Nutrición Vol. 13, No. 4 pp 197-202

<sup>22</sup> Citado en García

<sup>23</sup> Luengo, F. , Ordoñez, B., Bergua, M. y Laclaustra, G. (2005) *Síndrome metabólico: Retos y esperanzas*. Revista española de cardiología on line. Volumen 5, Número Supl.D

Según Charles<sup>24</sup> existen diferencias entre lo que se denomina sobrepeso y la obesidad. El primero implica mayor peso que el deseable para una persona de cierta talla y género. Muchos están excedidos de peso, pero no son obesos. La obesidad es un exceso específico de grasa corporal. En teoría, es posible que un paciente sea obeso sin tener peso excesivo. Sin embargo la mayoría de los clínicos define la obesidad como la etapa que sigue después del sobrepeso. Con frecuencia se define a la obesidad como un exceso ponderal de 20% arriba del límite superior de peso normal.

### 1.3.2 Diagnóstico

Los criterios para diagnosticar la obesidad se dan en función de variables principalmente relacionadas con medidas antropométricas. Laguna hace una revisión de estos aspectos que comprenden: Talla, peso corporal, Índice de Masa Corporal (IMC), circunferencia de la cintura y Porcentaje de grasa corporal. La talla y el peso corporal por varias razones son considerados en el diagnóstico ya que a partir de ellos se obtiene el IMC. El peso corporal es el indicador antropométrico más común para evaluar la masa corporal de un individuo e incluye todos los tejidos del cuerpo. El diagnóstico de sobrepeso y obesidad se establece a partir del índice de masa corporal, que es la relación de peso en kilogramos dividido entre talla en metros elevada al cuadrado. Los puntos de corte de IMC más utilizados son los de la Organización Mundial de Salud (OMS) y en población mexicana se utilizan como referencia los puntos de corte propuestos en la NOM-174-SSAI-1998 (Cuadro I)

Cuadro I. Puntos de Corte de IMC

Fuente	IMC	Clasificación	Tipo de obesidad
OMS	<18.5-24.9	Bajo peso	—
	18.5-24.9	Peso normal	—
	25-29.9	Sobrepeso	—
	30-34.9	Obesidad	I
	35-39.9	Obesidad	II
	>40	Obesidad extrema	III

<sup>24</sup> William Charles (2000) "Nutrición y peso". *Secretos de la nutrición*. México: Mc Graw Hill.

NOM Manejo Integral de la Obesidad (población Mexicana)	>23 talla baja*	Sobrepeso	—
	>25->27	Sobrepeso	—
	>25 talla baja	Obesidad	—
	>27	Obesidad	—

\*Talla baja en hombres <1.60 m y en mujeres < 1.50 m

La OMS sugiere hacer la medición de la circunferencia de cintura en el punto medio entre la costilla inferior y la cresta ilíaca. Esta medición representa la acumulación de tejido adiposo abdominal, localización del depósito de grasa más peligroso por su efecto sobre la salud. La circunferencia de cintura se ha propuesto como una medición antropométrica que provee información sobre los niveles de tejido adiposo visceral (TAV) en la región abdominal, el cual al acumularse en exceso, tiene un efecto adverso sobre el metabolismo, la glucosa y lípidos; por lo tanto la circunferencia de cintura se propone como un buen indicador para identificar de manera sencilla a personas con mayor riesgo a padecer alteraciones metabólicas.

En hombres la medición de circunferencia de cintura es de gran utilidad dada su distribución corporal tipo “androide” de tejido adiposo en la región central-abdominal, sitio en donde se va a reflejar de manera importante la pérdida de peso. En la mujer la circunferencia de cintura es útil para identificar el riesgo cardiovascular, pero quizá no sea una medición de utilidad para el monitoreo de pérdida de tejido adiposo, debido a que en mujeres la localización de la pérdida de tejido adiposo no tiene un sitio en específico. El punto de corte de circunferencia de cintura para identificar riesgo cardiovascular en población mexicana es > 90 cm.

Cuadro II. Puntos de corte para circunferencia de cintura para identificar obesidad abdominal.

Factor de riesgo	Hombres	Mujeres
Circunferencia de cintura (cm)	> 102	> 88



El Porcentaje de grasa corporal (%GC) es una variable que resulta de gran utilidad al evaluar los cambios en la composición corporal (masa grasa y masa libre de grasa). Un método para calcular el %GC se presenta en el cuadro III; esta guía de referencia asocia el IMC con un valor correspondiente de %GC aproximado. La plicometría para determinación de %GC en sujetos obesos tiene la limitación técnica de que los pliegues cutáneos en pacientes obesos no se pueden pinzar de manera adecuada debido a su gran tamaño.

Cuadro III. Porcentajes de grasa corporal de acuerdo al IMC

	IMC	%GC		
		20-39*	40-59*	60-79*
Mujer	18.5	20.5	21.3	22.1
	25	35	35.8	36.6
	30	41.9	42.7	43.5
Hombre	18.5	8.5	10.2	11.9
	25	21.2	22.9	24.5
	30	27.2	28.9	30.5

\*edad en años

La última variable a considerar para el diagnóstico de la obesidad es determinar el gasto energético basal. Esta variable tiene su importancia en que al predecir los requerimientos de energía diarios de un paciente obeso, se tiene un punto de partida para inducir un déficit de energía mediante la intervención dietética y la actividad física. El gasto energético basal (GEB) puede calcularse por medio de la fórmula Harris-Benedict, utilizando el peso corporal actual del paciente para su determinación:

Hombres:  $GEB = 66 + 13.7 (\text{peso, kg}) + 5 (\text{estatura, cm}) - 6.8 (\text{edad, años})$

Mujeres:  $GEB = 655 + 9.6(\text{peso, kg}) + 1.7 (\text{estatura, cm}) - 4.7 (\text{edad, años})$

El gasto energético total (GET) se estima a partir de la actividad física del paciente. Para su cálculo se multiplica el GEB por el nivel de actividad física (PAL) del paciente. Los valores de PAL se muestran en el cuadro IV.

Cuadro IV. Niveles de actividad física

Nivel	PAL
Sedentario	1-1.4
Baja actividad	1.4-1.6
Activo	1.6-1.9
Muy activo	1.9-2.5

### 1.3.3 Clasificación

Conocer la distribución de la grasa en el cuerpo resulta de gran importancia para pronosticar las posibles complicaciones de la obesidad. J. Vague clasificó al obesidad en dos tipos: la del segmento superior (abdominal, central o androide) y la del segmento inferior (inferior, glutfemoral o ginecoide). La distribución del tejido adiposo varía según el sexo, la edad, el grupo étnico y grado de obesidad.

Obesidad Androide o Central o Abdominal; (forma de manzana), el exceso de grasa se localiza preferentemente en la cara, el tórax y el abdomen. Este tipo de obesidad se asocia a un mayor riesgo de Hiperinsulinemia, diabetes mellitus, dislipidemias, hipertensión arterial, hiperuricemia y de mortalidad general.

Obesidad Ginecoide o Gluteo Femoral; (forma de pera), la grasa se acumula básicamente en la cadera y muslos. Este tipo de distribución se relaciona con Problemas en el retorno venoso en las extremidades inferiores (varices) y con gonartrosis. Para saber el tipo de obesidad hay que dividir el perímetro de la cintura entre el perímetro de la cadera. Los estudios de Gothenburg sugiere una relacion abdomino/glutea superior a 0.9 en hombres y 0.8 en mujeres, se considera una Obesidad tipo Androide.

### 1.3.4 Causas

Como con muchas condiciones médicas, el desbalance calórico que resulta en la obesidad frecuentemente se desarrolla a partir de la combinación de factores genéticos y ambientales. Dentro de las causas genéticas se dice que el polimorfismo en varios genes que controlan el apetito, el metabolismo y la integración de adipoquina, predisponen a la obesidad, pero la

condición requiere la disponibilidad de suficientes calorías y posiblemente otros factores para desarrollarse completamente. Varias condiciones genéticas que tienen como rasgo la obesidad, han sido identificadas pero mutaciones sencillas en locus sólo han sido encontradas en el 5% de los individuos obesos. SI bien se piensa que una larga proporción los genes causantes están todavía sin identificar, para la mayoría que la obesidad es probablemente el resultado de interacciones entre múltiples genes donde factores no genéticos también son probablemente importantes.

Un estudio de 2007 identificó bastantes mutaciones comunes en el gen FTO; los heterocigotos tuvieron un riesgo de obesidad 30% mayor, mientras que los homocigotos tuvieron un incremento en el riesgo de un 70%<sup>25</sup>.

Científicos británicos descubrieron que el gen conocido como FTO -el primero que ha sido claramente vinculado con la obesidad- también tiene un efecto en la regulación del apetito. Los investigadores observaron que los niños que tienen dos copias de la variante de alto riesgo de ese gen no experimentan saciedad después de haber comido, lo cual probablemente los lleve al sobrepeso. El estudio fue realizado en 3.337 niños británicos de 8 a 11 años, por especialistas del Colegio de la Universidad de Londres y el Instituto de Psiquiatría del Kings College de Londres.<sup>26</sup>

A nivel poblacional la hipótesis del gen ahorrador, que postula que ciertos grupos étnicos pueden ser más propensos a la obesidad que otros y la habilidad de tomar ventaja de raros períodos de abundancia y usar esta abundancia para almacenar energía eficientemente, pueden haber sido una ventaja evolutiva, en tiempos cuando la comida era escasa. Individuos con reservas adiposas mayores, tenían más posibilidades de sobrevivir la hambruna. Esta tendencia a almacenar grasas es probablemente una inadaptación en una sociedad con un abastecimiento estable de alimento.<sup>27</sup>

---

<sup>25</sup> Frayling TM, Timpson NJ, Weedon MN, *et al* (2007). "A common variant in the FTO gene is associated with body mass index and predisposes to childhood and adult obesity".

<sup>26</sup> El clarin.com, martes 29 de Julio de 2008. Sociedad.

<sup>27</sup> Chakravarthy MV, Booth FW (2004). "Eating, exercise, and "thrifty" genotypes: connecting the dots toward an evolutionary understanding of modern chronic diseases".

Desde este descubrimiento de las leptinas muchos otros mecanismos hormonales que participan en la regulación del apetito y el consumo de alimentos, en patrones de almacenamiento en el tejido adiposo y en el desarrollo de la resistencia a la insulina han sido dilucidados. Las adipoquinas son mediadores producidos por el tejido adiposo; se piensa que su acción puede modificar muchas enfermedades relacionadas con la obesidad.

Las leptinas y grelinas son consideradas complementarias en su influencia sobre el apetito, las grelinas producidas por el estómago, modulan el control del apetito a corto plazo (para comer cuando el estómago está vacío y para parar con el estómago está lleno). La leptina es producida por el tejido adiposo para señalar las reservas de grasa almacenadas en el organismo y mediar el control del apetito a largo plazo (para comer más cuando las reservas de grasa están bajas y menos al de las reservas de grasa son altas).<sup>28</sup>

Desde el punto de vista biológico, el descubrimiento de moléculas tales como leptina, grelina (PYY), (ASP), adiponectina, etc. ha permitido conocer mejor los mecanismos y sistemas biológicos relacionados con la regulación de la alimentación y peso corporal. El modelo homeostático de obesidad integra básicamente al sistema nervioso, intestinos y tejido adiposo, que mediante distintas señales nerviosas y endocrinas controlan al apetito, gasto energético basal, oxidación de sustratos, actividad muscular etc. Personas con obesidad tienen desventajas biológicas en corregir un balance energético positivo en alguno o algunos puntos de este control fisiológico. Se ha reportado que una tasa metabólica basal baja es factor de riesgo para la obesidad y que sujetos obesos tiene menor capacidad oxidativa de grasa.

Mientras que la leptina y la grelina son producidas periféricamente, estas controlan el apetito a través de sus acciones sobre el sistema nervioso central. En particular, estas y otras hormonas relacionadas con el apetito actúan sobre el hipotálamo, una región del cerebro, central en la regulación del consumo de alimentos y el gasto de energía. Hay varios círculos dentro del hipotálamo, que contribuyen con este rol de integración del apetito, siendo la vía de la melanocortina la mejor comprendida. El circuito comienza como

---

<sup>28</sup> Antonio Laguna. (2005) *Determinantes del sobrepeso: Biología, psicología y ambiente*. Revista de Endocrinología y Nutrición Vol. 13, No. 4 pp. 197-202

un área del hipotálamo, el núcleo arcuato, que tiene salidas al hipotálamo lateral (HL) y ventromedial (HVM), los centros de la alimentación y la saciedad en el cerebro respectivamente.

El núcleo arcuato contiene dos grupos distintos de neuronas. El primer grupo recibe señales estimuladoras del hipotálamo lateral y señales inhibitorias del hipotálamo ventromedial. El segundo grupo recibe señales estimuladoras del hipotálamo ventromedial y señales inhibitorias del hipotálamo lateral. Consecuentemente, el primer grupo estimula la alimentación e inhibe la saciedad. Mientras que el segundo grupo estimula la saciedad e inhibe la alimentación. Ambos grupos de neuronas del núcleo arcuato son reguladas en parte por la leptina. La leptina inhibe al primer grupo, mientras que estimula al segundo. Por lo tanto una deficiencia en la señalización por leptina, vía deficiencia de leptina o resistencia a la leptina, conduce a una sobrealimentación y puede dar cuenta por algunas formas de obesidad genética y adquirida.

Existen aspectos microbiológicos que han sido identificados en el transcurso de la obesidad. El rol de las bacterias que colonizan el tracto digestivo en el desarrollo de la obesidad ha comenzado a ser recientemente objeto de investigación. Las bacterias participan en la digestión (especialmente de ácidos grasos y polisacáridos) y alteraciones en la proporción de éstas puede explicar por qué ciertas personas son más propensas a ganar peso que otras.

En el tracto digestivo humano, las bacterias generalmente son miembros del filo de los bacteroides o de los firmicutes. En la gente obesa, existe una abundancia relativa de firmicutes (los cuales causan una absorción de energía relativamente alta), lo cual es restaurado por la pérdida de peso. A partir de estos resultados no se puede concluir a un y este desbalance es la causa de la obesidad o es un efecto.

### **1.3.5 Epidemiología**

Se ha observado que a pesar de que existen diferencias en la prevalencia de la obesidad la incidencia en los países desarrollados y en los que se encuentran en vías de desarrollo ha ido aumentando. Canizales menciona que desde 1998 la obesidad ha sido catalogada por la

OMS como una epidemia mundial, debido a que a nivel global, existe más de un billón de adultos con sobrepeso y por lo menos 300 millones de éstos son obesos.<sup>29</sup>

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 reportó que la prevalencia de la obesidad en todos los grupos de edades ha aumentado de manera alarmante. En población adulta, 66.7% de los hombres mayores de 20 años de edad y 71.9% de las mujeres tienen sobrepeso u obesidad. Además, la circunferencia de cintura fue de alto riesgo para síndrome metabólico en el 24.1% en hombres y el 61.9% de las mujeres bajo los criterios propuestos por ATPIII y adoptados por el IMSS (> 102 cm en hombres y > 88 cm en mujeres). Estas proporciones se incrementaron con los criterios propuestos por la Secretaría de Salud (> 90 cm en hombres y >80 cm en mujeres), teniendo que 63.8% de los hombres y 83.6% de las mujeres presentaron circunferencias de cintura de riesgo. Además la obesidad es una de las primeras causas de mortalidad debido a que con esta problemática aumentan considerablemente las posibilidades de padecer enfermedades crónicas (diabetes mellitus, hipertensión, enfermedades Cardiovasculares) por lo que la obesidad ya se ha convertido en un problema de salud pública. Además en México, 27.5 % de niños de entre 5 y 11 años la presentan también.

Dentro de los factores que permiten la presencia de la obesidad la bibliografía, en especial la médica menciona que la obesidad ha incrementado rápidamente debido a los cambios sociales que han llevado al aumento de la disponibilidad de alimentos con un alto contenido calórico así como un progresivo descenso de la actividad física. Sin embargo Canizales<sup>30</sup> refiere que existen evidencias que indican que la acumulación de grasa corporal tiene una base genética. Estudios realizados con gemelos indican que el 40-75% de la variación del IMC puede atribuirse a dichos factores.

Un factor en la génesis de la obesidad, atribuido a la herencia, lo constituye el tipo constitucional (somatotipo) que se transmite de padres a hijos. Los somatotipos son una clasificación antropológica de carácter físico que se basa en la proporción y el tamaño del cuerpo.

---

<sup>29</sup>Samuel Canizales, Q. (2008) *Aspectos genéticos de la obesidad humana*. Revista de Endocrinología y Nutrición Vol. 16, No. 1 pp 9-15

<sup>30</sup> *Ibidem*. pp 9-15

Taylor<sup>31</sup> por su parte se propone que hay dos patrones de la obesidad humana (basadas ambas en el carácter celular del aumento de las reservas adiposas: el hiperplástico, en que se observa un incremento de los adipositos y tamaño normal o aumentado de las células; el hipertrófico, en que sólo está aumentando el tamaño de las células. Estos se diferencian por el momento en el momento de la vida en el que a parece la obesidad: la obesidad hipercelular está relacionada con un inicio anterior a la edad adulta y la hipertrófica comienza en la adultez. Los estudios en el ser humano demuestran que el número de los adipositos queda determinado en los primeros años de vida. Esta Teoría propone que hay profundas consecuencias en relación con los efectos que los hábitos de alimentación de la lactancia y la niñez ejercen sobre la posibilidad de que más adelante se presente la gordura. Se han obtenido datos según los cuales la obesidad del lactante está correlacionada con la que se observa en la niñez y de que la gordura en la niñez predispone a tener el mismo problema en la adultez.

Dentro de los factores sociales se ha observado en algunas pruebas cómo un ambiente social general influye en la obesidad. En un sondeo denominado Midtown Manhattan Study se reveló una notable relación del nivel socioeconómico con la obesidad sobre todo en la población femenina. Dicho nivel fue medido por una puntuación basada en la ocupación, educación, ingresos semanales y alquiler mensual. El 30% de las mujeres provenientes de un nivel socioeconómico inferior eran obesas, en comparación con el 16% de las pertenecientes a la clase media y el 5% del grupo de un nivel superior. La prevalencia de la obesidad también está relacionada con la movilidad económica, es decir, la obesidad prevalecía en los sujetos que descienden en la escala o permanecen en una de nivel inferior. Otro supuesto es que la obesidad disminuye al paso de las distintas generaciones.

La obesidad es una enfermedad que afecta a todas las edades, desde la niñez hasta la vejez. Su frecuencia aumenta de la edad joven hasta la madurez. Suele ser más común en las mujeres, se observa casi siempre después del embarazo.

Si bien es cierto que los hijos de padres gordos también lo son, factores como el estilo de vida y la actitud ante la comida desempeñan sin duda importante función en la etiología del

---

<sup>31</sup> Taylor, K. B. y Levean, E. A. (1985) "Obesidad". *Nutrición Clínica*. México: Mc Graw Hill.

patrón hereditario. Se menciona otro factor muy importante que promueve de manera muy marcada la obesidad y es el modo de vida de los países industrializados donde por un lado se promueven cada vez más los alimentos chatarra y donde el bombardeo de comerciales anunciando dichos alimentos es creciente además de que gradualmente se promueve una mayor ingesta de alimentos con los novedosos programas de paquetes gigantes sobre todo en la comida rápida. Por otro lado se hace poco o nulo caso a la actividad física como un factor que promueve un estado de salud físico y mental equilibrado que por supuesto permite que se disminuya considerablemente el riesgo de padecer esas enfermedades crónicas y por el contrario si se promueve una vida cómoda y fácil a donde lo más vistoso es tener cientos de aparatos sustituyan nuestro esfuerzo además de que la posesión representa un mayor estatus social y hasta personal.

Hay estrecha relación entre la actividad y la gordura. Se dispone de datos según los cuales la inactividad produce la obesidad. También se ha tratado de establecer un nexo entre la obesidad y las alteraciones del sistema endocrino, sobre todo en la tiroides, muy pocos casos de obesidad se deben a una escasa actividad de esta glándula. Casi todas las anomalías endocrinas relacionadas con la obesidad, entre ellas el hiperinsulinismo que se observa a veces, es al parecer una consecuencia y no una causa de la obesidad, pues disminuye al perder peso del sujeto. Otro factor es la composición de la dieta, se dice que entre más consumo de calorías mayor será el aumento de peso.

### **1.3.6 Afecciones asociadas**

Un gran número de condiciones médicas han sido asociadas con la obesidad. Las consecuencias sobre la salud están categorizadas como el resultado de un incremento de la masa grasa (artrosis, apnea del sueño, estigma social) o un incremento en el número de células grasas (diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares, hígado graso no alcohólico)- La mortalidad está incrementada en la obesidad, con un IMC mayor de 32 están asociado con un doble riesgo de muerte. Existen alteraciones en la respuesta del organismo la insulina (resistencia a la insulina), un estado pro inflamatorio y una tendencia incrementada a la trombosis (estado pro trombótico).



La asociación de otras enfermedades puede ser dependiente o independiente de la distribución del tejido adiposo. La obesidad central (tipo masculino o androide) caracterizada por un radio cintura cadera alto), es un factor de riesgo importante para el síndrome metabólico, el cúmulo de un número de enfermedades y factores de riesgo que predisponen fuertemente para la enfermedad cardiovascular. Éstos son diabetes mellitus, hipertensión arterial, niveles altos de colesterol y triglicéridos en la sangre.

Además del síndrome metabólico, la obesidad es también correlacionada con una variedad de otras complicaciones:

\*Cardiovascular: Insuficiencia cardíaca congestiva, corazón aumentado de tamaño y las arritmias y mareos asociados, várices, embolismo pulmonar, insuficiencia cardiorrespiratoria, hipertensión pulmonar.

\*Endocrino: síndrome de ovario poliquístico, desórdenes menstruales como la amenorrea, carcinoma de endometrio e infertilidad<sup>4</sup>

\*Gastrointestinal: enfermedad de reflujo gastro-esofágico, hígado graso, colelitiasis, hernia y cáncer colorectal, carcinoma de colon y próstata

\*Renal y génito-urinario: disfunción eréctil, incontinencia urinaria, insuficiencia renal crónica, hipogonadismo (hombres), cáncer mamario (mujeres), cáncer uterino (mujeres), muerte fetal intrauterina.

\*Tegumentos (piel y apéndices): estrías, linfedema, celulitis, carbúnculos, intertrigo.

\*Músculo esquelético: hiperuricemia (que predispone a la gota), pérdida de la movilidad, osteoartritis, dolor de espalda.

\*Neurológico: accidente cerebrovascular, meralgia parestésica, dolores de cabeza, síndrome del túnel del carpo, demencia, <sup>1</sup>hipertensión intracraneal idiopática.

\*Respiratorio: disnea, apnea obstructiva del sueño, síndrome de hipoventilación, síndrome de Pickwickian, asma.

\*Psicológico: depresión, baja autoestima, desorden de cuerpo dismórfico, estigmatización social.

### 1.3.7 Tratamientos

**Dietas.** En el establecimiento de los factores que influyen en la presencia de la obesidad encontramos que los factores ambientales juegan un gran papel. Estos factores contribuyen a disparar la epidemia de obesidad en las sociedades modernas. Existe una gran cantidad de alimentos que contribuyen a la subida de peso ya que carecen de nutrientes y que tienen un gran aporte calórico. Dentro del tratamiento de la obesidad la mayoría de las personas recurren a un sin fin de dietas restrictivas con el fin de disminuir las calorías de la ingesta para de este modo poder reducir el peso. La mayoría de estas dietas llega a manos de las personas por recomendación de un tercero que ha intentado con ese mismo plan y que jura que funciona. Otras ocasiones las dietas son recomendadas a través de los medios de comunicación sobre todo en programas destinados a las mujeres y en específico a las amas de casa. La mayoría de estas dietas recomiendan la restricción de la azúcar y las grasas de una manera drástica y sin ningún conocimiento de causa. Actualmente existen algunas campañas de las televisoras en donde invitan a la gente a mejorar su salud mediante el ejercicio y la mejora de la calidad de la nutrición. Todo lo anteriormente mencionado más allá de tener el fin del bienestar de las personas tiene el fin de seguir vendiendo productos sobre todo de la industria alimenticia. Estos productos prometen mejorar los índices nutricios y bajar al máximo el número de calorías que se consumen.

El concepto tradicional de “dieta” (para perder peso) conlleva la idea de que es necesario hacer un gran esfuerzo para cumplirla y que los resultados de este esfuerzo son modestos, además el poco peso corporal que se pierde con la dieta se recupera al dejarla. La palabra dieta entonces tiene una carga negativa que según Laguna<sup>32</sup> debe reivindicarse. Dieta es lo que se come en un día o usualmente, etimológicamente proviene del griego “díaita” que significa estilo de vida. Por tanto la palabra “dieta” hace referencia a la alimentación diaria o habitual. Bajo esta perspectiva la palabra dieta puede ser sinónimo de alimentación.

---

<sup>32</sup> Antonio Laguna C. (2005) Determinantes del sobrepeso: Biología, psicología y ambiente. Revista de Endocrinología y Nutrición Vol. 13, No. 4 pp 197-202

En este sentido las recomendaciones médicas hacen una revisión de lo que deben incluir las dietas de las personas que están sujetas a un tratamiento de reducción de peso. Además se menciona que el objetivo de estos programas no es perder peso con la mayor rapidez posible y luego volver a los antiguos hábitos sino cambiar el aporte calórico de la ingesta diaria de manera que la dieta establecida permanezca a lo largo de la vida por medio de la adopción más de hábitos más sanos. Había que enseñar al sujeto algunos principios fisiológicos básicos relacionados con el apetito, el ejercicio, el gasto de energía y el contenido calórico de los alimentos. A continuación se presentan esas recomendaciones médicas.

Laguna<sup>33</sup> hace una revisión acerca del manejo nutricional de la obesidad. Menciona la siguiente distribución nutrimental basada en los rangos recomendados por la Asociación Americana de Diabetes.

El consumo debe ser de la siguiente manera. Hidratos de carbono 50% que deben ser del tipo completo y ricos en fibra dietética. La ingestión de alimentos de alto índice glucémico promueve la oxidación de hidratos de carbono a expensas de la grasa lo cual altera la partición nutrimental en una manera que quizá conduzca a la ganancia de peso. El uso de alimentos con bajo índice glucémico promueve saciedad y oxidación de grasa a expensas de hidratos de carbono.

Proteínas 20%: una dieta baja en hidratos de carbono (mayor 50% del valor calórico total diario de la dieta), promueve una mayor pérdida de peso que una dieta baja en grasa (30% del valor calórico total diario de la dieta) con una distribución nutrimental normal, este efecto se atribuye a las siguientes posibles explicaciones: a) Incremento del efecto térmico de los alimentos (ETA). b) Mayor saciedad, y por lo tanto menor ingestión energética. c) Mayor pérdida de glucogeno y agua (dos Kg).

Lípidos 30%: El manejo nutricional propuesto promueve la ingestión de grasas de origen vegetal (monosaturada y polinsaturada), dado que su consumo quizá tenga un efecto protector contra obesidad a diferencia de las grasas de origen animal (saturadas) que han mostrado ser obesigénicas.

---

<sup>33</sup> *Ibidem.*

A continuación se muestra una adaptación de las guías de alimentación de la Asociación Americana de Diabetes y la Asociación Americana del Corazón:

- Consumir una variedad de frutas, verduras, cereales, lácteos descremados, pescado, leguminosas, pollo, y carnes magras.
- Limitar el consumo de alimentos altos en grasa saturada, ácidos grasos trans y colesterol; sustituir con grasas insaturadas vegetales, pescado, leguminosas y nueces.
- Enfatizar una dieta rica en fruta, vegetales y productos lácteos bajos en grasa.
- Limitar la sal a 6 gramos al día (2,400 mg de sodio) escogiendo alimentos bajos en sal y limitar la cantidad de sal añadida a los alimentos.
- Limitar el consumo de alcohol a no más de dos copas en hombres y 1 copa en mujeres.

Laguna dice que el éxito de este sistema es que es sencillo, agradable y eficaz. Menciona que de nada sirve toda la evaluación previa si al momento de dar un plan de alimentación al paciente obeso lo encuentra complicado, inapetente, o difícil de seguir; esto llevará a una falta de apego al sistema y por tanto a que no se logren las metas de reducción de peso corporal. El plan de alimentación propuesto consiste en una prescripción de alimentos equivalentes junto con un ejemplo de menús múltiple elaborado a partir del número de equivalentes requeridos para cubrir la prescripción de requerimientos de energía y distribución nutrimental prevista.

El número de alimentos equivalentes total debe ser distribuido en 5 tiempos de comida, que son 3 comidas principales (desayuno, comida y cena) y 2 colaciones (colación matutina y vespertina). Además de que el paciente obeso podrá contar con las opciones de un ejemplo de menús múltiple, él mismo podrá elaborar estos menús o intercambiar algún alimento que integre alguna comida por otro alimento equivalente.

Un sistema de alimentación bien estructurado permitirá al paciente obeso:

- Conocer cuáles son los grupos de alimentos y qué alimentos los componen.
- Conocer el tamaño de las raciones de los diferentes alimentos.
- Saber cuántas raciones deberá de comer a lo largo del día.

- Elaborar menús con base en las raciones que le corresponden al día.
- Tener horarios de comida estructurados y estables.
- Seleccionar mejor los alimentos que va a comer.
- Comer mejor cuando esté fuera de casa.
- Aprender a comer bien para siempre.

Además se mencionan algunos aspectos importantes. Las preferencias personales del paciente pueden ser mantenidas en una dieta hipocalórica. La prescripción dietética debe estar muy relacionada con los hábitos de alimentación del paciente, lo importante es enseñar a comer bien al paciente. El consumo de las porciones grandes de alimentos tiene un efecto en la subida de peso por lo tanto hay que disminuir las raciones servidas, principalmente de los que incrementan el consumo de calorías. En este sentido se recomienda el tamaño del plato donde se sirve para que se tenga la creencia de que se está comiendo la misma cantidad. Además se debe reducir la variedad de los alimentos servidos en un mismo tiempo para no consumir de más. Se deben establecer tiempos específicos de alimentación. El simple hecho de establecerlos ofrece la ventaja de que el paciente tiene en mente que comerá determinado número de veces al día en ciertos horarios lo cual lo limitará de comer indiscriminadamente a lo largo del día. La sensación de hambre o antojo durante algún momento del día puede ser contemplada en la dieta sugiriendo el consumo de colaciones. Se debe restringir el consumo de refrescos y alimentos chatarra.

**Ejercicio.** Un aspecto que se prepondera en el tratamiento de la obesidad es la activación física. El razonamiento es muy sencillo. El ejercicio requiere energía (calorías). Las calorías son almacenadas en la grasa corporal. El organismo llega a sus reservas de grasa a fin de proveer energía durante el ejercicio aeróbico prolongado. Los músculos más grandes en el organismo son los músculos de las piernas y naturalmente estos queman la mayoría de las calorías, lo cual hace que el caminar, correr y montar en bicicleta estén entre las formas más efectivas de ejercicio para reducir la grasa corporal. Cuando existe un control médico para bajar de peso se recomienda un ejercicio que se vaya incrementando en tiempo y en exigencia física de modo que no vaya a repercutir en la salud de la persona. Sin embargo la mayoría de las personas que se proponen adelgazar de un día a otro comienzan el ejercicio

comprometiendo su salud ya que corren el riesgo de lastimar las articulaciones y poner en riesgo su sistema respiratorio.

En cuanto a las dietas se preponderan dietas hipocalóricas. Algunas proponen disminuir el consumo de grasas y otras el consumo de carbohidratos. En lo que coinciden es la disminución del consumo de calorías. A continuación abordaremos algunos puntos de vista sobre las dietas.

**Farmacoterapia.** Las drogas con que se trata a la obesidad caen dentro de diversas categorías. El primer grupo incluye los supresores del apetito, en este grupo sobresalen las anfetaminas. Si bien deprimen el apetito, su efecto anoréxico dura poco; además provocan efectos secundarios a saber, aducción, insomnio y excitabilidad. Una anfetamina al parecer ejerce una acción depresora sobre el sistema nervioso central, produciendo somnolencia y no excitabilidad en el sujeto.

Un segundo grupo engloba los agentes calorígenos, el más importante ejemplo de los cuales es la hormona tiroidea. Tanto la tiroxina como la triodontironina aminoran el peso corporal cuando se las administra en dosis bastante altas. Sin embargo, el peso eliminado consiste fundamentalmente en masa magra; además del empleo de hormonas tiroideas encierra varios peligros, entre los cuales figuran palpitaciones, taquicardia, presión sistólica elevada, sudación y equilibrio negativo de calcio y nitrógeno. Un tercer grupo de drogas, menos importante, está integrado por agentes farmacológicos que aumentarían la movilización de grasa.

A continuación se presenta un cuadro donde se mencionan algunos medicamentos encontrados en el PLM. Se mencionan sus sustancias activas, su indicación terapéutica y las repercusiones que tienen en el cuerpo.

CUADRO V. Medicamentos indicados para el tratamiento de la obesidad

NOMBRE	SUSTANCIA ACTIVA	FUNCIÓN	EFECTOS SECUNDARIOS
Asenlix Pertenece al grupo	Clobenzorex 30mg en cáps.	-Tratamiento de la obesidad como enfermedad asociada a un régimen dietético hipocalórico. -Terapia reductora de peso en	-Puede producir dependencia

III		pacientes diabéticos cardiacos, hipertensos e hiperonéxicos bajo estricto control médico	
Colloidine Grupo III	Clorhidrato de propil hexedrina 25mg en brag.	-Anorexígeno coadyuvante en obesidad exógena. -Tiene acción directa sobre el SNC. -Actúa en el centro del apetito en los núcleos laterales hipotalámicos	-Efecto de vasoconstricción -Aumenta la presión arterial -Boca seca vómito erupción cutánea, estreñimiento. -Nerviosismo, taquicardia, cefalea.
Diestet Grupo III	Mazindol de 1mg Anorexígeno no anfetamínico	-Obesidad exógena. - Coadyuvante en un programa de restricción calórica -Disminuye la sensación de hambre -Facilita la adaptación del paciente a la restricción calórica.	-Puede desarrollarse tolerancia y dependencia -Disminuye los reflejos
Esbelcpas Grupo II	Clorhidrato de fenproporex 22.4mg Diacepam 6mg	-Obesidad exógena -Coadyuvante al establecimiento de una dieta baja en calorías. -El fenproporex trabaja a nivel del hipotálamo y propicia la pérdida de lípidos. -El diacepam disminuye la neurosis bulímica y los automatismos de consumo.	-Puede alcanzar tolerancia a los efectos terapéuticos y farmacodependencia. -Resequedad de la boca y mucosas sed y polidipsia, midriasis, somnolencia, ataxia, náusea, vómito,, vértigo, aumento o disminución de la presión arterial, cefalea, fiebre, diaforesis, gusto metálico, espasmos gastrointestinales, dolor tipo cólico, diarrea o constipación, retención urinaria.
Esbeltex	Fibra nutricional dietética (Polvo de Konjac) 500mg.	-Auxiliar en: a) en programas de reducción de peso en obesidad exógena grado I de 10 a 20% de sobrepeso b)Impide el efecto de rebote c)ayuda a mantener el peso d)coadyuvante en el tratamiento de padecimientos gastrointestinales e)Tratamiento de entidades metabólicas: diabetes, cardiopatías, hiperlipidemias.	-Restringe la absorción de lípidos -Puede causar deficiencia de las vitaminas A y D.
-Fibra Line -Fibra Line "S"  -Fibra Line "A"  -Fibra Line "T"	-Espirulina (lecitina de soya, goma guar, vitamina E) -Amaranto (lecitina de soya, goma guar, vitamina E) -Trigo (lecitina de soya, goma	-Proporciona elementos nutritivos. Permite un mejor aporte energético y mantiene una adecuada sensación de digestibilidad y plenitud. -Controla estreñimiento, hemorroides, enfermedad diverticular, padecimientos del colon y recto, diabetes, aterosclerosis y obesidad.	-Flatulencias

-Fibra Line "P"	guar, vitamina E) -Papaína (bromelina, lecitina, goma guar, vit. E)		
-Fibra Line "S"  -Fibra Line "A"  -Fibra Line "T"  -Fibra Line "P"	-Espirulina (lecitina de soya, goma guar, vitamina E) -Amaranto (lecitina de soya, goma guar, vitamina E) -Trigo (lecitina de soya, goma guar, vitamina E) -Papaína (bromelina, lecitina, goma guar, vit. E)	-Proporciona elementos nutritivos. Permite un mejor aporte energético y mantiene una adecuada sensación de digestibilidad y plenitud. -Controla estreñimiento, hemorroides, enfermedad diverticular, padecimientos del colon y recto, diabetes, aterosclerosis y obesidad.	-Flatulencias
Ifa Diety  Ifa Dieta A.P.	-Clorhidrato de Fenproporex 10mg  -Clorhidrato de Fenproporex 20mg Tabletas de liberación prolongada	-Auxiliar en el tratamiento de la obesidad exógena, asociado a un régimen dietético hipocalórico -Actúa en los centros cerebrales del apetito	-Ligero insomnio o excitación que pueden alterar el comportamiento habitual.
Ifa Norex	-Clorhidrato de anfepramona 25 y 50mg	-Agente anoréxico para coadyuvar en el control de la obesidad, en corto tiempo aunado a un régimen dietético y ejercicio.	- Es un compuesto relacionado con las anfetaminas y otras drogas estimulantes. Tiene un grado de dependencia potencial. -Dependencia psicológica -Psicosis tóxica -Disminuye la concentración
Ifa Reducing "S"	-Clorhidrato de Fentermina 4mg, 8mg y 12mg	-Agente anoréxico para coadyuvar en el control de la obesidad, en corto tiempo aunado a un régimen dietético y ejercicio	- Es un compuesto relacionado con las anfetaminas y otras drogas estimulantes. Tiene un grado de dependencia potencial. -Dependencia psicológica -Psicosis tóxica -Disminuye la concentración -Sobrestimulación, ansiedad, insomnio, depresión -Impotencia, cambios en la libido, ginecomastia, trastornos menstruales.



Neobes Pertenece al grupo II	Dietilpropión 75mg	-Aux. en el tratamiento de la obesidad exógena. -Actúa a nivel del hipotálamo regulando los centros de saciedad y de apetito.	Induce broncodilatación -disminuye la motilidad y el tono muscular -Retención urinaria -Aumenta los niveles de glucosa y lactosa en sangre -Aumenta la liberación de insulina -Aumenta el metabolismo en un 20%
Redotex Pertenece al grupo III	-Clorhidrato de d-norpseudo - efedrina 50mg -Sulfato de atropina .36mg -Aloina 16.20mg	-Actúa a nivel del hipotálamo regulando los centros de saciedad y apetito	-Inhibe secreciones salivales, efecto antiespasmódico en las vías biliares, retarda el vaciamento vesicular, inhibe la transpiración por inhibición de las glándulas sudoríparas. -Midriasis, ciclopejía, modifica la sensibilidad gustativa.

En el cuadro anterior se mencionan algunos medicamentos en los que se lee que pertenecen al grupo II o grupo II. Esto significa que son medicamentos controlados y que requieren receta médica para su venta. Los medicamentos pertenecientes al grupo III se pueden resurtir hasta tres veces con la misma receta, misma que será recogida en la tercera ocasión. El grupo II indica que sólo se podrá surtir por una ocasión. Esto de alguna manera garantiza que los medicamentos sean tomados bajo estricto control médico. No todos los medicamentos están sujetos a estas reglas.

También podemos observar los efectos secundarios específicos de cada medicamento, sin embargo existen otros trastornos más que son comunes entre la lista de medicamentos, entre ellos: nerviosismo, insomnio, excitación, fatiga, taquicardia, palpitación, disritmia, sequedad de boca y mucosas, fiebre y náuseas, vómito, constipación, diarrea, disuria, cambio en el gusto, reacciones alérgicas y alteración en la presión arterial entre otros. En este sentido cabe señalar que estos efectos secundarios son de corto plazo faltaría tener la revisión de los efectos a largo plazo que sufren los consumidores. Además es importante mencionar la serie de contraindicaciones que se enlistan, entre ellas: el embarazo, problemas cardiacos, problemas mentales, problemas a nivel digestivo, diabetes, hipertensión, entre otros. En este sentido cabe resaltar que salvo los medicamentos que se despachan con receta, todos los demás son vendidos y consumidos por recomendaciones que hacen personas sin conocimiento de las indicaciones terapéuticas, dosis y efectos que tienen los medicamentos. A esto tendríamos que agregarle como consecuencia lógica que

las personas obesas tendrán alguno o varios de estos padecimientos por su misma condición lo que se reflejará en su salud inmediata.

También podemos observar que la mayoría de los medicamentos están destinados a tratar la obesidad exógena. En este sentido podemos ver que los medicamentos se emplean como coadyuvantes en el tratamiento de la obesidad y que necesariamente se tiene que incluir un tratamiento en dónde haya una dieta restrictiva en calorías y un incremento de la actividad física. En este sentido podemos asegurar que ningún medicamento por sí mismo produce el “milagro” de bajar de peso.

**Cirugía.** Otro de los tratamientos médicos que se utiliza es el quirúrgico. Este tratamiento está indicado en el tratamiento de la obesidad mórbida ya que se dice que es una situación invalidante para el paciente y un problema terapéutico muy complejo para el médico. Este recurso se justifica en el alto índice de fracaso del tratamiento convencional, basado en dietas, medicamentos, psicoterapia y ejercicio físico, con pérdida insuficiente de peso y altos índices de recidivas.

Se calcula que entre el 1 y el 2 por ciento de la población general presenta obesidad mórbida, entendiéndose por tal un incremento de 45 Kg. o más sobre el peso ideal. También se define por un índice de masa corporal (I.M.C.) superior a 40 Kg. /m<sup>2</sup> (EL I.M.C. representa la relación entre el peso en Kg. y la talla al cuadrado medida en metros).

Los criterios para seleccionar a los pacientes obesos y candidatos al tratamiento quirúrgico son, según la Sociedad Americana de Cirugía de la Obesidad:

- 1) Pacientes con exceso de peso importante, que supera el 50% o más de su peso ideal, o que tengan un I.M.C superior a 40%
- 2) Pacientes con I.M.C. superior a 35%, con enfermedades agravadas por la obesidad:
- 3) Fracaso en tentativas de adelgazamiento por métodos conservadores bien dirigidos
- 4) Ausencia de enfermedades endócrinas responsables de la obesidad.
- 5) Pacientes que no tengan dependencia a drogas o alcohol
- 6) Pacientes psicológicamente estables por más de un año
- 7) Dificultades en la locomoción, higiene personal o desajuste social
- 8) Comprensión de la intervención y aceptación de sus ventajas, riesgos y consecuencias

9) Actitud positiva hacia la cirugía y al seguimiento post operatorio, que no será menor a cuatro años.

Si un paciente obeso, candidato al tratamiento quirúrgico presenta alguna o varias de las siguientes condiciones, las mismas funcionan como criterios de exclusión para la cirugía: neumopatías graves como enfisema o antecedentes de embolia pulmonar, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, cirrosis hepática, alteraciones psiquiátricas o bajo coeficiente intelectual, embarazo, dependencia a drogas o alcohol.

Las técnicas que anteriormente se utilizaban se clasifican en: a) restrictivas (son aquellas que reducen la capacidad del estómago y por lo tanto la cantidad de alimentos ingeridos y su consiguiente aporte calórico) b) malabsortivas (son aquellas que disminuyen la superficie de contacto entre el alimento ingerido y la mucosa intestinal con capacidad absorbiva) c) mixtas (combinan ambas técnicas).

Las técnicas aplicadas actualmente son:

1) Banda gástrica: es una técnica poco agresiva que no coloca una grampa en el estómago y que tampoco corta en forma alguna a este órgano. Además, es fácilmente reversible y se realiza por vía laparoscópica. La banda actúa como un cinturón colocado en la parte superior y externa del estómago. Al ajustarse, crea un pequeño reservorio con capacidad de 30 a 50 ml. El mismo se comunica con el resto del estómago por un canal estrecho. El reservorio superior brinda sensación de saciedad y disminuye la cantidad de alimentos que se ingieren. No tiene complicaciones metabólicas, diarreas o pérdidas vitamínicas. La recuperación post operatoria es rápida.

2) Gastroplastía vertical: En esta técnica el estómago se cierra con una cuádruple fila de grampas de titanio y, creándose un reservorio muy pequeño. A renglón seguido, se coloca un anillo de silastic en la parte inferior y externa del neo-estómago, para dificultar el paso de la comida. Esto brinda sensación de saciedad.

3) Derivación gástrica: Esta técnica se indica en pacientes con I.M.C. entre 40 y 50 y en los súper obesos. Se fabrica también un reservorio pequeño de estómago, que conectado al intestino, deriva directamente el alimento a este último órgano. La disminución de peso se

produce por pérdida del apetito, reducción de la capacidad del estómago, restricción del vaciamiento del reservorio gástrico, inducción de saciedad y mal absorción selectiva de grasas.

El balón intragástrico, dispositivo que se coloca mediante un procedimiento no quirúrgico y que también reduce la capacidad del estómago. Una vez colocado dentro del estómago por vía endoscópica, se llena con una solución salina dejándose. El lapso máximo para la presencia del balón dentro del estómago es de seis meses. Pasado ese período de tiempo, debe retirarse. El resultado: reduce la sensación de hambre, con saciedad precoz luego de una ingesta. La pérdida de peso obtenida depende del cumplimiento de la dieta y los cambios de hábitos alimentarios. El adelgazamiento con este tipo de procedimiento tiene un promedio que oscila entre los 15 y 30 Kg., a lo largo de seis meses. Los límites de edad aceptados para su uso están entre los 18 y 55 años.

En condiciones normales el paciente portador de obesidad severa consigue un descenso de 8 a 12 Kg. el primer mes y de 3 a 5 Kg. los meses siguientes. Así puede continuar hasta llegar a un peso aproximado con un rango que oscila entre el 7 y el 10 por ciento por arriba de su peso ideal.

Las técnicas restrictivas por sí solas no alcanzan, salvo que se acompañen de un tratamiento dietético estricto. Durante los primeros meses, los pacientes deben alimentarse con “batidos equilibrados” que aportan las calorías, proteínas, oligoelementos y vitaminas necesarias para el cuerpo. Con el tiempo, se retoma una dieta más libre, pero que también aporta menor cantidad de alimento.

El problema a largo plazo son las carencias nutricionales, vitamínicas y metabólicas, consecuencias de una excesiva mal absorción. En estos casos, es imprescindible la suplementación de calcio, hierro y vitaminas durante toda la vida o período en que dure el tratamiento.

#### **1.4 Psicología y obesidad**

La psicología también ha aportado sus distintos enfoques para la intervención en la problemática de la obesidad. Cabe señalar que generalmente el último recurso de una

persona es pensar en acudir con un psicólogo para atender su problema y aún entre el grupo de médicos se deja en último término este aspecto en el manejo de la obesidad a pesar de que se dice que debe ser un trabajo multidisciplinario. En este primer capítulo presento la aproximación cognitivo conductual, la aproximación que considera a la obesidad como un trastorno de la conducta alimentaria y la explicación psicoanalítica.

**Cognitivo – conductual.** El modelo al que más se recurre es el cognitivo-conductual. En vez de centrarse en las supuestas causas latentes del problema de la obesidad, en estos métodos se orientan a los síntomas y proponen enseñar al obeso la manera de cambiar su conducta en relación a la ingestión de alimentos. La teoría en que se funda la modificación de conducta es que la conducta normal y la anormal siguen las mismas leyes del aprendizaje, a saber: el condicionamiento clásico, el aprendizaje operante o de ensayo y error y el aprendizaje por imitación. El tratamiento tiene por objetivo modificar conductas como la excesiva ingestión de alimentos hipocalóricos, los refrigerios entre las comidas y los bajos niveles de actividad física.

El procedimiento se abrevia ABC de la ingestión de alimentos. A es la abreviatura de antecedente: los acontecimientos que desencadenan la ingestión son muy importantes. B es la conducta de comer: es decir, la frecuencia y rapidez con que el individuo come y el acto concreto de la ingestión y C es la consecuencia de la ingestión de los alimentos, o sea lo que significa para el individuo.<sup>34</sup>

Antes de iniciar la terapia se pide a los sujetos que lleven un registro pormenorizado de sus actividades relacionadas con la ingestión y los alimentos. Los registros se analizan y luego se planea la intervención partiendo para ello de la conducta indeseable. El refuerzo en la conducta deseable constituye el componente final de la modificación de conducta.

El obeso tiene la opción de acudir a un terapeuta profesional o seleccionar un programa de autodirección. El mercado se vende muchos que permiten establecer un programa de modificación de conducta para uno mismo o para otros. Algunos investigadores han logrado una notable eliminación de peso y una conservación del peso ideal después del

---

<sup>34</sup> Carmen Saldaña y García, E. (1999) *Tratamiento multicomponente de la obesidad crónica: terapia de conducta, dieta y actividad física*. Barcelona

tratamiento con estas técnicas; los resultados son mucho más alentadores que los logros con la terapia tradicional.

Existen tres tipos de programas para la reducción del peso: “hágalo usted mismo”, no clínicos y clínicos. El primero es el auto dirigido y se logra base de informaciones proporcionadas la paciente de manera mínima (libros, revistas, videos) y los cuales ayudan al paciente a elegir una dieta adecuada para la reducción del peso. El segundo se lleva a cabo mediante la comercialización de productos alimenticios y en técnicas para la modificación de la conducta. En algunas ocasiones los instructores de dichos programas pueden no ser capacitados o profesionales o no contar con los suficientes conocimientos. En general están indicados para las pacientes a los que les hace falta motivación y necesitan de reforzadores. Se debe tener cuidado de no inducir a estos programas a personas con enfermedades crónicas. El tercer tipo es el que debe ser dirigido por un grupo de profesionales autorizados y pueden formar y un grupo multidisciplinario (médicos, dietistas, psicólogos y fisiólogos especializados). Este tipo de programas resulta eficiente para personas con obesidad mórbida.

Finalmente cabria mencionar algunos aspectos que más adelante, en el segundo capítulo se revisarán. Contrariamente a lo que enlistan las descripciones médicas de la obesidad, en los tratamientos existen algunas condicionantes. Se menciona que es importante no iniciar un programa para la reducción de peso en tanto que el paciente no esté decidido a hacerlo. El elemento más decisivo es la motivación del paciente que tiene una razón importante para someterse a dieta. Y debe ser una razón personal y no la del terapeuta o de otro individuo.

Es de suma importancia poner atención a lo anteriormente citado. Podemos ver que si se trata de enlistar los síntomas del paciente el médico tiene muchos elementos a su favor porque se dedica a enumerar datos fríos y que tendrán, a su manera de ver, casi nulos errores. Sin embargo en el momento de revisar los resultados de algún tratamiento resulta fácil para el mismo médico preponderar que los resultados están dados a partir de la responsabilidad del paciente casi siempre en caso de que los resultados sean negativos. Por el contrario, si los resultados del tratamiento son positivos entonces si se le atribuyen a la eficacia del doctor.

En el caso de la obesidad, de sus causas y consecuencias todos los autores mencionan como pilar de la solución la reducción de la ingesta diaria, ninguno de ellos cuestiona que motivantes psicológicos, emocionales, sociales o ambientales llevan a la persona a ingerir más alimentos de los que necesita su cuerpo. Es fácil decir que es una consecuencia del mal y excesivo comer sin embargo hay otros factores que considerar.

**Trastorno alimentario.** La obesidad no está integrada en esta categoría sin embargo una aproximación para su explicación es que puede ser una manifestación de un trastorno de comportamiento alimentario. Estos trastornos se definen como trastornos psicológicos que comportan graves anormalidades en el comportamiento de ingesta, es decir que la base y fundamento de estos se halla en la alteración psicológica.<sup>35</sup> Los trastornos alimentarios se dan cuando los individuos interfieren en el proceso normal de la ingesta y regulación del peso corporal, generalmente tras una fase inicial de ayuno extremo o dieta restrictiva. En su aparición se dice que intervine un fuerte componente emocional, los desencadenantes para su aparición y desarrollo son múltiples e incluyen presiones de tipo familiar y social, predisposición genética, desajustes biológicos y trastornos emocionales o psicológicos.<sup>36</sup> Dentro de los factores psicológicos se encuentra: baja autoestima, sentimientos de inadecuación, estados de ánimo depresivos, ansiedad o ira reprimidas, rasgos de personalidad obsesivos compulsivos.

Dentro de los seis trastornos alimentarios descritos en el DSM-IV interesa el Trastorno por sobreingesta o ingesta compulsiva al cual se le conoce como desorden de atracón. Las personas que padecen este trastorno se dan frecuentes atracones durante los cuales sienten que no pueden parar de comer a menudo comen de prisa y a escondidas o bien no dejan de comer y picar a lo largo de todo el día. Se sienten culpables y avergonzados por su falta de control tienen todo un historial de fracaso con dietas y regímenes. Suelen ser personas depresivas y obesas.

**Los comedores compulsivos.** Los comedores compulsivos se ven atrapados en un ciclo de atracón depresivo. Después de un episodio de comer compulsivamente, surge la decisión de

---

<sup>35</sup> Berenice Nava J. (2006) *Autoestima, imagen corporal y sus trastornos en la adolescencia*. Tesina. FES Iztacala.

<sup>36</sup> Slade (1996) citado en Nava.

hacer una dieta y dejar de atascarse. Esta decisión no puede mantenerse, por lo que finalmente queda la persona con una gran culpa y depresión, llenándolo al atracón por impotencia.

Los comedores compulsivos usan la comida como una manera de enfrentar el estrés, los conflictos emocionales y los problemas cotidianos. La comida puede anestesiar los sentimientos y emociones. Se sienten sin control y están conscientes de que sus patrones alimenticios son normales. Los síntomas más frecuentes son: a) Episodios, más o menos frecuentes, de ingesta compulsiva e incontrolada; b) Pensamientos recurrentes con todo lo relacionado con la comida; c) Comer de forma excesiva a pesar de no tener sensación de hambre; d) La comida como forma de narcotización de los problemas diarios; e) Uso y abuso crónico de regímenes de adelgazamiento; f) Exceso autocontrol emocional; g) Incapacidad para dejar de comer voluntariamente; g) Problemas de sobrepeso – obesidad; h) Conciencia de que estos comportamientos son irregulares; i) Fluctuaciones constantes el propio peso corporal; j) Estado de ánimo depresivo y de culpabilidad; k) Sentimientos de vergüenza y autodesprecio; l) Aislamiento – retraimiento social.<sup>37</sup>

**El psicoanálisis.** De manera general el psicoanálisis menciona que hay obesos que vomitan y rechazan el alimento; otros, obsesivos que comen constantemente, en todas partes. Es una forma de masturbación que se ignora a sí misma. Algunos otros pueden manifestar mucha agresividad contra los padres o ellos mismos. A través de esta agresividad rechazan el medio familiar, el hombre, o la sexualidad que las culpabiliza. Se trata entonces de un problema afectivo donde se evidencia la falta de seguridad y afecto. Sin olvidar que es en la etapa oral donde se vive más placer. La curación implicaría el desarrollo de los impulsos eróticos y agresivos del paciente.

Por su parte Chiozza menciona que lo que se presenta en el cuerpo como un aumento del tejido adiposo, es decir, una alteración somática, es, en el alma, un drama inconciente. Se dice que, como el obeso, engorda contra su voluntad consciente, es un sujeto que se siente incapaz; que siente que *"no sabe cómo"* enfrentar las dificultades que la vida le impone en la realización de sus deseos. Sin poder tampoco renunciar a la realización de sus deseos,

---

<sup>37</sup> Martínez (2001) Citado en Nava.



experimenta esta vivencia como si se tratara de materializar un crecimiento corporal para el cual siente que *"no tiene con qué"* llevarlo a cabo. Se siente impotente, débil, pusilánime, y además disconforme consigo mismo.<sup>38</sup>

En el intento de negar el displacer que le provoca esta vivencia de debilidad e impotencia, adopta una actitud contraria a su sentir; una actitud omnipotente de sentirse *"poderoso"*, *"robusto"*, *"corpulento"*. Esta situación, puesta en palabras de un niño pequeño, se expresaría diciendo por ejemplo: *"Si quiero, puedo correr más rápido que un tren"*; actitud que denota la debilidad latente y que por este motivo no puede sostenerla en su actitud conciente. La expresa, entonces, en su forma corporal, a través del aumento de sus reservas en el tejido adiposo.<sup>39</sup>

Como retorno de lo reprimido, los mismos afectos intolerables vuelven a la conciencia. Se siente ahora disconforme con su gordura, la cual, además, implica una impotencia funcional. El sujeto, evitando aquello que le provocaba dolor, ha realizado un "mal negocio" y debe pagar el precio de su gordura. Al transformar el *"no poder por no saber cómo"* en *"no poder por no tener con qué"*, ha perdido la posibilidad de capacitarse adecuadamente a través del aprendizaje. En su lugar, recurre a una capacitación inadecuada que consiste en acumular "energía", como si se tratara de "sabiduría".<sup>40</sup>

---

<sup>38</sup> Luis Chiozza, Luis Barbero, Dorrit Busch, Gustavo Chiozza (1999) *Las fantasías adiposas en la obesidad*. En: Del afecto a la afección. Argentina: Alianza Editorial.

<sup>39</sup> *Ibidem*.

<sup>40</sup> *Ibidem*.

## **CAPITULO II**

### **OBESIDAD: CONSTRUCCIÓN PSICOSOMÁTICA**

La segunda parte de este trabajo tiene como objetivo presentar una lectura diferente del cuerpo, alejándose de la idea de lo alópata y de lo unidireccional. Evidenciar lo que la sociedad ha traído como consecuencia de una negación de la unidad del cuerpo y del consumismo como valor principal único. Las consecuencias han sido catastróficas no solo porque las aproximaciones que se tienen de los padecimientos aún siguen teniendo grandes lagunas sino porque esta misma visión ha permitido que esas patologías degeneren aún más sin vistas a una solución pronta e integral.

Ya se ha hablado de lo que sugiere que se haga con el cuerpo desde la vista alópata ahora en este segundo capítulo se hará una revisión de lo que se dice del cuerpo, de la enfermedad y de la obesidad desde otra lógica que promete dar una vista más integral de los procesos del cuerpo.

#### **2.1 La medicina psicosomática**

El modelo biomédico desde hace algunos años también ha sufrido algunas transformaciones aunque es innegable que el modelo mecanicista y dual sigue predominado en el estudio y la práctica. Sin embargo, el requerimiento de atención de los usuarios ha ido marcando la necesidad de acercarse al cuerpo y a la enfermedad desde otras miradas.

El primer intento de integración del cuerpo se dio a partir de la formación de lo que se denominó medicina psicosomática que es un modo de hacer medicina. La Psicosomática implica un enfoque bio-psico-social del enfermar de cada paciente. Y es que, la Psicosomática considera que hay que tener en cuenta los factores psicológicos y ambientales que rodean al hombre, no de una forma aislada, sino interrelacionados y en interacción.

Para los profesionales de la Medicina Psicosomática, hay muchos pacientes cuyas enfermedades no son causadas de modo exclusivo o prevalente por factores orgánicos sino que su proceso patológico no es más que el reflejo de un sufrimiento psíquico, emocional,

afectivo, personal o social. La Medicina Psicosomática interpreta la enfermedad, no como un proceso aislado en una parte localizada del cuerpo, sino como una alteración de los procesos orgánicos facilitada por la relación mente-cuerpo.

La Medicina Psicosomática se dedica al estudio de las relaciones de la personalidad con el funcionamiento del resto del organismo, tanto en la salud como en la enfermedad. El inicio de este enfoque en el tratamiento de los padecimientos se debe a Freud al aporte desde el psicoanálisis, en lo que concierne a una forma de patogénia psicosomática, la modalidad histérica, transposición de un conflicto psíquico en síntomas somáticos motores o sensitivos.<sup>1</sup> La escuela psicoanalítica fue uno de los primeros impulsores de la investigación psicosomática que facilitó un acercamiento a las motivaciones inconscientes de las tensiones y conductas y su incidencia en la enfermedad y asistencia. Como se mencionaba en el primer capítulo el psicoanálisis introdujo conceptos como represión de afectos e impulsos, la somatización, la regresión, racionalización, negación y proyección que podían acercarse a una explicación de las enfermedades sin embargo se queda otra vez a nivel del inconsciente y el trabajo con el cuerpo queda propiamente descartado.

Anguera de Sojo menciona que ahora se sabe que todo conflicto psíquico tiene su contraparte en una perturbación física y viceversa. Lo psíquico y lo somático no son dos entidades separadas: deben ser tomados como dos aspectos particulares del conjunto viviente constituido por toda la persona.<sup>2</sup>

En la medicina psicosomática está presente la importancia tanto del orden psicológico como orgánico dentro del individuo. Insua<sup>3</sup> menciona que la medicina psicosomática tiene como objeto de estudio las relaciones etiopatogénicas entre la vida psíquica y los trastornos somáticos funcionales, orgánicos y lesionales.

---

<sup>1</sup> Oscar Garrone (1998) *La psicosomática. Nuevas perspectivas*. RevistA Tatuajes. No. 1

<sup>2</sup> Anguera de Sojo, P. (1988) "Psicosomática: orígenes, concepto, marcos de referencia, limitaciones y perspectivas". En: *Medicina psicosomática*. Barcelona. Pág. 15

<sup>3</sup> Amador, M: R: (2003) Dos posturas psicológicas. Mecanicista y holista para analizar, curar e incidir en el cuerpo. Tesis. FES Iztacala, p. 52

Sin embargo como menciona Vázquez, se llama vulgarmente psicossomático, a todo trastorno del cuerpo cuyo origen no se encuentra en lo orgánico. Una acepción más precisa la podemos hallar en el diccionario; el diccionario de la Real Academia Española dice así: Psicossomático: "Dícese de lo que afecta la psique así como de lo que implica o da lugar a una acción de la psique sobre el cuerpo o al contrario. Así de manera general se ha entendido que la medicina psicossomática es la última opción de atención cuando algún padecimiento ha pasado por diversos estudios y no se ha encontrado la causa orgánica del mal funcionamiento de tal suerte que casi se entiende como algo mágica o bien como algo que se ha inventado el paciente. Así es que de cualquier manera existe la visión fragmentaria del cuerpo ya que la intervención se tendrá que extender a algún especialista de la mente. López menciona que lo psicossomático:

*Es una clasificación que se usa como recurso para aquello que, con respecto a la enfermedad, no puede explicar el modelo médico dominante hegemónico. Esto hace dos posibles formas de evaciones del problema: una, arrojarlo a la bandeja de la genética, y, otra, decir que el padecimiento es de origen hereditario, con lo que se niegan otras interpretaciones o lecturas del cuerpo con respecto a sus signos y síntomas. 2) En esta concepción la enfermedad se ve de manera global y dinámica y existe una mayor preocupación por el enfermo y no por lo enfermedad. 2) Los procesos psicossomáticos se han reducido a causas de origen socio-cultural, biopsicosocial, químico, emocional-químico, el tejido sanguíneo como expresión de una baja del sistema inmunológico, y hasta culminar en crear una disciplina llamada psicoinmunología, entre los que se derivan de un problema creciente como lo son las enfermedades psicossomáticas.<sup>4</sup>*

## **2.2 Nuevas formas de entender al hombre**

Otras aproximaciones para el estudio del ser humano han surgido a partir del siglo XX. La transformación de las diferencias ciencias al pasar del tiempo sobre todo por la necesidad de responder de manera diferente a los diversos problemas ha traído resultados más integrales para el trabajo con el cuerpo. Con la teoría de la relatividad y la física cuántica se sientan las bases para una física universal y de ellas se desprenden tres principios primarios o cósmicos: a) interdependencia: es el primer principio cósmico, en la ciencia moderna, la

---

<sup>4</sup> Sergio López (2003) *Lo corporal y lo psicossomático. Reflexiones y aproximaciones III*. México CEAPAC. Pág. 19

materia ya no se contempla como un objeto se le ve ahora como una serie de procesos dinámicos b) atracción: es la energía vinculadora del cosmos sin la cual no habría existencia c) movimiento: establece el equilibrio dinámico que incorpora a toda la realidad.

Uno de los movimientos importantes inicia dentro de la biología con un movimiento llamado organicismo. Este movimiento elaboró y redefinió muchos de los conceptos de la física clásica. Esta concepción postula que es necesario estudiar no solo las partes y los procesos de una manera aislada, sino que también es necesario resolver los problemas en la organización y el orden de la unificación, resultantes de la interacción dinámica de las partes.

La teoría de de los sistemas utiliza el término “sistema” para denominar a los organismos vivos y sociales definiendo así u todo integrado, cuyas propiedades surgen de la relación entre sus partes. De esta forma cada sistema es u todo cuya estructura específica deriva de la interacción y de la interdependencia de sus partes, las actividades de los sistemas supone un proceso de transición, es decir hay una interacción simultánea y recíprocamente dependiente entre componentes múltiples, de esta manera los sistemas son dinámicos y no estáticos.<sup>5</sup>

Otra de las teorías es la holográfica. Esta teoría menciona que la naturaleza del universo está provista de dos aspectos: el implícito y el explícito. El primero corresponde al ámbito de lo medible y tangible, o que se percibe a través de los sentido, este campo contiene lo que oímos, palpamos, sentimos, olemos, etc, es el nivel del mundo material, se trata de un mundo regido por sus propias leyes. El segundo corresponde se refiere a la esfera de las interacciones crea tanto el orden implícito como explícito del tiempo, el espacio y la materia, denominándose así leyes de la holomía o de la totalidad.<sup>6</sup>

En la esfera holográfica un organismo con sus órganos y componentes, no se distinguen claramente de lo que yace fuera de sus límites de este modo cada organismo representa de alguna manera al universo y cada porción del universo representa de alguna manera al

---

<sup>5</sup> Fritjof Capra, *Op. Cit*

<sup>6</sup> Rosario Amador M. (2003) *Dos posturas psicológicas. Mecanicista y holista para analizar, incidir y cura el cuerpo*. Tesis Licenciatura. FEZ Iztacala. Pág. 73

organismo, dentro de esta forma de ver al organismo no se concibe la idea de estudiar ninguna entidad por separado.<sup>7</sup>

### **2.2.1 La psicología y cuerpo integral**

De los cambios que se hicieron en la concepción del universo y del hombre se desprenden otras corrientes psicológicas, que como ya se venía mencionando, han representado aproximaciones más integrales para el estudio del ser humano.

**Humanismo.** Denominada tercera fuerza, nace de la necesidad de encontrar nuevas formas de autoconocimiento. Considera la psicoterapia como un medio para hacer crecer el potencial humano. Se considera al hombre más que la suma de sus componentes, se dice que vive de manera consciente y que tiene la capacidad de poder elegir y que siempre se está orientado a algún objetivo. Dentro de esta corriente se encuentra la Gestalt que parte de formas o estructuras organizadas, así, considera que la conducta tiene lugar en un medio ambiente como un sistema organizado. Otros autores muy importantes son Maslow y Rogers. Cada uno con su aportaciones valiosas conducen a una integración del hombre. La psicoterapia Humanista está centrada en la persona, se centra en la autorrealización del individuo.

**Gestalt.** Plantea al hombre como un ser autónomo en su temporalidad y finitud siendo solo él responsable de sus decisiones. El termino Gestalt se refiere a un patrón de totalidades significativas, es decir, se refiere a una entidad específica concreta, existente y organizada que posee una forma definida. Considera que la conducta tiene lugar en un medio ambiente como un sistema organizado en el que existen diferentes fuerzas. Se ve la existencia del todo como algo irreductible. La terapia Gestalt enfatiza la integración de las experiencias personales en conjuntos significativos. Enfatiza la observación de la conducta en el aquí y en ahora y se centra en la importancia del proceso de toma de conciencia. Dice que las personas poseemos vacíos existenciales que evitamos, si los evitamos nos volvemos más rígidos, si se toma conciencia de ello podemos completarnos, integrarnos. En la terapia se trabaja en el cuerpo, las emociones y los sentimientos.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> *Ibidem.*

<sup>8</sup> *Ibidem, pág. 82*

**Psicología transpersonal** también se da como una nueva alternativa para integrar al hombre, no solo tomando en cuenta los factores psíquicos y somáticos, ésta va más allá, abordando el plano espiritual, incidiendo y concibiendo al hombre de una manera holista.<sup>9</sup> El postulado básico de este enfoque es que el destino de la humanidad es la evolución de su espíritu, intenta resolver problemas concretos considerando como la cura de ellos la armonización y el equilibrio de las dinámicas mente-cuerpo-espíritu, en el ámbito personal como social. La autorrealización y trascendencia son dos principios importantes. El primero hace referencia a encontrarle sentido a la vida, ya que así la persona se realiza así misma y esta autorrealización se alcanza en la medida en que la existencia trascienda. El segundo se refiere a un proceso natural que todo ser humano aspira a alcanzar, la decisión por seguir esta tendencia esta en el mismo ser humano. De este punto se deriva una intervención en donde se considera la cliente con la capacidad de autocuración, de esta manera el terapeuta no cura, sino capacita a la persona para que se conecte con sus recuerdos interiores y deje desarrollar el proceso natural de curación y crecimiento mediante diferentes técnicas como musicoterapia, acupuntura, masaje, bioenergética.<sup>10</sup>

### **2.2.2 Obesidad y otras interpretaciones psicológicas**

Dentro de esta lógica, la psicología ha aportado otras explicaciones sobre la obesidad. A continuación se describen brevemente.

**La familia.** Solís menciona que el afecto es uno de los factores más significativos en la seguridad de un niño. Este proceso se lleva a cabo dentro de la familia. Así como también es en este seno donde el niño asegura una relación afectiva con sus padres a partir de hacer lo que a ellos les gusta como por ejemplo la demostración de afecto de la madre al cocinar y la demostración de afectos del niño al ingerirlo. Así la comida adquiere un alto grado simbólico.

Los hábitos que se establecen en la familia a veces no son los más saludables, la alimentación está dada en las condiciones del poder de adquisición además de los

---

<sup>9</sup> *Ibidem.* Pág. 58

<sup>10</sup> *Ibidem.* Pág. 84

significados ya mencionados a partir de las tradiciones de cada familia. Así los gustos y preferencias por los sabores se adquieren en la familia.<sup>11</sup>

En este sentido existe una dicotomía entre lo que pide la madre al niño, comer sanamente y lo que ella ingiere. Además el dulce en un sentido social se ha entendido como un sustituto de la atención hacia el niño. Se maneja como medio de premiación a las buenas conductas.

Así la obesidad no sólo es un problema de alimentación sino que hay una gran cantidad de emociones encubiertas detrás de la forma de comer que se reflejan en las diferentes etapas de la vida. Estas emociones son principalmente: miedo, ansiedad y tristeza. Además se dice que la obesidad es una forma de autodestrucción a la condición femenina, se desearía no tener mamas, caderas y por supuesto lo que se rechaza es adoptar el papel social que representa la feminidad.

**La relación entre comida y afecto.** Por su parte Roth hace una revisión de la obesidad a partir de un enfoque que considera este problema como una compulsión. La compulsión es desesperación a nivel emocional. Las sustancias, personas o actividades que nos hacen comportarnos compulsivamente son aquellas que creemos que pueden liberarnos de la compulsión.<sup>12</sup>

La autora menciona que la compulsión es un medio de supervivencia porque mediante ésta nos adaptamos a lo que nos exige el otro, nos transformamos de acuerdo a las características exigidas y hacemos a un lado lo que que queremos.

Las emociones que vive la persona se gestan desde la infancia cuando los padres no dieron amor ni reconocimiento y si maltrato, engendrando tristeza, enojo, miedo y una profunda soledad. La comida desde ese entonces y hasta ahora sirve como un sustituto del amor del cual carecemos, mediante la comida nos fugamos de la realidad.

Sin embargo esta compulsión se lleva en secreto, lleva al aislamiento ya que ante los observadores guardamos la compostura. La comida es la vía para perder el control en soledad ya que ante los demás se pretende tener todo bajo control. De hecho se tiende a ser

---

<sup>11</sup> Arcelia Solís (1997) *Obesidad. Construcción social de un cuerpo*. México: CEAPAC

<sup>12</sup> Geenen Roth (1999) *Cuando la comida sustituye al amor*. La relación entre las carencias afectivas y nuestra actitud ante la comida. Barcelona: Urano



una persona controladora de todo y de todos. Sin embargo, en secreto se es vulnerable, existe una baja autoestima y existe el miedo a enfrentarse a los demás.

El obeso rechaza su cuerpo lo ha deformado pero también es una buena vía para negarlo a los demás. La grasa es un escudo que protege de ser herido nuevamente como cuando se era niño; cuando el amor se vivía trotooso, cuando amor significaba renuncia a uno mismo, a los deseos, cuando amor significa castigo. Desde pequeño se ha vivido como víctima, las emociones se viven al triple, se dramatizan y se vive estacionado en la idea “si yo fuera” con lo cual se repite una y otra vez el autocastigo cuando no se consigue el ideal. Se repite una y otra vez el pasado.

**Obesidad como adicción.** La adicción representa huída y búsqueda a la vez. El adicto buscaba algo pero dejó de buscarlo y se conformó con un sucedáneo. El obeso es adicto también, trata de saciar el hambre con más y más del mismo sucedáneo y no advierte que cuanto más come más hambre tiene. Se intoxica y no advierte que se ha equivocado de objetivo y que debería seguir buscando. El miedo, la comodidad y la ofuscación le aprisionan. Cae en la adicción el que se acobarda ante nuevas experiencias. El problema no es lo que nos provoca la adicción sino nuestra pereza para seguir buscando.

Vivir es aprender. Aprender es asimilar principios que hasta el momento sentíamos ajenos al yo. La constante asimilación de lo nuevo ensancha el conocimiento. Se puede sustituir el alimento espiritual por alimento material, el cual sólo provoca el ensanchamiento del cuerpo. Si el hambre de vida no se sacia con experiencias, pasa al cuerpo y se manifiesta como hambre de comida. Y es un hambre que no puede saciarse, ya que el vacío interior no puede llenarse con comida. Sólo se vive el amor en el cuerpo, ya que en el espíritu no se puede. Ansía amor, pero no abre su interior sino solo la boca y se lo traga todo. El obeso busca amor, afirmación, recompensa, pero en el plano equivocado.<sup>13</sup>

Estas lecturas se aproximan al tema de la obesidad de una manera distinta integrando una explicación más extensa del papel de las emociones, de la familia, de la sociedad. Sin embargo se quedan a nivel de la mente en su explicación. Así tendremos que manejar un

---

<sup>13</sup> Dethlefsen, T. y Dohlke, R. (1993) *La enfermedad como camino. Un método para el descubrimiento profundo de las enfermedades.* México: Plaza y Valdéz

distinto concepto de lo que es el cuerpo, debemos entender que no sólo se compone de procesos fisiológicos o psicológicos sino que el cuerpo conforma una red impresionante de cooperación en donde confluyen órganos, emociones, sentimientos, deseos, culpas que se viven a partir de la sociedad, la cultura, y el propio ambiente. Todo esto se concretiza en la manera de ser de la persona. No se pueden aplicar los mismos conceptos, los mismos aditamentos y los mismos medicamentos a todos esos cuerpos, hay que identificar las rutas que cada uno de los cuerpos siguió para expresarse y para construirse.

### **2.3 Otra manera de ver lo psicosomático**

Para dar una vista integral de los procesos del cuerpo es necesario contemplar todos los aspectos que comprometen su vivir. Al ser humano se le debe de entender como fruto de su historia, de una cultura que en tiempos actuales lo ataca y deposita en él todo tipo de alteraciones que se traducen en enfermedades. Así la salud (o la enfermedad) se entiende no como un problema orgánico sino como un largo proceso histórico.<sup>14</sup> La historia y la vida de los seres humanos se construyen en un espacio geográfico de acuerdo a un tiempo y de ello se deriva la peculiaridad de lo corporal y la individualidad.<sup>15</sup>

Por eso al individuo se le debe considerar como una forma de construcción, considerar al cuerpo humano como un fruto del símbolo social y cultural y un proceso en la construcción individual para llegar al problema o tema de la salud y de los sistemas de la vida. El sujeto se puede considerar como fruto y como construcción perfectible en una sociedad.<sup>16</sup>

Así la historia del cuerpo humano debe partir de la relación que tiene la sociedad con su representación simbólica: “el cuerpo humano se vuelve el microcosmos del cuerpo social y éste refleja a su vez el método usado por esa cultura para socializar a la naturaleza”<sup>17</sup> En este sentido el sujeto no se puede considerar como un ser independiente del entramado social. La estructura social se imprime en el individuo por medio de la educación de las necesidades y actividades que tiene el cuerpo. Es aquí donde se hace manifiesta la cultura.

---

<sup>14</sup>Sergio López R. (2003) *Lo corporal y lo psicosomático. Reflexiones y aproximaciones III*. México: Zendová. Pág. 14

<sup>15</sup>Sergio López R. (2002) *Lo corporal y lo psicosomático. Reflexiones y aproximaciones II*. México: Ceapac, Plaza y Valdés. Pág. 16

<sup>16</sup>Sergio López R. (200) *Zen y cuerpo Humano*. México: Ceapac. Verdehalago. Pág. 10

<sup>17</sup>*Ibidem*. Pág. 11

La cultura debe considerarse como un conjunto de sistemas simbólicos que tienen situados en primer término el lenguaje, las reglas matrimoniales, las relaciones económicas, el arte, la ciencia y la religión. En cada una de las diferentes culturas se ha ocupado el cuerpo como un instrumento para evidenciar formas de pensar y ver el mundo.

El cuerpo debe ser considerado como una unidad. En el contexto familiar, el sistema une a todo sus miembros, cada individualidad forma un subsistema, así como la familia es un subsistema de un sistema social.

La familia como un espacio de concreción de lo social y de lo cultural manifiesta en sus integrantes estas formas de pensar. Los integrantes de la familia intercambian maneras de vivir y de sentir, las cuales se materializan en el cuerpo. Así podemos ver a una familia cuyos integrantes comparten formas de ver e interpretar el mundo. La familia es trastocada por valores morales de una sociedad.

Las relaciones familiares son un proceso importante respecto de la salud y la enfermedad. En ella se puede observar el proceso mediante el que cada individuo concretiza, materializa y somatiza la relación familiar en su cuerpo. Así las buenas relaciones o no, contribuye en lo corporal de cada individuo.

Las formas de pensar de la sociedad se concretizan en la familia. Las maneras de vivir y de morir también se manifiestan en este grupo. Así también los procesos psicológicos se construyen en el seno familiar y el individuo interpreta y acomoda en el cuerpo dichos impactos.

En la familia circulan las imágenes de salud o de enfermedad entre los miembros de la familia, en relación con lo que implica para cada familia estar o ser sano o enfermo. En el proceso de salud – enfermedad se concretiza en la familia. La aparición de enfermedades somáticas en el niño pide mostrar también los trastornos en las relaciones e interacciones entre padres e hijos. Desempeñan un papel muy importante la valorización y aceptación o la pérdida de afecto o preferencias en la vinculación familiar, se entra en el proceso de racionalización y posesión de imágenes sociales sobre el cuerpo y sus usos.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> *Ibidem*. Pág. 41

Se pueden hacer dos observaciones al respecto: a) se enfatiza por un lado en el rol del enfermo, la acomodaciones que sufre la familia ante su presencia y eventualmente a qué necesidad del sistema responde; b) el polo de la enfermedad requiere conceptualmente el polo de la salud en la medida que ambos se definen complementariamente, en términos de la familia. Así el mantenimiento de cada uno de estos estados está dado en relación con dicha significación.<sup>19</sup>

Además se debe considerar tan estrecha relación entre el individuo y lo social que no se puede considerar un cambio sin que éste afecte mutuamente a las partes de la estructura. El cambio constante de estos procesos culturales y sociales modifica la construcción del cuerpo. Los cambios tan drásticos en el estilo de vida, con una sociedad llena de estímulos y demandante de respuestas ha propiciado una población profundamente miedosa para vivir por tal razón las personas construyen y cultivan sus miedos en el cuerpo, sea en síntomas o en padecimientos.

Desde lo más elemental como lo es la alimentación luego la relación con la familia, con su círculo social, las redes laborales y su relación con la forma de sentir y pensar del sujeto. Por esta razón es necesario que se haga una revisión de los procesos que sigue el sujeto partiendo de un aspecto fundamental: su propio cuerpo para luego poder observar y analizar las relaciones que éste mantiene consigo mismo y con lo que lo rodea y lo construye.

López menciona que estos procesos tanto exógenos como endógenos se manifiestan cuando la naturaleza, la sociedad se aleja de este principio de armonizarse en el planeta y sus efectos se manifiestan en los habitantes, en este caso el cuerpo humano. Ya que el hombre vive en relación con su espacio y la destrucción de sus recursos naturales están en estrecha vinculación con la condición corporal, cuando los elementos naturales como lo son la madera, el agua, el fuego, la tierra y el metal se destruyen el cuerpo sufre también las consecuencias, una de ellas es el desequilibrio energético en el mismo cuerpo rompiendo la

---

<sup>19</sup> Kornblit, A. (1991) *Sistema corporal y sistema familiar: algunas articulaciones teóricas. Somática Familiar: Enfermedad orgánica y Familia*. Barcelona: Gedisa

relación de este con su entorno inmediato y con sus órganos internos, cuando el equilibrio ecológico se ha roto, el cuerpo desarrolla nuevas redes para su adaptación.<sup>20</sup>

Este desequilibrio en el cuerpo se origina por diversos factores como lo son la alimentación, la manera de respirar, el manejo de las emociones, las condiciones del medio social en general, etc. Estos desequilibrios se manifiestan mediante enfermedades, en los estilos de vida, en la forma en la cuidamos el cuerpo en la manera en cómo vivimos las emociones.

**Las emociones.** Las enfermedades psicosomáticas, en sentido estricto, son aquellos cuya manifestación y desarrollo están bajo la influencia demostrable de los factores psicosociales.<sup>21</sup> Sin embargo la manifestación y predominio de las emociones como nueva condición en los individuos se construye en un cuestionamiento que rebasa la lógica de lo causal, porque la relación con lo orgánico no permite hacer una propuesta remedial.

Es así como la manifestación de las emociones en el cuerpo evidencia el proceso de salud enfermedad. Así sabemos que todo conflicto psíquico tiene su contraparte en la perturbación física y viceversa. Lo psíquico y lo somático no son dos entidades separadas: deben ser tomadas como dos particularidades de un conjunto viviente llamado persona humana.<sup>22</sup> Así sabemos que la expresión o represión de una emoción se acompaña siempre con una modificación de nuestro cuerpo, no solo a nivel de la apariencia exterior sino también a nivel de nuestras funciones orgánicas.<sup>23</sup>

Así la relación entre emoción y enfermedad está dada y lo que interesa es averiguar cuándo y cómo se da ese proceso de cambio en el cuerpo. El individuo elabora un síntoma en un órgano lo que luego se convierte en un problema de salud crónica que intervine en el curso normal de su vida. Así lo emocional y lo orgánico se construyen en conjunto; no es posible concebir un órgano fuera de las posibilidades de una emoción y viceversa.

---

<sup>20</sup> Sergio López R. (2002) *Historia del aire y otros olores en la ciudad de México, 1840-1900*. México: CEAPAC. Pág. 161

<sup>21</sup> Sergio López R. (2002). *Lo corporal y lo psicosomático. Aproximaciones y Reflexiones I*. México: Zendová ediciones.

<sup>22</sup> Terdjani, G. (1990) *Cómo comprender las enfermedades psicosomáticas*. México: Gedisa, p. 15

<sup>23</sup> *Ibid*, p. 17

*“En esta relación de los órganos con las emociones es donde podemos encontrar la construcción de un proceso psicosomático que ha de interpretarse como la expresión de una emoción que ha logrado ser dominante en el organismo, vía la conjugación de lo que representa y siente el sujeto. Sus mecanismos de construcción no están ajenos a su construcción histórica y sus representaciones de una cultura que le impone una movilidad y una manera de actuar a través de un conjunto de símbolos especialmente el lenguaje. Así, la materialización de estos aspectos en un padecimiento psicosomático es susceptible de interpretación si seguimos la ruta de una expresión o contención de emoción y sentimientos, es decir la historia personal.”<sup>24</sup>*

## **2.4 Obesidad y proceso social.**

Ya se ha revisado como la cultura y la sociedad forma parte de la construcción individual. La problemática de la obesidad en tiempo actual más que en otras épocas está en mente de las personas. Pero no siempre se consideró como un problema. Por el contrario el cuerpo grueso es el que se estilaba, se consideraba deseable una mujer con senos, cadera, muslos y abdomen rellenos. Esta creencia cultural se debía a la inseguridad en la provisión de alimentos debido a su escasez. El estar obeso significa poder económico y adquisitivo. Las mujeres tenían como protegerse a sí mismas de la escasez. Además el abdomen abultado era símbolo de fertilidad.

De hecho esta condición se evidencia hasta en la vestimenta utilizada, compuesta de almohadillas en las faldas y tela sobre tela. Esta tendencia permaneció hasta mediados del siglo XVII. Posteriormente se comienza enfatizar la parte superior del cuerpo, especialmente los senos. Después la introducción del meriñaque instauró una nueva moda en donde ya se hacía énfasis en la figura y además se utilizaba ya para la modificación de ésta.

Posteriormente los estilos de vestimenta van cambiando aún más siempre con el propósito de acentuar alguna parte del cuerpo. Para 1820 se utilizan prendas que acentúan la cintura hasta llegar a prendas que ya dejaban dibujadas las formas corporales. Sin embargo la condición de obesidad se seguía reforzando ya que se utilizaba almohadillas para resaltar las formas que se desearan.

---

<sup>24</sup> Sergio López r. *Op. Cit.* Pág. 26

Sin embargo es a finales del siglo XIX y principios del veinte que se instaura una condición diferente del cuerpo. Esta situación se dio a partir de la plena instauración del capitalismo ya que ahora el tener el poder adquisitivo representaba la posibilidad de poder rechazar hasta la comida por lo que el modelo del cuerpo delgado se comienza a instaurar. Además el tipo de alimentación se relacionaba con la regulación de los impulsos sexuales. Recordemos que es la tradición cristiana promueve una vida recata, por eso las madres vigilaban el tipo de alimentación. Entonces el ser deseable para un hombre significa estar delgada. Es cuando el negocio de la moda se piensa a incrementar de una manera considerable ya que era la clase pudiente la que dictaba la formas del deber ser.

Ya con los cambios de siglo veinte en cuanto a la condición femenina terminar por instaurar un modelo de delgadez hasta llegar al extremo. Se utilizó la vestimenta para modificar la apariencia del cuerpo pero además se comienzan a utilizar las dietas restrictivas para lograr el peso deseado. Ya a mediados del siglo la mujer comienza a acceder a niveles que no imaginaba. Tiene la opción de votar y decidir sobre su cuerpo, cuando embarazarse, tiene acceso a la educación y al ámbito laboral. Se comienza a vivir un rechazo por la condición femenina. El cuerpo delgado se acerca más a una figura andrógina.<sup>25</sup>

En la época actual los casos de obesidad en la población mundial se ve como alarmantes y también porque las demandas sociales de una imagen corporal delgada preocupan a la población y van determinado como se vive el cuerpo.

Ser obeso constituye en nuestros días un auténtico estigma social. Este rechazo manifiesto hacia una persona se debe a que no cumple las reglas de la estética corporal vigente. Toro<sup>26</sup> menciona que de hecho la obesidad a nivel social está relacionada a conceptos como peleas, trampas, perezoso, sucio. Este rechazo se relaciona con la idea de que el obeso lo es porque quiere. La obesidad se asocia con un vicio. En cuanto a las mujeres se cree que las obesas son débiles e incapaces de cuidarse a sí mismas. A nivel escolar el obeso se relaciona con fracaso escolar. A nivel laboral se les considera menos competentes, desorganizados, indecisos.

---

<sup>25</sup> Laura Uribe, V. (2006) *Lo que nos hace diferentes: Obesidad*. Tesis de Licenciatura. FES Iztacala.

<sup>26</sup> Josep Toro (1999) *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. España: Ariel Ciencia.

Esta significación de la obesidad está dada a partir de una perspectiva mercantilista, el modelo corporal de la delgadez es el que va a definir los prototipos de belleza y salud de la sociedad, a los cuales les adjudicaron una serie de valores que sustentan el éxito y la felicidad.<sup>27</sup> Al respecto de la mercantilización del cuerpo la obesidad ha resultado un gran negocio ya que la oferta y consumo de productos remediales ha encontrado un nicho prolífico. Entre cremas, pastillas, aparatos para hacer ejercicio, ropa, alimentos ligts, etc.

Estos estigmas afectan las relaciones personales y afectivas. Toro menciona que de hecho las mujeres obesas tienen menos relaciones con el otro sexo y por ende menos relaciones afectivas. Además las amistades son pocas porque son rechazados por las compañeras y compañeros. El volumen corporal constituye una fuente de atractivo físico.

Las personas no atractivas suelen encontrar ambientes sociales que oscilan entre la indiferencia y el rechazo, desalentando el desarrollo de habilidades sociales y de un autoconcepto positivo. Todas estas condiciones suponen que la persona obesa desde la infancia va creciendo con una baja autoestima. Estas personas cuentan con un autoconcepto negativo. En estos casos es muy frecuente la ansiedad social como el miedo al rechazo social.<sup>28</sup> Existe una relación negativa entre el nivel socioeconómico y prevalencia de obesidad, especialmente en las mujeres. Las mujeres de clase baja tienen seis veces más probabilidades de ser obesas que las mujeres de clase alta.

*La apropiación del estilo de vida que dicta la sociedad y cultura actuales desequilibraron la armonía interna del cuerpo ocasionando estados emocionales que se exacerbaron e incidieron en la relación órgano- emoción. Si los sentimientos se construyen socialmente en un deber ser, en los obesos, al apropiarse de ellos y confrontarse con lo que son, se establece un conflicto que desencadena el dominio de una emoción a la par del sufrimiento por no poder acceder a los prototipos marcados por el deber ser.*<sup>29</sup>

---

<sup>27</sup> Arcelia Solís F. (2007) *Obesidad. Construcción social de un cuerpo*. México: Ceapac, p. 132

<sup>28</sup> *Ibidem*, p. 168

<sup>29</sup> Arcelia Solís. *Op. Cit.*, p. 175



## 2.5 Relación órgano - emoción

Una propuesta más integral es la que retorna al saber oriental cuyo fin era lograr el equilibrio entre lo existente en el mundo; entre lo exterior y lo interior. Este conocimiento pretende una explicación más integradora del mundo. El sistema tradicional Chino de medicina es una propuesta diferente para entender al cuerpo. En esta visión se habla de una premisa básica: el macrocosmos y el microcosmos. En el entendido de todo lo que existe afuera existe adentro se dice que todos los componentes del universo y del planeta Tierra habitan también al interior del cuerpo humano. En este sentido el hombre y la naturaleza se comunican, manifestándose así una relación global y de interdependencia siendo el hombre una representación del universo por tanto ambos estamos sometidos a las mismas leyes e igual que el planeta se regula a través de meridianos, el cuerpo se regula a través de canales y meridianos ubicados por todo el cuerpo y que corresponden a cada uno de nuestros componentes corporales. Así el equilibrio que guarda la naturaleza lo debe guardar también el cuerpo humano al igual que el desequilibrio del primero afectará al segundo y viceversa.

En esta lógica se propone la existencia de un sistema energético humano que regula todo el funcionamiento del cuerpo a través de canales de energía. Dichos canales regulan todos los órganos, tejidos y células. Reid<sup>30</sup> que la energía humana es una fuerza electromagnética que funciona en virtud de su polaridad dinámica. En la filosofía china esta polaridad se manifiesta en todo el universo, se denomina “el gran principio del Yin y Yang”. Debido a dicha polaridad la energía siempre está en movimiento, está en constante transformación, permanece siempre activa. Estas dos fuerzas se dice que no son distintas sino más bien opuestas y complementarias a la vez que se manifiestan su presencia en cada uno de los elementos que componen la Tierra y el cuerpo humano, por ejemplo hay órganos yin y órganos yan, energías frías y energías calientes, energías malignas que producen enfermedades y energías verdaderas que tienen propiedades curativas. Entre otros aspectos el “yin” se refiere a la luna, medianoche, al invierno, otoño, frío, seco, oscuro, duro, denso, pesado, femenino, abajo, dentro, detrás, formadora, condensadora. Lo “yang” corresponde

---

<sup>30</sup> Daniel Reid (1996) *Medicina Tradicional China*. Barcelon: Urano

al sol, mediodía, verano, primavera, calor, templado, radiante, blando, poroso, ligero, masculino, arriba, fuera, adelante, transformadora, expansiva...<sup>31</sup>

La energía del cuerpo corre entonces por distintos canales y meridianos cuya existencia se propuso hace más de cinco mil años en la tradición china. Estos canales y meridianos recorren el cuerpo, los órganos y los tejidos por los cuales va fluyendo la energía. Una premisa básica es que lo primero que se mueve es la energía la cual a su vez pone en movimiento a la sangre y a todos los fluidos corporales, si la energía no corre adecuadamente por alguna obstrucción en los canales, la circulación de la sangre se verá atrofiada también y a su vez el funcionamiento de los órganos se verá afectado.

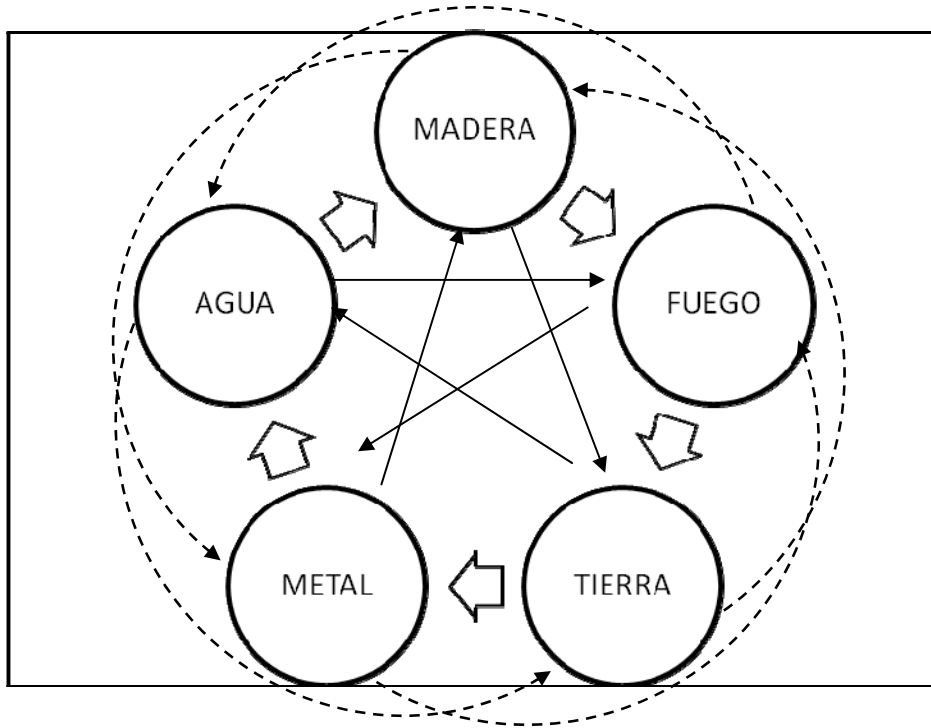
La medicina china también distingue entre dos formas básicas y fundamentales de energía en el sistema humano. Energía genética (ki genético) y energía adquirida (ki adquirido). La primera es la que se recibe al nacer, se hereda genéticamente de los padres y se almacena en las glándulas sexuales y las células reproductoras. La segunda es la que se asimila de fuentes externas mediante la digestión y la respiración y que luego se transforma en energía humana. También se adquiere a través de los alimentos. La calidad de dichas energías pueden variar como consecuencia del cuidado que se tenga de ellas. Del ki energético se puede asegurar que es limitado pero se puede proteger mediante la alimentación adecuada y el cuidado de la salud en general, en consecuencia el ki adquirido tendrá que resguardarse bajo los cuidados anteriores, esto permitirá que el cuerpo se encuentra equilibrado y asegurará una vida sana. Si lo anterior no se cumple al cuerpo sufrirá del desequilibrio y de enfermedades.

Otro de los aspectos fundamentales dentro de la medicina china es considerar cinco elementos básicos que regulan el funcionamiento del cuerpo: madera, fuego, tierra, metal, agua. Dichos elementos regulan tanto las condiciones externas, las condiciones del macrocosmos, así como las condiciones internas, las del cuerpo, las del microcosmos. Regulan todo el funcionamiento ya que cada uno de estos elementos está relacionado con distintos aspectos: En el macrocosmos, es decir en los factores externos al cuerpo cada uno de los elementos. Cada uno de los elementos se relaciona con una estación, con un factor

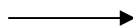
---

<sup>31</sup> *Ibidem.*

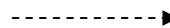
ambiental, con un factor de crecimiento, uno de desarrollo, con un color, con un sabor y una orientación en el planeta. En el microcosmos o cuerpo cada elemento se relaciona con un órgano yin y uno yang, con un órgano relacionado con los sentidos, con algún tejido y con una emoción. A continuación se presenta un cuadro en el que se señalan cada una de las relaciones que guarda el macro y el microcosmos.



RELACIÓN DE  
INTERGENERACIÓN



RELACIÓN DE  
INTERDOMINANCIA



RELACIÓN DE  
CONTRADOMINANCIA

El cuerpo trabaja a partir de las interacciones entre la energía y los elementos correspondientes. Entre ellos, existe una relación de intergeneración e interinhibición o interdominancia lo cual determina su estado de constante cambio y movimiento. Existen tres relaciones básicas entre los elementos. La primera es la intergeneración que implica promover el crecimiento. Esta es una red en la que se puede considerar que cada elemento es madre (generador) y cada uno es hijo (generado). Así la madera genera el fuego, el fuego genera la tierra, la tierra genera el metal, el metal genera el agua y el agua genera la madera.

La interdominancia implica control mutuo e inhibición mutua. Esto implica que cada elemento puede ser a su vez dominado y dominante. Esta relación se presenta de la siguiente manera: la madera controla a la tierra, la tierra controla el agua, el agua controla al fuego, el fuego controla al metal y el metal a la madera.. La dependencia entre intergeneración e interdominancia es muy importante ya que cada una permite la existencia de la otra. En el crecimiento es necesario el control y al haber control se promueve le crecimiento. Un equilibrio asegura el normal crecimiento y desarrollo de las cosas. En caso de exceso o deficiencia en los cinco elementos aparece le fenómeno de la contradominancia que es la tercera relación que guardan los elementos. El exceso en dominancia es como el lanzamiento de un ataque cuando la contraparte es débil, es un daño o un atropello. El orden es opuesto a la interdominancia. Cabe señalar que estos dos últimos fenómenos son causados por exceso o por insuficiencia de cualquiera de los cinco elementos y por lo general se manifiestan simultáneamente. El siguiente esquema representa las tres relaciones entre los cinco elementos. Este proceso de contradominancia puede tener un origen endógeno o exógeno.

La aplicación de la teoría de los cinco elementos ha servido para interpretar la relación de interdependencia e intercontrol de los órganos del cuerpo y todo lo que está relacionado con ellos tanto al interior como en la naturaleza misma. Sirve para interpretar los cambios etiológicos y el mecanismo de la enfermedad. Así cuando uno de los órganos internos no es óptimo puede afectar a todo lo que está relacionado con él incluyendo la emoción relacionada con éste y afecta a los demás órganos. Los cinco elementos y sus relaciones han sido utilizados como un método de orientación en el diagnóstico de las enfermedades.

En la teoría de los cinco elementos también se clasifican los fenómenos naturales, las emociones humanas, así como sus tejidos y órganos (yang y yin), en diversas categorías interpretando las relaciones entre la fisiopatología del cuerpo humano y el medio ambiente, ya que este último influye considerablemente en sus actividades fisiológicas existiendo así una interdependencia entre el hombre y la naturaleza. Así por ejemplo al elemento madera le corresponde el hígado y vesícula biliar y la ira como emoción, al fuego corresponde a corazón e intestino grueso y su emoción la alegría etc. La relación de los órganos de

nuestro cuerpo también se asocian a las cinco estaciones del año, los cinco puntos cardinales, a los cinco colores, etc. (véase cuadro VI).

Tabla de los cinco elementos y su relación con los aspectos corporales y ambientales.

Elemento	Órgano Yin	Órgano Yang	Emoción	Órgano Sensorial	Sabor	Color	Olor Corporal	Estación
Madera	Hígado	Vesícula Biliar	Ira	Ojos	Agrio	Verde	Ácido	Primavera
Fuego	Corazón	Intestino delgado	Alegría	Lengua	Amargo	Rojo	Quemado	Verano
Tierra	Bazo-Páncreas	Estómago	Ansiedad	Labios	Dulce	Amarillo	Dulce	Verano Tardío
Metal	Pulmón	Intestino grueso	Tristeza	Nariz	Picante	Blanco	Penetrante	Otoño
Agua	Riñón	Vejiga	Miedo	Oído	Salado	Negro	Podrido	Invierno

Líquido	Partes del cuerpo	Articulación	Sustancia	Daño mediante	Voz	Cualidad positiva	Virtud
Lágrimas	Músculos, Nervios, tendones, uñas	Hombros	Ki	Correr excesivo	Fuerte Chillona	Productivo	Amabilidad
Sudor	Sistema vascular, color del rostro	Codos	Calor	Leer en exceso	Risueña balbuceante	Creativo	Respeto honor
Saliva	Tejidos conjuntivos, carne. Labios, extremidades	Caderas	Centro	Pensar en exceso	Cantarina	Decoroso	Equilibrio, rectitud, sinceridad
Flemas y orina	Piel, vello corporal	Manos	Sangre Líquida	Estar acostado en exceso	Llorosa	Leal	Honestidad
Secreción sexual	Huesos, médula, dientes, pies cejas, vértebras, lumbares, cabellos.	Rodillas	Sustancia	Estar de pie en exceso	Quejosa	Sabio	Dulzura

### 2.5.1 La enfermedad

En la medicina tradicional china se dice que la enfermedad es consecuencia de desequilibrio entre los órganos del cuerpo y los elementos de la naturaleza:

*Para la medicina china, la raíz de la mayoría de los tipos de enfermedades y de generaciones se encuentra en un grave desequilibrio de los diversos sistemas energéticos del cuerpo y en la falta de armonía funcional global de todo el organismo que se produce, indefectiblemente, cuando existe un desequilibrio orgánico. Debido a la interdependencia de los tres tesoros (el cuerpo, la energía y la mente), el desequilibrio energético siempre se manifiesta en el cuerpo como una enfermedad o un malestar físico, y en la mente como un trastorno mental y emocional, [...], las emociones son las respuestas internas directas del sistema energético humano a los estímulos externos percibidos a través de los canales sensoriales. La naturaleza esencial de la emoción y su papel en la salud humana son más fáciles de comprender cuando se considera la emoción como una energía en movimiento en lugar del fenómeno estrictamente psicológico que percibe la medicina occidental, [...] la emoción penetra enseguida de la red de meridianos como una poderosa ola de intensa energía en movimiento, cargando contra el sistema energético humano como un elefante en una tienda de porcelana, trastornando los sistemas energéticos de los órganos internos, sacando las glándulas y desbaratando la energía funcional de todo el organismo.<sup>32</sup>*

Hablando de los factores exógenos que facilitan la presencia del desequilibrio o enfermedad podemos decir que el deterioro del ambiente es uno de los que hoy día tienen mayor relevancia. Las zonas donde habitamos han sido alteradas y las repercusiones en el cuerpo son claras por ejemplo, la escasez de madera en las ciudades debido a la tala inmoderada y a la pavimentación de las calles tendrá un efecto directo sobre el hígado lo cual provocará una mayor irritabilidad, cansancio e insomnio, etc. lo que a su vez provocará ansiedad lo cual tendrá repercusiones en el bazo y estómago y así sucesivamente. Otro factor exógeno es el de la alimentación que se lleva: alta en azúcares, grasas y carbohidratos principalmente. Si hablamos de que el estómago ya estaba siendo afectado por la relación de interdominancia ahora se agregan los factores alimentarios que producen estreñimiento,

---

<sup>32</sup> *Ibidem.* pp. 64-66

diarreas, gastritis, colitis o bien obesidad. Siguiendo esta misma lógica, cuando hay ansiedad también se presenta miedo, miedo a vivir, a morir, a enfermarse, a hacerse responsable, etc. lo cual repercutirá en el riñón y vejiga que se vinculan con el agua que es uno de los elementos más desequilibrados en el ambiente debido a la contaminación. Todo esto llevara a una falta de alegría por la vida lo que repercute el corazón y en los intestinos que se relacionan con el fuego. Esto se manifiesta en una sociedad insensible y egoísta, la competencia encarnizada. Finalmente al no tener alegría se presentará una tristeza y profunda melancolía, las cuales repercuten en el intestino grueso y pulmón que sumados a la contaminación del aire darán como resultado la manifestación de gripas, problemas pulmonares, asma entre otras enfermedades respiratorias.

Entonces la principal causa de la enfermedad es el mal tiempo al interior y exterior del cuerpo y no los gérmenes como lo propone la medicina alópata. “Cuando un clima concreto empieza a dominar el medio ambiente del cuerpo, se puede convertir en un estrés patógeno que puede ser al mismo tiempo, la causa y la consecuencia, la raíz y el fruto del desequilibrio”<sup>33</sup>

Bajo los principios de la Medicina Tradicional China la mayoría de los problemas de salud se debe a energías anómalas que desequilibran de golpe el sistema energético del cuerpo y producen un tipo de clima anormal que permite la entrada en el organismo de gérmenes y otros elementos patógenos. El estado energético del cuerpo en conjunto con el sistema inmunitario es lo que determina si el cuerpo mantiene la resistencia a los gérmenes. Además cabe señalar que el sistema inmunológico mantiene sus defensas a través de la alimentación y a través de la calidad de las emociones y en general del estado psicológico de la persona, así cuando la persona está deprimida generalmente tenderá a deprimir sus sistemas, lo que se reflejará no sólo en su estado de ánimo sino también en la recurrencia de enfermedades derivada de esa baja del sistema inmune.

Las principales causas internas o endógenas de la enfermedad en la medicina china son las cinco emociones relacionadas con los cinco elementos básicos. El desequilibrio se genera a partir del desbordamiento de las emociones lo que en consecuencia trae reacciones

---

<sup>33</sup>*Ibidem.*

emocionales extremas frente a acontecimientos extremos. “Así las emociones son las respuestas directas del sistema energético y orgánico humano a los estímulos externos percibidos a través de los canales sensoriales”. Así pues se puede decir que la emoción está directamente relacionada con los cambios orgánicos en el cuerpo ya que cada emoción correrá por los distintos canales de energía prediciendo a su vez estos cambios orgánicos. Así todas las emociones provocan respuestas fisiológicas específicas en todo el organismo humano en virtud de la bio-retroalimentación entre el sistema endocrino y el nervioso que provocan cambios en el pulso y en la tensión, estimula o inhibe la respiración y facilita o dificulta la digestión, el metabolismo, la inmunidad y otras funciones vitales.

*Las emociones pueden causar cambios en dos niveles distintos. Cuando las emociones son superiores como el amor, la alegría se hace presentes en el cuerpo reacciones tranquilizadoras y gratificantes que producen un estado de felicidad. Pero cuando prevalecen las emociones negativas como la rabia excesiva o la tristeza permanente desencadenan una serie de reacciones Fisiológicas que producen mucho daño en los órganos y las glándulas vitales e inhiben las funciones vitales, debilitan la inmunidad, reducen la resistencia y abren las puertas a la enfermedad y la degeneración<sup>34</sup>*

Con lo anterior se puede decir que las fluctuaciones graves o permanentes entre esta red energética tanto interna como externa pueden provocar la enfermedad. Hass<sup>35</sup> por su parte menciona que la enfermedad se puede clasificar como yin o como yang. El primero se caracteriza por ser frío, insuficiente y profundo y el segundo por ser caliente, en exceso y cerca o en la superficie. También se menciona que las causas se pueden encontrar en el exterior como el clima, bacterias, venenos, polución o heridas. Al interior del cuerpo la enfermedad del cuerpo puede deberse a las emociones, tensión, esfuerzo excesivo y actividad sexual excesiva.

Entonces la enfermedad se puede interpretar como menciona Hass<sup>36</sup>:

*El conflicto que crea la enfermedad viene dado por el deseo de cambio de la naturaleza interna frente a la resistencia del cuerpo [...] Es una enfermedad o síntoma*

---

<sup>34</sup>*Ibidem.*

<sup>35</sup> Hass, E. (1982) *La salud y las Estaciones*. España: Edaf. Pág. 46

<sup>36</sup>*Ibidem.* pág. 29



*específicos que se hayan particularmente relacionados con el mensaje que trata de comunicar y ese mensaje está contenido en la enfermedad: la comprensión y el mensaje se liberan cuando la enfermedad se despliega. Si se suprime esa información, con tensiones, o se enmascaran los síntomas con medicamentos esa energía irá profundizando en el cuerpo y será más difícil de liberar. Si se sigue aleccionado al cuerpo con la enfermedad con una actitud de batalla los mensajes para el crecimiento potencial serán reprimidos, y al poco tiempo se tendrán el cuerpo puntos de creciente tensión o dolor al tiempo que se desarrollan enfermedades graves o crónicas.*

De este modo la enfermedad se puede ver como una posibilidad de crecimiento. La única posibilidad es un bienestar continuado estriba en permanecer abierto e integrar esas experiencias conforme van sucediendo. Así aprenderemos a escuchar al cuerpo y sus necesidades. Sin embargo como hemos visto la sociedad actual visualiza la enfermedad como una carga que hay que desaparecer por medio de un sinnúmero de aditamentos ya sea para enmascarar las manifestaciones externas de la enfermedad o bien con medicamentos que silencian las manifestaciones internas de los mensajes del cuerpo. Así las enfermedades de las que hoy muere la gente son crónicas degenerativas, en su mayoría de origen psicosomático. Estas enfermedades son una realidad.

Una de las diferencias más importantes entre la medicina china y la medicina alópata reside en la diferencia para establecer el diagnóstico de la enfermedad. En el diagnóstico tradicional chino se consideran los síntomas externos de la enfermedad como un reflejo fisiológico de los desequilibrios internos del sistema energético y los utiliza como indicadores para encontrar la raíz de la enfermedad dentro de los circuitos del sistema energético humano. En primer lugar diagnostican el estado actual de todo el cuerpo buscando los patrones que indiquen la patología a partir de los distintos síntomas físicos y mentales del paciente con lo que posteriormente se elabora una estrategia para corregir dicha situación de desequilibrio. Otra de las diferencias es que en la medicina china se consideran en el diagnóstico y en el tratamiento las diferencias entre cada persona. Si bien es cierto que todas las personas poseen los mismos órganos con las mismas funciones también es cierto que cada persona manejará de manera distinta las energías que vienen del exterior por lo que la influencia de esta en los órganos será distinta por tanto los síntomas y la enfermedad lo serán también.

Para el establecimiento del diagnóstico en la medicina tradicional china se consideran aspectos más integrales así como para establecer los tratamientos. El diagnóstico tradicional considera los síntomas externos como un reflejo Psicológico del desequilibrio interno del sistema energético para poder encontrar la raíz de la enfermedad. El diagnóstico se realiza primero con una revisión del estado actual de todo el cuerpo buscando donde se ubican esos estados de desequilibrio. Posteriormente se elabora una estrategia para poder restablecer dicho equilibrio. Una de las diferencias considerables entre el diagnóstico y le tratamiento occidental y el chino es que en último se establecen distintos tratamientos para cada persona estableciendo las diferencias individuales ya que muchos de los pacientes pueden presentar los mismo síntomas sin embargo el origen de ello puede residir en distintos puntos de la red energética debido a que cada persona reacciona de manera distinta ante las influencias del medio ambiente externo.

## **2.6 La alimentación**

*“Como parte de la producción cultural encontramos entre otros, los procesos de alimentación nutrición y salud-enfermedad, mismos que se encuentran íntimamente desarrollados”<sup>37</sup>*

Desde tiempos inmemorables se ha conocido la importancia de la alimentación. Se sabe que para que el ser humano se desarrolle en todas sus potencialidades físicas, psicológicas, afectivas, emocionales, de aprendizaje, de socialización y de identidad cultural debe de asumir determinada actitud ante una alimentación balanceada y rica en elementos naturales que formen parte de su entorno. Además de que la actitud hacia los alimentos en gran parte determina nuestra actitud hacia nuestro entorno, hacia la vida misma. Millán menciona que es justamente ante las formas en que se apropia de la naturaleza que el hombre puede asumir dos posturas: de sencillez, agradecimiento, reconocimiento; o bien de poder, sometimiento y abuso.

Considerando la tendencia actual creo que nos inclinamos a una necesidad de poder. Finalmente los alimentos se convierten en el combustible básico del cuerpo. Lo que

---

<sup>37</sup> Baca, M R. (2004) *Sugerencias para una buena alimentación*. México: CEAPAC

comemos ayuda y condiciona a crear lo que se es, lo que se hace y el modo en que nos sentimos.

Por su parte hay que recordar que la alimentación no solo corresponde al hecho de ingerir los alimentos sino que trastocó otros elementos de la vida social. Algunos autores mencionan que es una expresión de los símbolos que reflejan las preferencias, gustos, técnicas, conocimientos, reglas, prohibiciones de los grupos sociales, etc. De tal forma que ciertos alimentos corresponden a ciertos rituales o celebraciones, todo ello conforme a un sentido de identidad y pertenencia muchas veces reflejado en la familia, donde la hora de la comida no solo significa el hecho mismo de comer sino que representa un espacio donde se convive se socializa y se reencuentran a los miembros de esta.

La alimentación por tanto se convierte en un reflejo directo de la cultura y de los modos de producción, Por esta razón los medios de producción capitalista se han visto reducidos en calidad de los alimentos que se consumen ya que se ha preponderando el criterio de valor y de mercancía por lo que hay una gran producción de comida con distintas marcas comerciales pero al querer cumplir con abastecimiento y un bajo precio se merma la posibilidad de dar un producto de calidad y conservar los nutrientes de los alimentos. Así en los últimos tiempos los alimentos se han convertido en comida rápida de fácil preparación con una gran cantidad de químicos y conservadores y con una gran carencia de nutrientes, lo que generalmente desencadena trastornos Fisiológicos además de generar cambios dañinos en los hábitos de alimentación. Todo ello ha generado que muchas personas se dejen llevar por el placer y el apego de los deleites de la vida cotidiana a los sabores, olores y colores de los distintos platillos es decir a la apariencia, dejando de lado la calidad.

Una postura integral de salud, en este caso la medicina china menciona que no existe un límite definido entre alimentación y medicina, en la medida de lo posible la enfermedad se cura por medio de la alimentación.<sup>38</sup> Antes de la aparición de la medicina moderna a principios del siglo XX la alimentación era considerada como parte fundamental del tratamiento. La nutrición esta relacionada altamente con la resistencia a las enfermedades.

---

<sup>38</sup> Reid, *Op. Cit*

Para el tratamiento se recurría a la dieta y a la nutrición, las combinaciones adecuadas de alimentos, el ayuno y la limpieza del colon y otros métodos relacionados con la dieta se usaban para curar un sin número de enfermedades y estados degenerativos.

La alimentación también ha sido importante en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades en cuanto a la alimentación que una persona lleva se podrá deducir que órgano está desequilibrado al igual que con el interrogatorio con respecto a que sabores prevalecen en su alimentación y cuales son los que se evitan, así se podrá saber que órganos se encuentran desequilibrados.

La alimentación trastoca todos los aspectos de nuestra vida, como se mencionaba, refleja la actitud que se tiene ante la vida. Una parte fundamental en la que se ve reflejada la calidad y actitud hacia la alimentación es la de le manejo de nuestras emociones. A partir de las emociones que en una persona predominen determinará su manera de comer. Hay que recordar que sin duda una buena alimentación el estado del cuerpo no es bueno por tanto las emociones que se experimentan se verán mermadas por este desequilibrio y viceversa.

Se sabe que uno de los factores que condiciona la aparición de la obesidad se refiere a la calidad y cantidad de los alimentos que ingerimos sin dejar de la lado la importancia que tiene la actitud que presentamos al comer. Así los alimentos se dividen HASS en dos tipos: constructores y congestionadores. Los primeros son los que aportan proteínas como las carnes, siempre y cuando se consuman en pequeñas porciones, frutas, leguminosas semillas y cereales integrales y en generales todos aquellos que verdaderamente aporten nutrimentos para el cuerpo. Entre los alimentos congestionadores se encuentran los productos de origen animal como los lácteos, las carnes en exceso que además de aportan las proteínas necesarias dañan al organismo por contener muchas toxinas. Otros alimentos congestionadores son las harinas el pan, pasteles, dulces, bebidas gaseosas, azúcar refinada y en general los productos químicos y procesados como los conocidos como comida rápida. Todos eso productos no nutren el cuerpo y en general permanecen mucho más tiempo en cuerpo ya que su digestión no es fácil. Hass menciona que le ingerir en exceso alimentos congestionadores producen tensión el hígado, en el sistema digestivo, el corazón y los riñones. Finalmente lo que se propicia es que los órganos trabajan más lo que

desencadenará un desequilibrio no sólo en los órganos encargados de la digestión sino en la red de cooperación en general.

Como ejemplo podemos ver que algunas enfermedades que han sido claramente relacionadas con ciertos padecimientos. La ingestión abundante de grasas animales y el colesterol están relacionados con afecciones cardiacas y vasculares. Una ingesta abundante de azúcares refinados está relacionada con la obesidad que culmina a veces con la diabetes.

Para el entendimiento de estas enfermedades se hace necesaria una comprensión integral que aborde el cuerpo en todos sus aspectos: la relación con la cultura, la zona en la que habita, su ideología, su moral, la forma en que se relaciona con los otros y con el propio cuerpo, su manera de pensar, el cómo expresa y afronta sus emociones, etc. Esta lectura del cuerpo como un todo permite incluir la naturaleza histórica, social y cultural del hombre ya que el cuerpo se construye a partir de estigmas sociales, creencias, valores éticos y morales, creencias religiosas y políticas y la propia geografía.

# **CAPITULO III**

## **LA OBESIDAD DESDE EL CUERPO OBESO**

### **ANÁLISIS DE CASOS**

En los dos capítulos anteriores se elaboró una revisión de lo que se dice del cuerpo a partir de dos posturas. La primera fue desde una visión alópata. La segunda fue a partir de un punto de vista psicosomático desde el más amplio concepto. Este tercer capítulo expone los resultados obtenidos de las historias de vida que se llevaron a cabo a personas que presentan obesidad.

Se presenta en primer lugar una revisión acerca de la metodología que se llevó a cabo para recabar la información. Se presenta una breve descripción de lo que es la historia de vida.

Posteriormente se hace una descripción de las distintas esferas que el proceso psicosomático refiere para el estudio de los padecimientos: el lugar geográfico, la vida familiar, las relaciones afectivas, la alimentación, cuestiones sobre el padecimiento en sí y las emociones de estas personas. Para ello se enlistarán las categorías con sus respectivos indicativos que permiten su posterior análisis. Con los resultados obtenidos se elaboró un análisis en el que se relacionaron los distintos aspectos para ver como el entramado social y el personal se manifiestan en el cuerpo, en este caso, por medio de la enfermedad. Se compagina la información de los dos primeros apartados para aceptar o refutar lo antes mencionado.

### **3.1 Metodología**

El presente trabajo de investigación está diseñado a partir de un enfoque de corte cualitativo por lo que se utilizaron dos técnicas de investigación compaginadas: historia de vida e historia oral.

La historia de vida en su sentido más amplio incluye el relato del biografiado, documentos que aporten información sobre el entrevistado pero además considera la aportación de información que el grupo social al que pertenece pueda brindar.

Utilizar esta técnica aporta beneficios ya que al ir las transcribiendo se pueden ir elaborando algunas hipótesis adicionales a las que se plantean en el proyecto de investigación. Además esta técnica cuando se usa en relatos biográficos múltiples puede ser considerada como una encuesta.

Para aplicar dicha técnica se debe de elegir a una muestra representativa de la población a la que se quiere estudiar. Hay dos tipos de uso que se le puede dar: 1) Relatos biográficos paralelos; 2) relatos biográficos cruzados.

Los relatos biográficos paralelos que son en los que se utilizan las autobiografías en el estudio de unidades sociales amplias. Este uso permite realizar comparaciones, categorizaciones, establecimiento de hipótesis teóricas y validarlas mediante la acumulación de evidencias y establecer generalizaciones. Esta investigación utilizó una modalidad de esta categoría que se denomina método constructivo que tiene como características: a) población claramente delimitada; b) interpretación de las biografías a partir de una perspectiva teórica; c) se pueden sustentar hipótesis previamente delimitadas; d) Se pueden formular nuevas hipótesis.

La elaboración de una historia de vida requiere elaborar un planteamiento teórico que explicita claramente cuáles son las hipótesis u objetivos de trabajo. Se requiere de una justificación de la elección del método biográfico. Además se debe delimitar el universo de análisis (población). Explicar los criterios de selección del o los informantes a biografiar.

Con el entrevistado se deben de fijar los términos en los que se lleva a cabo la entrevista. Esta entrevista biográfica consiste en un diálogo abierto con pocas pautas en el que la función básica es estimular al sujeto para que proporcione respuestas claras, cronológicamente precisas de la manera más amplia precisa.

Para el análisis o interpretación de la biografía existen tres tipos de exploraciones: 1) Relato biográfico como estudio de caso único; 2) Análisis de contenido; 3) Análisis del discurso en tratamientos cualitativos. El trabajo realizado tuvo como fundamentación este último método ya que este permite realizar una categorización y clasificación además de que se puede reducir a categorías analíticas o abstractas,

## **Participantes**

Participaron 11 sujetos adultos, hombres y mujeres, que viven en el estado de México que presentan obesidad en el momento actual. Se determinó con base en el índice de masa corporal superior al 30%.

## **Instrumentos**

Para la realización de la entrevista se utilizó una guía semi-estructurada y semi-profunda sobre distintos aspectos de la vida del participante: datos generales, relaciones familiares, relaciones afectivas, salud, alimentación y padecimiento (Anexo 1).

## **Materiales**

Una grabadora de voz Panasonic (modelo RN-305)

11 microcassettes de 120 min.

Pilas AA

Formas de muestreo

1. Se contacto con los participantes por medio de de conocidos y familiares
2. Se especificaron las condiciones de participación: se les dijo a los participantes que su participación requeriría de una o dos sesiones de aproximadamente 2 horas. Se les informó que la información aportada sería tratada de manera confidencial.
3. Se aplicó la entrevista para obtener la historia de vida en el domicilio de los entrevistados previa cita.
4. Se agradeció la participación de los entrevistados.



### 3.2 TABLA GENERAL DE RESULTADOS

#### DATOS GENERALES

Nombre	Sexo	Edad	Estado Civil	Escolaridad	Ocupación	Religión	Lugar de origen
Adri	F	35	Unión libre	Secundaria	Comerciante	Católica	D.F.
Berta	F	39	Unión libre	Primaria	Comerciante	Católica	Edo. de Méx.
Daniel	M	29	Unión libre	Primaria	Serigrafía	Católica	Edo. de Méx.
Gaby	F	22	Soltera	Preparatoria	No trabaja	Católica	Edo. de Méx.
Guadalupe	F	37	Casada	Primaria	Ama de casa	Católica	Edo. de Méx.
Laura	F	23	Soltera	Técnica informática	Secretaria	Católica	Edo. de Méx.
Lili	F	29	Casada	Secundaria	Ama de casa	Católica	Edo. de Méx.
María	F	42	Casada	Contaduría	Ama de casa	Católica	Edo. de Méx.
Mar	F	34	Casada	Preparatoria	Comerciante	Eliasista	Edo. de Méx.
Mary	F	30	Casada	Comercio	Secretaria	Católica	Edo. de Méx.
Sol	F	59	Separada	Primaria	Ama de casa	Católica	Edo. de Méx.

#### VIVIENDA

Nombre	Municipio	Tipo de vivienda	Lugar que ocupa más	Con quien vive (convivencia)
Adri	Atizapán de Z.	Propia (comparte con la familia)	Recámara	Esposo e hijos
Berta	Tultitlán	Propia	La sala recámara	Esposo e hijos
Daniel	Atizapán de Z.	Rentada	Sala	Esposa
Gaby	Atizapán de Z.	Propia	Sala	Mamá
Guadalupe	Atizapán de Z.	Propia (comparte con la familia)	Sala	Esposo e hijos
Laura	Tultitlan	Propia	Recámara	Mamá, papá y hermanos
Liliana	Atizapán de Z.	Propia (comparte con la familia)	Sala	Esposo, hijo, mamá papá hermana
Maria	Tultitlan	Propia	Sala	Esposo, hijas, nieto
Mar	Atizapán de Z.	Propia (comparte con la familia)	Sala	Esposo e hijos
Mary	Tultitlan	Propia	Sala	Esposo, suegros
Sol	Atizapán de Z.		Sala	Hija

## ESTRUCTURA FAMILIAR

Nombre	Tipo de familia de origen	Lugar que ocupa	Tipo de educación en la F. De origen	Encargado (a) de educación	Papel dentro de la familia (origen)	Tipo de familia actual	No. De hijos	Relación de pareja	Relación con los hermanos
Adri	Monoparental/extendida	Último	Rígida	Mamá/papá finado	Salir adelante	Nuclear	5	Mala	Distante
Berta	Extensa	5°	Rígida/inestable	Mamá/papá distante	Fuerte/ la que escucha	Nuclear	3	Mala/esposo alcohólico	Buena
Daniel	Nuclear/divorcio	Último	Permisiva/inestable	Hermana	Vulnerable	Nuclear	1	Buena	Distante
Gabriela	Nuclear/divorcio	Último	Sobreprotectora	Abuela, mamá	Que no va a salir adelante	---	---	---	Distante
Guadalupe	Monoparental	Último	Rígida/inestable	Mamá, papá finado	Despechada	Nuclear	2	Mala/maltrato	
Laura	Nuclear	3°	Papá rígido/Mamá democrática	Mamá y papá	---	---	---	---	Distante
Liliana	Nuclear	1°	Democrática	Mamá	Terminar una carrera	Nuclear	1	Bueno	Buena
María	Nuclear	---	Rígida	Mamá autoritaria/papá distante	Noble, tonta, rebelde	Nuclear en reparación	3	Mala/actualmente en separación	Buena
Mar	Nuclear	3°	Rígida/inestable	Mamá	Fuerte, mamá agachada	Nuclear	4	Regular/esposo dominante	Buena
Mary	Nuclear	11°	Rígida	Mamá		Casada sin hijos	---	Buena	Distante
Sol	Monoparental	1°	Rígida	Abuela/papá		Separada	2	Separada	---

## RELACIONES AFECTIVAS

Nombre	Relación social	Carácter	Apodos negativos
Adri	Sociable	Alegre, sociable chillona	Marrana
Berta	Reservada	Sería, no expresa afecto, fuerte	Comparativo con tía fea, gorda
Daniel	Sociable/ a la defensiva	A la defensiva, triste, Inteligente	Lo molestaban, lo hacían menos
Gabriela	A la defensiva/ no le gusta estar con gente	Noble, débil, solitaria, voluble	Lo juzgan por el aspecto, rechazo
Guadalupe	Cerrada	Desesperada	Panzona, globo
Laura	No tiene amigos	Fuerte, enojón, defensiva, soñadora	Burlas de la gente
Liliana	Sociable	Enojona, alegre exigente	No le gusta el diminutivo de su nombre
María	Sociable	Débil	-----
Mar	Sociable Amiguera/No le gusta el contacto físico	Fuerte, luchona, trabajadora, débil	-----
Mary	Reservada		
Sol	Reservada/No hace amistades	Pasiva, explosiva	-----

## SALUD

Nombre	Tipo de sueño	No. De embarazos	Alteraciones en el ciclo menstrual	Método anticonceptivo	Actividad sexual	Ejercicio	Enfermedades relacionadas
Adri	No descansa	5/ 1 aborto	Baja presión, cólicos, muchos días	Salpingoclasia	Satisfactoria	No	Gripas prolongadas
Berta	No descansa	3	Ninguna	Condón	Si	No	Quistes, apendicitis, dolor de cabeza, depresión
Daniel	Descansa	---	----	No	Si	No	Gripas
Gabriela	Descansa	---	Menstruación por un año, dolor, irregular	----	No	No	Gripa, tos, quistes en ovarios, gastritis
Guadalupe	No descansa Pesadillas	2/ 2 abortos	Irregular	Pastilla DIU	Si	Camina	Colesterol alto, papiloma humano, gastritis, cansancio
Laura	No descansa	---	Irregular, muy abundante	---	No	No	Parálisis facial, gripas, várices
Liliana	Descansa	1	Irregular, hemorragias	DIU	Si	Camina 45 min.	----
María	No descansa Insomnio	3	Irregular, cólico, inflamación	Salpingoclasia	No	No	Cansancio, dolor de articulaciones y pies, presión alta, úlceras en matriz
Mar	No descansa	4		No	Si (insatisfecha)	No	Artritis, colitis, gastritis, depresión, gripa, várices, estreñimiento
Mary		---	Sin dato	No	Si	No	Infertilidad
Sol	No descansa	2		----	No	No	Depresión, hipertensión, Várices, estreñimiento

## PADECIMIENTO

Nombre	Etapa del desarrollo en que se presenta	Diagnóstico médico	Tratamientos	Emoción por la que come	Emoción a lo largo de la vida	Cuerpo	Moda	Dietas frecuentes
Adri	Infancia	No	Acupuntura	Estrés, ansiedad	Miedo, estrés	Quiere tener dinero para quitarse las lonjitas	Preocupación, no hay tallas	Si
Berta	Después del embarazo	No	Homeopatía Pastillas	Ansiedad	Coraje, tristeza, baja autoestima	Deseo de quitarse pedazos	Preocupación, no hay tallas	Si
Daniel	Adolescencia	No	No	---	Miedo, soledad, tristeza, baja autoestima	Le gusta su aspecto	No preocupa	No
Gabriela	Infancia	No	Xenical y otros tratamientos	Alegría, miedo	Tristeza, depresión	Nunca estamos contentos con lo que tenemos	No preocupa	Si
Guadalupe	Después del embarazo	No	Herbalife	----	Tristeza, depresión, intolerancia	No le gusta	Si preocupa	Si
Laura	Infancia	No	Dieta con dietista, Herbalife	Cuando la hieren	Tristeza, coraje	Lo acepta entre comillas	Si preocupa	Si
Liliana	Después del embarazo	Sobrepeso	Dietas IMSS	Tristeza, depresión	Tristeza, depresión, enojo	Se siente fea	Si preocupa	Si
María	Después del embarazo	Sobrepeso	Endocrinólogo Homeopatía	Ansiedad	Coraje, trizteza	Se siente gorda y fea, no le gusta	Si preocupa	Si
Mar	Después del embarazo	No	Homeopatía Cremas Jabone	Ansiedad	Tristeza,, enojo, miedo	Encontrar la fórmula secreta para la delgadez	Si preocupa	Si
Mary	Infancia	No			Depresión, miedo		Si preocupa, es muy importante la apariencia	
Sol	Infancia	No	No	Tristeza, asiedad	Tristeza, enojo, ansiedad	No preocupa	No preocupa	No

## ALIMENTACIÓN

Nombre	Tipo de alimentación	No. De comidas	Sabor	Lugar de comida	Pensamientos (cuando come)	Atracones	Con quién come
Adri	Garnachas, pastelitos, guisados, carne, refresco	1 a 2 No cena	Dulce	Calle/ casa	Piensa en los problemas	Come de más, doble guisado	Sola/ hijos
Berta	Guisados con carne, sopas, pastelitos, refresco	6 o 7 en el día pero no completas No cena	Dulce	Casa	Sentimiento de culpa	Doble guisado, chicles, dulces, come de más	Sola/ hijos
Daniel	Garnachas, guisados, refrescos,	2	Agrio	Calle/casa	Disfruta la comida	No	Esposa
Gabriela	Guisados, quesadillas, dulces, frituras	2 fuertes No cena	Dulce, frituras	Casa	Sin dato	Muchas golosinas	Mamá
Guadalupe	Fruta, verdura, pollo o pescado, refresco	1 o 2 No cena	Salado	Casa	Sin dato	No	Hijos
Laura	Lácteos, dulces, guisados	3	Dulce	Calle/casa	----	Cuando la hieren recurre a la comida	Mamá, hermanos
Liliana	Verduras, carne blanca, fruta	5	Grasas Picante Salado	Casa	¿Le va a gustar a mi marido?	Entre comidas: galletas y frituras	Hijas, esposo
María	Lácteos, fruta, guisado	2	Dulce Grasas	Casa	Le da vuelta a sus problemas	Cuando siente ansiedad	Hijas, nieto
Mar	Carne roja, lácteos, pastelitos, refresco	2	Dulce	Casa	En sus problemas	Entre comidas: pastelitos, chicles	Hijos, esposo
Mary	Guisados, carne, verdura	3	Dulce	Calle/casa			Esposo, trabajo
Sol	Guisados con care blanca, verduras y fruta	2 a 3	Dulce	Casa	Piensa en lo problemas	Mientras cocina pica la comida	Sola, hija

## TABLA DE PESO

Nombre	Talla/metros	Peso actual Kg.	Peso más bajo	Peso más alto	Diferencia entre alto y bajo	% IMC
Adri	1.62	84	---	---	---	32.8
Berta	1.62	78	46	93	47	29.7
Daniel	1.60	90	75	90	15	35
Gabriela	1.67	101.4	---	107.400	---	36.4
Guadalupe	1.55	80	57	80	23	33.3
Laura	1.60	120	---	10	---	46.8
Liliana	1.54	88	50	93	43	37
María	1.60	90	60	101	41	35
Mar	1.59	87	56	87	31	34.5
Mary	1.58	88	---	---	---	35.3
Sol	1.56	90	---	---	---	37

### **3.3 Descripción de categorías**

#### **➤ Estructura Familiar**

En esta categoría se contemplan los datos familiares en que se desarrollan los entrevistados. Se ha dividido en dos tiempos el análisis de la estructura familiar. Primero se analiza la familia de origen. En este tiempo se han considerado datos como: tipo de familia, número de integrantes, lugar que ocupa dentro de la familia, tipo de educación, encargado de la educación del entrevistado, papel dentro de la familia y relación con los hermanos. En el segundo tiempo se analizarán de la familia actual los siguientes datos: tipo de familia, número de hijo, relación con la pareja.

#### **➤ Relaciones Afectivas**

Esta categoría se describirán las relaciones que establece el entrevistado con su entorno social. Aquí interesa analizar: el carácter del entrevistado, las relaciones sociales y los apodosos que los entrevistados reciben de su entorno.

#### **➤ Salud**

En esta categoría se revisan aspectos generales de la salud de los entrevistados: ritmo de vida, tipo de sueño, número de embarazos, alteraciones en el ciclo menstrual, actividad sexual, satisfacción sexual, ejercicio, enfermedades que se presentan a lo largo de la vida.

#### **➤ Padecimiento**

En esta categoría se incluye el momento en de la vida que se presenta el padecimiento, si hubo diagnóstico médico, los tratamientos a los que se ha recurrido y su efectividad, las emociones que han predominado a lo largo de la vida, la emoción que desencadena la ingesta, dietas y sus variables, la relación que el entrevistado tiene con su cuerpo, la relación que hay entre obesidad y moda, familiares que presentan el mismo padecimiento.

#### **➤ Alimentación**

En esta categoría se indaga el tipo de alimentación, el número de comidas que se hacen al día, el gusto predominante, lugar de las comidas, de quién se acompaña el entrevistado para

comer, pensamientos y sentimientos que se presentan cuando se come, atracones, tiempo dedicado a la comida, satisfacción, significado del acto de comer.

### ➤Peso

En esta categoría se presenta un cuadro en el que se enlistan la estatura, el peso actual, el peso más bajo, el peso más alto, la diferencia entre ellos y el Índice de Masa Corporal de cada uno de los entrevistados.

A continuación se presenta una tabla de las categorías con sus respectivos indicadores.

### ➤Estructura familiar

Esta categoría encuentra su relevancia en que el sujeto encuentra desde su nacimiento en este entorno todas las bases que construirán su persona, su carácter, sus ideales, sus hábitos, sus emociones y su relación con él mismo y con el otro. De esta manera el cuerpo se convierte en un reflejo de lo que se vive en la familia. Además recordemos que este sujeto posteriormente tendrá que formar parte de un ámbito más amplio influenciando a los otros y dejándose influenciar.

Para la presentación y análisis de resultados se han separado en dos tiempos la vida familiar. Interesa primero hacer una revisión de la vida en la familia de origen.

### ➔Familia de Origen

➔Tipo de familia	Este indicador corresponde al tipo de organización y parentesco en la familia. Así podemos encontrar distintos tipos de familia. Se considera la extensión de la familia ubicando dos tipos principales la nuclear en dónde participa el padre, madre e hijos. Y la familia extensa en dónde además de los padres existen otros miembros de la familia que se involucran y modifican la interacción de la familia. Además de consideran otros dos aspectos más dentro de la estructura familiar: la presencia o ausencia de alguno de los padres ya sea por separación o divorcio o bien por fallecimiento. También consideramos el lugar que ocuparon dentro de la familia ya que este se relaciona con el tipo de relación que tuvieron con los hermanos.
➔Tipo de educación: Escolarizada y familiar.	Esta categoría nos indica las características de la familia del entrevistado. Rígida: en donde los padres son autoritarios y establecen reglas inflexibles. No se aceptan las opiniones de los hijos. Sobreprotectora: en dónde los padres tienen una preocupación extrema

	<p>por sus hijos de tal forma que no permiten que los hijos se arriesguen y tomen decisiones y se impide el desarrollo de la persona.</p> <p>Permisiva: donde los padres son incapaces de disciplinar a los hijos.</p> <p>Estable: es en donde se muestra un rol bien definido de cada uno de los miembros. Los hijos crecen seguros, estables, confiados, les resulta fácil dar y recibir afecto, toman decisiones y saben afrontar los problemas.</p> <p>Inestable: donde el rol de los pares se encuentra confuso, no hay una meta como familia, los hijos son desconfiados, temerosos, se les dificulta tomar decisiones, no les es fácil dar y recibir afecto, son incapaces de expresar sus necesidades, no reconocen sus habilidades.</p> <p>Además de ello se toma en cuenta por una parte la educación en casa y la importancia que se le daba dentro de la familia a la educación escolar.</p>
Encargado de la educación	Aquí interesa saber quien se encargo de la educación porque generalmente es con ese padre con el que se lleva un mayor contacto. Además se originan distintos sentimientos por los dos padres a partir de las reglas que maneja cada uno.
→Relación con la madre	Interesa saber cuál es la relación con la madre y su influencia afectiva en el entrevistado.
→Relación con el padre	Interesa saber cuál es la relación con el padre y su influencia afectiva en el entrevistado.
→Relación con los hermanos	La relación con los hermanos se toma en cuenta desde el punto de vista de cercanía o lejanía. De tener una relación de comunicación o armonía o una relación lejana o bien con conflictos frecuentes.
→Papel dentro de la familia	En esta categoría se considera el papel que jugó y juega el entrevistado dentro de su familia de acuerdo a las responsabilidades que se le encomiendan. También se consideraron las expectativas que se tenían de él en la etapa de crecimiento.

### →Familia actual

Interesa hacer una revisión de la familia actual. Aquí se analizan tres indicadores: Tipo de familia, número de hijos y relación con ellos y la relación de pareja.

→Tipo de familia	<p>Este indicador corresponde al tipo de organización y parentesco en la familia. Así podemos encontrar distintos tipos de familia. Se considera la extensión de la familia ubicando dos tipos principales la nuclear en dónde participa el padre, madre e hijos. Y la familia extensa en dónde además de los padres existen otros miembros de la familia que se involucran y modifican la interacción de la familia.</p> <p>Además de consideran otros dos aspectos más dentro de la estructura</p>
------------------	--



	familiar: la presencia o ausencia de alguno de los padres ya sea por separación o divorcio o bien por fallecimiento. También consideramos el lugar que ocuparon dentro de la familia ya que este se relaciona con el tipo de relación que tuvieron con los hermanos.
→ Número de hijos y su relación	Interesa saber el número de hijos además de conocer la relación de la entrevistada con ellos dado que de ella depende la comunicación, armonía y estabilidad familiar.
→ Relación de pareja	En este indicador se revisa si existe una buena relación de pareja o no. Existen parejas que tienen una buena comunicación y comparten la crianza y educación de los hijos. Existen parejas que por distintas variables no establecen buena comunicación y por tanto la educación de los hijos se ve afectada. Veremos como estas relaciones influyen en el estado de ánimo de las personas.

### ➤ Relaciones afectivas

En esta categoría se describirán las relaciones que establece el entrevistado con su entorno social. Aquí interesa analizar: el carácter del entrevistado, las relaciones sociales y los apodosos que los entrevistados reciben de su entorno.

→ Carácter	Se analiza la personalidad de entrevistado dependiendo del tipo de comportamiento que puede presentar: débil, fuerte, enojón, etc.
→ Relaciones sociales	Interesa describir como es que el entrevistado interactúa con su entorno, si le es fácil establecer amistades y como se comporta con ellas. Además se abordará un poco como el entorno social reacciona ante la obesidad.
→ Apodosos	En este indicador se incluyen todos los apodosos y sobrenombres que se les daban a los entrevistados sobre todo los relacionados con la obesidad y lo que sentían los entrevistados cuando les llamaban así y las repercusiones en el propio cuerpo.

### ➤ Salud

En esta categoría se revisan los aspectos más generales de la salud entre ellos como el ritmo de vida influye sobre la salud y viceversa, el tipo de sueño, número de embarazos y su curso, alteraciones en el ciclo menstrual, la actividad y satisfacción sexual, el ejercicio y las enfermedades más frecuentes o las que se han cursado a lo largo de la vida.

→ Ritmo de vida	Se hace entre un ritmo de vida acelerado donde se tienen muchas actividades y ocupaciones y por lo tanto se vive con estrés. Y ritmo de vida tranquilo donde se viven las actividades de manera espaciada.
→ Tipo de sueño	Interesa saber si el sueño que tienen las entrevistadas es reparador o no. Si hay pesadillas o sueños recurrentes debido a que esto repercute en su estado de ánimo.
→ Número de embarazos	Se indaga acerca del número de embarazos, como se toma la noticia de ellos, como se cursaron. Cuántos abortos y los motivos de ellos.
→ Alteraciones en el ciclo menstrual	Interesa saber aquí si se presentan alteraciones en el ciclo como amenorrea o dismenorrea u otras alteraciones debido a que se menciona que la obesidad puede facilitar la presencia de trastornos menstruales.
→ Actividad y satisfacción sexual	Interesa saber si existe o no actividad sexual, a que edad comenzó y si esta actividad le es satisfactoria al entrevistado o no en la actualidad y si es que la obesidad influye en este aspecto de la vida.
→ Ejercicio	Interesa saber si los entrevistados hacen o no ejercicio, el tipo de ejercicio y las repercusiones en el cuerpo.
→ Otras enfermedades	Se hace una revisión de dos aspectos. Las enfermedades más frecuentes y las enfermedades que se han presentado a lo largo de la vida. De ambos se revisará, su diagnóstico, su curso y sus tratamientos.

### ➤ Padecimiento

Se revisarán concretamente los indicadores que se refiere a la obesidad. Interesa revisar: el momento de la vida en que se presenta, si hubo o no diagnóstico médico, los tratamientos y sus efectos, las emociones a lo largo de la vida, emoción que desencadena la ingesta, las dietas y su efectividad, la relación que se establece con el cuerpo y las implicaciones de la moda en la obesidad.

→ Momento de la vida en que aparece y motivo	Interesa saber en que momento de la etapa se presenta. Si en la infancia o bien después del embarazo y como lo vivió la persona.
→ Tratamientos, diagnóstico médico	Se revisan los tipos de tratamientos principalmente en tres vertientes: médicos alópatas, homeópatas y otras recomendaciones naturistas. Se revisa la efectividad de éstos en las pacientes y el mantenimiento del peso si es que hubo reducción.

→ Emociones a lo largo de la vida	Se hace una revisión de las distintas emociones que predominaron a lo largo de la vida y las cuáles desencadenaron el padecimiento: alegría, tristeza, miedo, enojo, ansiedad. Interesa saber que se hacía ante ellas y en que parte del cuerpo las sentían.
→ Cuerpo y obesidad	Aquí se revisa como viven las entrevistadas su cuerpo a partir de que se presenta la obesidad. Si aceptan o no su cuerpo. Cómo lo ven, como lo viven. Cómo lo comparten o no con los demás. Cómo lo quisieran ver.
→ Moda y obesidad	Aquí se analiza la importancia de la moda en las entrevistadas en el sentido de la inclusión social por medio de la moda. Y las repercusiones nivel personal que tiene las entrevistadas al encontrar o no ropa de su talla.
→ Obesidad y Familia	La familia es el primer entorno social donde se ponen de manifiesto las creencias acerca del cuerpo. Aquí se revisa como la familia reacciona con respecto al tema. Si el obeso es rechazado o es incluido. Si funge como apoyo o es el primero entorno donde sufre discriminación. Además se revisa si existe un patrón de cuerpo.

### ➤ Alimentación

La alimentación resulta de suma importancia para entender la parte orgánica de la obesidad. Además se revisa como la familia es el que construye los hábitos alimenticios. Se revisa los siguientes indicadores: Tipo de alimentación, número de comidas y entre comidas, gusto predominante, dónde y con quién se come, pensamientos y sentimientos mientras se come, tiempo que se dedica a la comida en función si se disfruta o no, significado del acto de comer.

→ Tipo de alimentación	Interesa conocer el tipo de alimentos que se consume. En este caso saber si es una alimentación balanceada o no.
→ Número de comidas	Se revisa cuantas comidas se hace al día de lo que se denomina fuertes, y cuantas entre comidas. Además si se presentan los denominados atracones que son las comidas excesivamente abundantes y en un lapso muy corto de tiempo.
→ Gusto predominante	Interesa saber cuál sabor predomina: salado, dulce, agrio, amargo, picante. Sobre todo cuando se presentan las llamadas entre comidas.

→Pensamientos y sentimientos durante la ingesta	Las personas presentan diversos sentimientos a la hora de comer. Interesas saber que tipo de sensaciones se experimentan antes de comer, durante la ingesta y posterior a que esta se realizó.
→Dónde y con quien se come	Se revisa si se come solo o con los hijos, como intervine la familia a la hora de comer, dónde se come para conocer la higiene y dedicación de los alimentos, quién los prepara.
→Tiempo dedicado a la comida	Interesa saber el tiempo que dedica a las comidas y saber si está relacionado con el disfrute de los alimentos.

### **3.4 Datos demográficos**

De las personas entrevistadas 10 fueron mujeres y sólo un varón. Cabe señalar que se invitó a participar a más hombres pero dieron una respuesta negativa. Todos los participantes son adultos con una edad promedio de 34.5 años de edad. Dos de las entrevistadas son solteras, cinco están casadas, tres viven en unión libre y una de ellas está separada.

Todos los entrevistados viven en el estado de México y las personas entrevistadas viven en el municipio de Tultitlán y Atizapán de Zaragoza. Cabe resaltar que estos dos municipios están saturados de población y por ende de diversas dificultades lo que hace que el ritmo de vida de sus habitantes sea estresante.

De los once entrevistados diez de ellos son de religión católica. Lo cual confirma que en México predominantemente la población sigue profesando la religión católica. Sólo hubo un caso de una nueva religión denominada Eliasista.

En cuanto a su nivel escolar ninguno de los entrevistados tiene licenciatura, el grado más alto se encuentra en preparatoria o comercio y cinco de los participantes solo estudio la primaria. Como observación, sería interesante incluir a personas con nivel de estudios superior para observar las posibles diferencias en cuanto a la alimentación y a percepción de la obesidad.

En cuanto a sus ocupaciones hubo una coincidencia ya que cuatro de los entrevistados son comerciantes, y las otras dos personas que trabajan son secretarias. Las demás entrevistadas se dedican al hogar de tiempo completo.

Diez de los casos habitan en casa propias y sólo un caso renta un departamento. Sin embargo cuatro de las personas que viven en casa propia la comparten con más familiares, casi siempre con los papás del cónyuge y algunos cuñados. Es importante resaltar este dato ya que en la mayoría de los casos el hacinamiento es causa de estrés y conflictos tanto con las personas que comparte el domicilio al igual que con el propio cónyuge.

### **3.5 Descripción de resultados**

A continuación se presentan los resultados obtenidos en cada una de las categorías. Se presentan fragmentos de las historias de vida que ejemplifican cada uno de los indicadores.

#### **3.5.1 Estructura Familiar**

Esta categoría encuentra su relevancia en que el sujeto encuentra desde su nacimiento en este entorno todas las bases que construirán su persona, su carácter, sus ideales, sus hábitos, sus emociones y su relación con él mismo y con el otro. De esta manera el cuerpo se convierte en un reflejo de lo que se vive en la familia. Además recordemos que este sujeto posteriormente tendrá que formar parte de un ámbito más amplio influenciando a los otros y dejándose influenciar.

Para la presentación y análisis de resultados se han separado en dos tiempos la vida familiar. Interesa primero hacer una revisión de la vida en la familia de origen.

##### **→ Familia de Origen**

##### **→ Tipo de familia**

Este indicador corresponde al tipo de organización y parentesco en la familia. Así podemos encontrar distintos tipos de familia. Se considera la extensión de la familia ubicando dos tipos principales la nuclear en dónde participa el padre, madre e hijos. Y la familia extensa en dónde además de los padres existen otros miembros de la familia que se involucran y modifican la interacción de la familia.

Además de consideran otros dos aspectos más dentro de la estructura familiar: la presencia o ausencia de alguno de los padres ya sea por separación o divorcio o bien por fallecimiento.

También consideramos el lugar que ocuparon dentro de la familia ya que este se relaciona con el tipo de relación que tuvieron con los hermanos.

Adri

*Pues también éramos ocho. Porque somos seis hijos y mi mamá y papá. Cuatro mujeres y dos hombres Yo soy la más chica. Tenía como unos seis o siete cuando él ya había fallecido (papá).*

Berta

*Nosotros somos mis papás y somos siete hermanos conmigo. Soy la sexta, no, la quinta. Mi papá es el señor Marcos , tiene 74 años. Mi mamá la señora María de la Luz tiene 72 años. Ya luego sigue mi hermana Isaura, tiene 53 años, después sigue mi hermana María Apolinar, tiene 50 años, después sigue mi hermana Lidia, ella tiene 45 años. Después sigue mi hermana María, ella tiene 42 años, después sigo yo que tengo 39 años, después sigue mi hermano Julio, él tiene 37 años y después sigue mi hermana Patricia, ella tiene 34 años.*

Daniel

*Mi mamá que se llama Clementina. Tiene 65 años. Mi papá se llama Fernando y tiene 65 años. Mi hermana Fausta y tiene 35 años.*

Gaby

*Pues ahorita nada más estamos mi mamá y yo. Y a los lados viven mis hermanas con sus familias. Soy la tercera, la más chiquita Mi mamá es separada hace como siete años por problemas personales de ellos.*

Guadalupe

*Pues ahorita yo ya nada más tengo mamá, este... mis hermanos somos cinco yo soy la más chiquita. Mi mamá es Ester. La mayor se llama Ana María Patiño, la segunda se llama Teresa, bueno todos, este... Juan y Roberto y yo soy la más chiquita.*

*Mi papá murió cuando tenía dos años, cuando él falleció yo estaba bebé todavía... entonces desde esa edad ya no alcancé a conocerlo. [...]pues... es que él tomaba mucho, tenía el vicio muy avanzado, él era músico y ya ve que en esas cosas se agarra el vicio, se dedicó al vicio... se le reventó el vaso sanguíneo y ya.*

*Mi abuelita, desde que mi mamá quedó viuda, mi abuelita se encargaba de nosotros, ella trabajaba y le ayudaba a mi mamá para sacarnos adelante.*

Laura

*Mi papá se llama Gerardo, tiene 43 años. Mi mamá se llama Silvia, tiene 42. Mi hermano Gerardo, tiene 21. Mi hermano Christopher, tiene 9. Mi abuelita se llama Juana y tiene 72 años*

Liliana

*Mi papá, mi mamá, mi hermano y mi hermano. Maximino, Celsa, Maribel, Francisco.*

María

*Mi papá se llama Fernando, él es pensionado y ya no trabaja y tiene 69 años. Mi mamá se llama María de la Luz, tiene 73 años y está en el hogar. Mi hermana la mayor se llama Eréndira y tiene 44 años. Yo soy la segunda María Loreto voy a cumplir 42 años. Luego sigue mi hermana Eva que tiene 39 años y trabaja en unas tortillerías que tiene. La mayor atiende una tienda que tiene con su*

*familia. Tengo un hermano que se llama Fernando, tiene 35 años, él es casado. Bueno ya todos son casados. Después sigue María Antonieta tiene como 33 años. No mi hermano tiene 36 y mi hermana tiene 34 años. Y tengo otra hermana que se llama Yolanda que tiene 32 años. Y la más chica es Elsa y tiene 30 años. Todos trabajan.*

## Mar

*Mi familia originalmente éramos cinco, siete personas contando a una de mis hermanas, la mayor pero ella a los 16 años se fue a vivir con su abuelita, tenía yo como 10 años cuando se fue a vivir con ella. Ya quedamos nada más... uno, dos, tres...6 personas. Bueno pero cuando mi hermana se fue todavía no nacía el más chico que es Toño. Hasta como a los seis años nació. Éramos los que componíamos ya realmente la mayor parte del tiempo la familia éramos mis dos hermanos, tres hermanos, mi papá, mi mamá y yo.*

*Mi papá es Juan, mi mamá Soledad, mi hermano el que sigue de mi es Juan Francisco, mi hermana también es Yazmin y Antonio. Son mis dos medios hermanos los dos más chiquitos. Mi mamá se llama Elisa Acevedo. Ella nos abandonó a mis dos hermanos y a mí. A los tres hermanos que somos por parte de mi papá. Nos abandonó chiquitos. Tenía cuatro años.*

## Mary

*Son mi papá, mi mamá y diez hermanos. Conmigo somos once. Bueno éramos doce pero hace como quince años falleció una de mis hermanas. Y ahora somos once hijos. Yo soy la doce, bueno la última.*

*El grande se llama José de Jesús y el tiene 52 años. Después sigue... ¿aunque haya fallecido? Ah bueno. Después sigue Armando que tiene 50 años. Después sigue Minerva que falleció y ella tendría como cuarenta y nueve años. Jorge que tiene cuarenta y seis. Luego sigue Gema que tiene cuarenta y cuatro. Marcelino que tiene cuarenta, Rosario que tiene 39. Verónica que tiene 36. Laura que tiene 35. Ricardo que tiene 33. Y José Juan que es mi hermano gemelo y treinta años igual que yo.*

## Sol

*Pues nada más desde que tengo uso de razón he vivido con mi abuelita y mi papá. Pues supuestamente mi mamá... se retiró del lado de mi papá dejándome con él a la edad de... antes de tener un año. Pues no la extrañé porque le vuelvo a repetir a usted, mi abuelita la hizo para mí de madre en todo momento y en todos sentidos, para mí siempre fue mi mamá. No extrañé a la verdadera.*

Podemos observar que todas las familias son nucleares en su formación ya que ninguna convivió de manera muy cercana con otros parientes. Se concentraron en la convivencia de padres e hijos únicamente. Posteriormente tres familias recurrieron a la inclusión de otros parientes, principalmente la abuela porque uno de los padres hizo falta a temprana edad de los entrevistados. Podemos observar también que 6 de los entrevistados son los hijos más pequeños. Esto es importante debido a que las familias se componen de varios hijos entonces las diferencias de edades son amplias por lo que la convivencia con los hermanos se ve afectada así con el transcurso del tiempo los entrevistados se fueron quedando solos



porque los hermanos se casan, salen a trabajar, etc. . También podemos observar que son familias que posteriormente se fueron modificando por dos razones. La primera es que el padre falleció a temprana edad de las entrevistadas por lo que la familia se convirtió en monoparental casi siempre atrayendo a la abuela para que cumpla funciones de proveedora y educadora. . Este fue el caso de Adri y Guadalupe. Sol también proviene de una familia monoparental pero en su caso la que se alejó del hogar fue su madre. En el caso de Gaby encontramos a una familia de padres separados. En su caso Mar pasó por varios modelos de familia, inició con una nuclear posteriormente cuando su mamá se retira del hogar su papá es el único que queda a cargo. Posteriormente se hace una familia compuesta al casarse su papá nuevamente. Sólo cinco de los casos reporta que sus padres hasta la fecha siguen juntos.

**→Tipo de educación: Escolarizada y familiar**

Esta categoría nos indica si la educación del entrevistado fue:

**Rígida:** en donde los padres son autoritarios y establecen reglas inflexibles. No se aceptan las opiniones de los hijos.

**Sobreprotectora:** en dónde los padres tienen una preocupación extrema por sus hijos de tal forma que no permiten que los hijos se arriesguen y tomen decisiones y se impide el desarrollo de la persona.

**Permisiva:** donde los padres son incapaces de disciplinar a los hijos.

**Estable:** es en donde se muestra un rol bien definido de cada uno de los miembros. Los hijos crecen seguros, estables, confiados, les resulta fácil dar y recibir afecto, toman decisiones y saben afrontar los problemas.

**Inestable:** donde el rol de los pares se encuentra confuso, no hay una meta como familia, los hijos son desconfiados, temerosos, se les dificulta tomar decisiones, no les es fácil dar y recibir afecto, son incapaces de expresar sus necesidades, no reconocen sus habilidades.

Además de ello se toma en cuenta por una parte la educación en casa y la importancia que se le daba dentro de la familia a la educación escolar.

## Adri

*Pues hasta lo que ella pudo. Porque si yo hubiera querido hubiera seguido estudiando más pero ya no quise. Pues no sé. Yo sentía que nada me gustaba como que no sentía que algo me llamara la atención. Luego mi mamá me decía: -estudia belleza hija- -Hay no, tú con tu belleza siempre- le decía. Estudia para secretaria. No más me metí un año. Pero o sea que por mi mamá no fue. Fue porque yo mala cabeza o porque no me gustaba.*

*No más que cuando la hacíamos enojar como todo se ponía verde y ¡huy!. Me daba mis catorrazos pero cuando ya la sacaba yo de quicio. Pero fue tranquila mi mamá. Luego me quedaba yo sola. Entonces eso si no me gustaba. Se puede decir que desde los siete yo me quedaba solita. Bueno así yo más o menos me acuerdo. Entonces luego había veces que pues eran tres turnos y tenían que rolar. Cuando a mi mamá le tocaba el tercer que era cuando me quedaba toda la noche era donde no me gustaba. Porque me daba miedo. Si, no sé. Me daba miedo la verdad. Luego oía un ruidito y me quedaba hasta tiesa. Luego había una prima iba y se quedaba. Mi mamá trataba de buscarme compañía para que yo no... Porque luego no la quería dejar ir a trabajar. Eso ya me acordé que era lo que no me gustaba. Quedarme sola. Pues si porque te hace miedosa, no? De alguna manera yo siento que si me hizo como que miedosa como que... Ya nada más decía: ¡Híjoles! Ya se empieza a hacer tarde y me voy a quedar sola. A veces mi mamá me decía que me fuera a casa de mi madrina porque vivía a una calle y ahí me daban de comer o lo que le daba mi mamá. O me iba con la vecina de a lado, me veía.*

## Berta

*Pues en si mis papás decían que la educación, lo básico era la primaria. Mientras uno supiera leer y escribir para ellos era lo elemental porque en primera no contaban con los recursos como para mandarnos a la escuela. Yo si quería estudiar. Les rogué mucho a mis papás que me dejaran estudiar la secundaria pero mi papá dijo que no. Porque una hermana, en este caso la tercera, le dieron la secundaria, fue la única mujer, bueno de ahí hubo la más chica también y saliendo de la secundaria, luego luego se casó. Entonces dijeron mis papás que para qué, que si se iba uno a casar que para qué. Qué con que uno supiera leer y escribir era suficiente. Pero yo si anhelaba, si yo... mi ilusión era ser secretaria, no se por qué. Pero era mi ilusión ser secretaria pero no se pudo.*

*Como que fuimos una familia así como que nunca hubo frases de cariño, de nada. Me afectó en la forma de con mis hijos. Yo los quiero mucho pero tampoco sé decirles mi amor o ... en mi no hay ese vocabulario de ... quiero mucho a mis hijos pero tampoco no hay mucha demostración de amor con ellos. Mi mamá es la más fuerte de carácter, es más, como que ... Mi papá si dice las cosas pero la que dice la última palabra es mi mamá. Mi papá también dice pero mi mamá es más fuerte de carácter.*

*No, desde pequeña no. Como que yo de pequeña si me...sentía yo como que... yo no sentía los problemas de chica. Sentí que mi vida que no fue mucho problema. Lo único que sí, fue falta de cariño pero no tuve que resolver nada.*

*Pues las reglas en la casa era de que tenía uno que ayudar, porque mi papá tenía animales [...] Esa era la educa... Bueno así fue mi vida desde chica o sea que trabajamos desde muy chicos [...] Una vez que mi papá nos encontró a mi papá que ella iba con su novio y yo con el mío, llegó y nos pegó con el cinturón y era mucha reprimenda. Nunca, si nos invitaban a una fiesta, no*

## Daniel

*Pues buena. No porque mi papá trabajaba mucho y mi mamá estaba enferma., muy enferma, entonces no había quien me cuidara. Pues se siente muy... La separación de los padres es algo muy feo. Y más yo creo que a mi edad yo creo que me hizo mucha falta la ... tener alguien que se preocupara por mí y que orientara en el camino que debería de seguir pero no sé. Eso es lo que sentí. Pues es que siempre con la enfermedad de mi mamá y mi papá siempre trabajando mucho nunca había un sitio entre los cuatro para poder sentarnos a platicar.*

## Gaby

*No pues... yo siento que muy bien porque me dio principios y reaccionar con esos principio que ella me dio. Lo que pasa es que como siempre he estado al cuidado de mi mamá, como que mi mamá me protegió de más. Entonces yo no he podido tomar decisiones por mí misma por lo mismo porque he estado tan protegida que muchas veces no he podido tomar mis propias decisiones. Pues siempre te digo.. como siempre he estado muy protegida hasta por mis hermanas. Buen por una de ellas, por la mediana. Así como que siempre me ha tratado como su niña chiquita. Entonces ese es el problema que te comento.*

*Ella (mamá) tenía que trabajar todo el tiempo y yo estaba con mi hermana. Ya cuando yo empecé a crecer ella se cambió de turno y empezó a estar conmigo*

*Mis hermanas. Siempre estaba yo con mis hermanas. Hasta los cuatro años estuve con mi abuelita. La mamá de mi mamá. Ya después con mis hermanas. Realmente de todas mis tías, de todas las hijas de mis tías. Mi abuelita era a las que nosotros nos acogía y nos protegía de todos.*

*Lo que pasa que... has de cuenta que de que murió mi abuelita a los tres años yo no me acuerdo de nada de mi niñez. Después de los cuatro y hasta los trece. O sea, si me llego a acordar de algunas cosas pero como en sueños. No tengo una imagen clara de lo que fui cuando niña.*

## Guadalupe

*Pues no muy buena ahora si que... porque... ¿cómo le diré?... allá como no le prestan atención como aquí por eso yo mando a regularización a mi hijo porque no quiero que padezca lo que yo he sufrido, porque para mi es muy difícil no saber, ahora si que nos enseñaban al si aprendes bueno y si no pues también bueno, no nos exigían, hora si que los maestros no... bueno yo miraba que no eran buenos.*

*pues... un poco mal porque mi mamá después de que ella quedó viuda nos trataba mal, nos pegaba muy feo, a mí me parecía como maltrato, no? Porque... yo decía que no era la manera.... No era la manera de darnos esa educación porque pues... como éramos casi puras mujercitas hora si que nos pegaba muy feo, no le gustaba que anduviéramos en la calle, en casas ajenas, nos quería tener ahí nomás*

*Y mi mamá... como yo y mi hermano éramos los más chiquitos, era a los que nos pegaba más porque pus ella se desesperaba decía que nosotros le pedíamos de comer y que pus no tenía que darnos, entonces ella se desesperaba y nos pegaba.*

*Yo desde los seis años empecé a trabajar en casas, haciendo mandados, que vete a traer la leche y ya me daban que para mis lápices, que para mis cuadernos, porque mi mamá... hora si que perdía yo un lápiz y era paliza que nos daba, entonces yo tenía que buscar la manera de conseguir para comprarme. Y ya empecé a hacer los mandados, yo decía ¿qué que me va a encargar hora?, ya me*

*encargaban la leche, que el pan, diario les iba hacer el mandado y me ganaba una moneda y pus ya compraba mi lápiz, se me hacia muy deprimente.*

**Laura**

*Pues yo cuando salí de la secundaria yo no quería estudiar y pues mi papá me dijo que aunque fuera una carrera corta estudiara.*

*De todos los planes que se hacen en la casa se pide opinión y se toman en cuenta.*

*Hay este.. pues... a veces... es que varia porque a veces mi papá esta de ...se porta grosero... cuando esta de buenas es lo máximo que esté en la casa...ahí pero, cuando esta de malas ni que esté en la casa lo queremos.*

*Lo que pudiera cambiar de mi familia sería... yo creo que ... la dureza de mi padre tal vez porque cuando él está de malas o sea como que nos influye a todos. Empieza a gritar y nos molestamos nosotros a la vez porque luego a veces lo hace por cosas que no tienen significado y pues nos molesta a los demás sin querer.*

**Liliana**

*Pues normal. No este... hasta dónde ellos pudieron darme pues yo aproveché. Todo lo que me dieron. A la escuela. A la alimentación. A todo, la ropa, a los zapatos, a todos.*

**María**

*Pues mi mamá era muy... o es muy reg... bueno ahorita ya no, era muy regañona en aquel entonces. Si nos dejaba jugar pero vamos a suponer que... pues si te dejo pero tienes que hacer esto primero. Y pues así nos trató desde... desde que yo me acuerdo desde muy chicos. Ya cuando tenía 10 años aproximadamente ya nos ponía a lavar la ropa, como éramos siete a cada uno nos tocaba lavar los trastes de la comida del diario un día. Pues si algo hacíamos mal así que ... nos manada a lavar la ropa y si no le gustaba como lo hacíamos o dejábamos sucia nos volvía a poner hasta que lo hiciéramos bien. No nada más era de laven su ropa y la tienden. Ella nos revisaba. Luego nos ponía de... no sé...de unos doce años pues nos ponía a hacer la comida. Ella nos iba diciendo. Pues como tenía muchos hijos y todo y nosotros éramos las más grandes pues nos decía: - me vas a hacer esto y yo e voy a ir diciendo como. Y así. Para cuando ya andamos de novias le pedíamos permiso a mi mamá y ella nos manada con mi papá y luego mi papá nos manada con mi mamá. Como que era algo así como que para que mi papá estuviera enterado. Pero la de los permisos era ella. Y nos ponía a hacer nuestro quehacer pues si quieres salir debes limpiar la estufa o lavar la ropa, el quehacer que ella nos pusiera pero lo teníamos que terminar para poder salir a pasear por ahí. Pero también era muy comprensiva cuando nos acercábamos a ella y le decíamos fíjate que ya tengo novio o algo. Como que nos daba consejos y la verdad yo al menos en lo particular le tenía un poco de miedo porque decía: -hay ahorita me va a regañar- pero no si, también era así. Y ya entre más grandes nos fuimos haciendo como que ya más nos fue comprendiendo. De chiquitas chuiquitas nos traía cortitas. Yo siento que ella era muy regañona.*

*Pues con mi mamá no tanto. Con mi mamá nada más para comentarle algo así como de los novios o algo. Este... si nos daba miedo porque ya estábamos pensando casi casi solitas lo que nos iba a decir: que no, que... porque pues como era muy enojona muy gritona . Yo siento que ese fue el miedo. Aunque ella no nos... no nos...siempre nos decía que le tuviéramos confianza pero yo siento que por su carácter, así que hablaba fuerte y que nos regañaba. Yo pienso que por eso le pensábamos para decirle y nos daba miedo.*

*Cuando éramos chicos mi papá trabajaba y ganaba más o menos normal pero como éramos tantos. Mi papá se encargaba de darle su gasto y mi mamá nos tenía que vestir, calzar, bueno no que calzar no. Muchas cosas mi papá nos las compraba pero la mayoría mi mamá veía como. Ella nos hacía la ropa cuando estábamos chicos, nos hacía nuestros vestido. Ose economizar de tal manera que alcanzara. Pues en ese aspecto siento que mi mamá.*

*Bueno... yo como que veo y veía. Hasta la fecha porque le digo que mi mamá si ha sido de carácter más fuerte y todo. Como que ahí la que manda y la que dice casi casi como se hacen las cosas y todo es mi mamá.*

## Mar

*Huy, yo creo que anduvimos de mano en mano. Yo me acuerdo que desafortunadamente y no fue tanto por cuidarlos a nosotros, porque ya desde ese entonces existía la tienda que ahora tengo, vinieron ayudarle a mi papá que unas primas, que mi tía, su hermana la más chica, mi tía Sonia, ya que vino mi abuelita aunque realmente yo de mi abuelita, me acuerdo que alguna vez vino pero lo tomamos así como que las vacaciones de la abuelita. Ya después la que se estableció de fijo con nosotros fue mi tía Chuy. Pero yo creo que como un año y medio anduvimos de mano en mano, nunca salimos de la casa pero venían que es que ayudarle a su papá en la tienda y a echarnos un ojo a nosotros pero realmente nada más estábamos aquí a la hora que estaba mi papá pero se la vivían en la calle, ya cuando iba a llegar mi papá nos metían. Ya con la que nos estableció mas una casa e hicimos una familia fue con mi tía Chuy. Tía y cuñada de mi papá.*

*Hay. Pues a mi manera tal vez no fue la mejor, dice uno, porque fue muy estricta y tenía un carácter muy fuerte y ella para todo era el manazo, el golpe, el grito, el insulto pero ahora ya que soy mamá así como que ... fue su manera de educarnos [...]a su vez yo siento que ella nos crío como sabía hacerlo porque ella no tuvo escolaridad y nos crío como lo supo hacer.*

*[...]hemos sido una familia muy disfuncional No somos muy sociables en cuanto a la familia, en ven vamos a comer, vamos socializar, realmente no platicamos, nos hablamos yo digo que por la tienda sino ni nos veímos. Porque desafortunadamente, no sé, pienso que por el carácter de mi esposo es lo que me alejado de alguna manera de mi familia.. Como mencioné nunca tuvimos el concepto de familia como que muy, de vamos a convivir, eso viene de atrás con mis papás que también nuestro núcleo familiar nada más éramos nosotros. Casi no convivíamos ni con tíos ni con primos nada. Entonces perdimos de alguna forma el contacto.*

*No pues no. Desafortunadamente siempre vivimos en conflicto no sé si el carácter de mi mamá, la falta de carácter de mi papá, realmente fueron muy pocos, bonitos, recuerdos bonitos a lo mejor, entre bonitos y triste (recuerdos)s, la convivencia con mis hermanos*

## Mary

*Pues yo pienso que... como todo no. Hay cosas que fueron muy buenas y que hasta la fecha le sigo agradeciendo pero hay muchas que no son tan buenas y que yo siento que me han traído muchos problemas. He arrastrado con muchas cargas desde que era chica.*

*Pues buenas en que ... que ahora lo entiendo que fueron buenas. Que no me dieron todo, o sea, en cuanto a material, no me dieron todo lo que yo quería como ahora. En respetar a los mayores a los tíos a los abuelos. Y en cuanto a las que no me parecen pues fueron que a lo mejor por tiempo y por tantos hijos que tuvieron pues no nos dedicaron o no me dedicaron o no tuvieron el cariño que yo pudiera haber deseado. Además que cuando yo me sentía triste mi mamá en ves de ... o sea lo que yo quería a lo mejor de ella es que pues me abrazara o me dijera que no pasaba nada simplemente pues me regañaba o me decía que.... no que me pusiera... en vez de estuviera pensando en tristezas*

*que mejor me pusiera a hacer quehacer. Ya después a lo mejor que me tuviera... podría ser que me trajera un poco de problema pero nada más eso.*

*De parte de mi mamá si había golpes pero me acuerdo que decía que a los ocho más grandes les pegaba con la manguera y a mí me pagaba con la chancla pero ya no muchas veces pero si me pegaba.*

*Pues no. Nada más cuando la hacíamos enojar que nos estuviéramos peleando o que la estuviéramos molestando cuando hacía un quehacer ahí si nos pegaba pero menos no. O cuando no le queríamos ayudar porque teníamos que hacer quehacer. Quisiéramos o no teníamos que hacer quehacer. A mí no me gustaba.*

*Pues con la mía yo creo que tuvo sus altas y sus bajas porque a veces eran estrictos y a veces como que se pasaban que ni siquiera me pelaban.*

## Sol

*Pues... para mí fue... como le explicaría... mi abuelita pues hizo las veces de mi madre dándome consejos y orientándome y cuidándome como lo que era, una mujer ella y yo también. Mi papá pues también aportarme todos los elementos necesarios para vestir, calzar y para todas las necesidades. Y también el consejo y la guía que me dio también.*

*Pues para mí fue buena a pesar de que no hice por decir otros estudios para mí fue magnífica porque fueron muy buenos conmigo. Bueno como le vuelvo a decir, para mí fueron lo mejor, cuidadosos, cariñosos, los quise machísimo a ambos.*

En esta categoría se puede observar que 8 de las familias son rígidas. Estos son los casos de Adri, Berta, Guadalupe, Laura, María, Mar, Mary y Sol. Podemos observar que las reglas son inflexibles y que en la mayoría de los casos al no ser cumplidas existen los castigos físicos además de que opera un sistema en el que es válido el insulto. Por esta razón los entrevistados manejan sentimientos de miedo y rechazo hacia sus familias y en especial a las madres. En los casos de Mar y Guadalupe además de que las reglas eran rígidas había un ambiente inestable ya que la madre estuvo ausente lo que les provoca mucha confusión y esto las llevó a pasar mucho tiempo en la calle sin el cuidado de nadie. En el caso de Dani específicamente se presenta una familia inestable también pero en su caso era permisiva ya que no había quien cumpliera con los roles paternos ya que era una hermana la que se encargaba de él.. Laura por ejemplo presenta una familia rígida inestable pero a diferencia de las anteriores aquí el autoritario es el padre mientras que la madre se muestra democrática. Tenemos el caso de Gaby que es la única que presenta a una familia sobreprotectora donde la que toma las decisiones es principalmente la madre. Solamente observamos una familia democrática que pertenece a Liliana.

Otro de los aspectos importantes es que el afecto en las familias de los entrevistados no se expresaba ya que las madres no tenían acercamiento con sus hijos. Otro aspecto importante es que en 8 familias se pone especial importancia al respecto de la educación escolar.

La mayoría de las familias esperaba que los entrevistados alcanzaran un mayor nivel sin embargo los entrevistados perdieron el interés por la escuela. El caso contrario es cuando el entrevistado deseaba estudiar pero debido a la situación económica no les fue posible y esto para ellos representa frustración porque no han podido alcanzar las metas escolares deseadas.

Finalmente cabe destacar que todos alcanzan cierto grado de inestabilidad debido a que en ningún caso el padre pudo ejercer su rol de padre debido a que tenían que salir a trabajar y además las madres tenían un carácter más fuerte y dominante y generalmente la que tomaba las decisiones era la madre. Otros caso como el de Adri o Guadalupe fue la ausencia del padre debido a su fallecimiento. En el caso de Laura el padre es muy rígido e inflexible. Todos los casos reclaman la presencia del padre que llegue a coordinar las funciones familiares.

### **Encargado de la educación**

Aquí interesa saber quien se encargo de la educación porque generalmente es con ese padre con el que se lleva un mayor contacto. Además se originan distintos sentimientos por los dos padres a partir de las reglas que maneja cada uno

Adri

*Pues mi mamá.*

Berta

*Mamá*

Daniel

*Mi hermana. Como a los diez u once años.*

Gaby

*Mi mamá. Hace como siete años (se retiró el papá)*

Guadalupe

*Mi mamá, ora si que mi mamá porque ella quedó viuda pues ella fue la que sirvió como mamá y papá.*

Laura

*Los dos.*

Liliana

*Mis papás.*

María

*Pues yo siento que fue mi mamá porque mi papá casi no se metía con nosotros. Él siempre todos nos decía que mi mamá. Queríamos algo y ... bueno para pedirle dinero para algo pues si nos daba. Pero permisos y cosas que queríamos él nos mandaba con mi mamá. Yo digo que fue mi mamá.*

Mar

*Pues mi mamá, mi mamá Sol*

Mary

*Mi mamá se encargó de mi educación.*

Sol

*Mi abuelita y mi papá.*

Se puede observar que en todos los casos es la madre quien cumple con el papel de cuidadora. Esto toma relevancia dado que es con el padre más cercano con el que se formarán alianzas o bien conflictos. Veremos en la siguiente categoría por qué. Solo 3 de los casos: Liliana, Laura y Sol mencionan haber tenido la participación de los padres en su educación. Observamos que la relación familiar de estas entrevistadas es más estable aunque con padres rígidos se tenían mejor delimitados los roles en la familia. Con este indicador nuevamente se confirma la ausencia del padre evidente en el desarrollo de los entrevistados.

### **→Relación con la madre**

Interesa saber cuál es la relación con la madre y su influencia afectiva en el entrevistado.



Adri

*Mi mamá era tranquila. Que yo me acuerde así recuerdos, así que... pues no porque casi siempre estuve con mi mamá o que lo que me dejaba ir con mis tías. Pero pues yo al menos recuerdo feo de mi mamá, no.*

Berta

*Con la que más convivimos fue con mi mamá. Con ella fue un trato este...no así de mucha confianza, que nos haya dado mucha confianza ni que nos platicara mucho, si no nada más fue un trato de... tampoco hubo mucho cariño. Más bien si nos quiere pero no nos lo expresaba.*

Daniel

*Con mi mamá nunca ha sido una relación muy afectuosa sino que siempre tratamos de sobrellevarnos. Pues hay muchas veces que me siento muy... como si quisiera estar ahí con ella y saber que es lo que pasa y otras quisiera estar muy lejos. Mal porque luego de regreso del trabajo recuerdo y no sé. Me acuerdo mucho de cuando llegaba a casa y estaba. Que nunca me preguntaba cómo me fue pero a fin de cuentas siempre estaba ahí. Y ahora quisiera que me dijera eso porque no sé. Tal vez va a llegar el tiempo que no esté y no sé que vaya a pasar.*

Gaby

*Es muy difícil que nos separemos para cualquier cosa.*

Guadalupe

*este... pues casi no maestra porque ella casi nunca estaba ahí en la casa, casi nunca estaba, siempre se iba a trabajar, llegaba en la noche, entonces casi no la mirábamos.*

*Ora si que eran los golpes muy feos, si nos golpeaba muy fuerte entonces si me deprimía. Luego decía yo: ¿ por qué fue mi mamá? yo quería que alguien más fuera mi mamá, no? Que hubiera tenido... porque mi papá igual no nos dejó nada, nos quedamos en casa de mi abuelita.*

Laura

*Mi mamá es mi mejor amiga, platicamos, nos llevamos bien y todo. Pues que hay mucha confianza, platicamos los problemas, nos damos opiniones , mejorías, pues ella me apoya mucho. Aparte, yo no tengo hermanas entonces tengo una unión muy fuerte, me corrige mis errores, todo lo que es eso.*

Liliana

*Me llevaba muy bien. Hasta la fecha.*

María

*Yo sentía que era como una persona mala, regañona, gritona. Esa idea la tuve por sus gritos. Por su manera de hablar. Su manera de... que por cualquier cosita nos pegaba. Por eso nada más, de ahí en fuera...*

## Mar

*Con mi mamá porque cuando se separó de mi papá como que la relación quedó desajustada, yo pienso que por su carácter de ella y que no encuentro la manera de acercarme a ella sin que piense que a la mejor nada más la voy a ver para irle a platicar algo a mi papá. Me da esa impresión de que nada más se anda cuidando de uno. Como que hay eso en medio.*

## Mary

*Nada más que ahora que ya nos casamos todos ahora ya ella es muy diferente. Ahora ella como que quiere recobrar lo que no... por decir en cuanto a caricias, en cuanto a besos, lo que no hizo cuando éramos chiquitas ahora nos lo hace. Pero desgraciadamente como no nos acostumbró o no me acostumbró a mí así como que a veces como que ya no me gusta tanto.*

*No me gusta tenerle rechazo a ella porque es mi madre. Entonces si me duele que ella me quiera abrazar y el que yo no... Si la acepto, si la dejo pero no lo siento yo*

*Ah, sí. Porque yo lo he comentado con otro miembro de mi familia, con mis hermanas y también lo han... hemos conectado. Y de mis hermanos, no lo platicamos pero yo lo veo, por decir, cuando abraza a mis hermanos y tienen un instinto de rechazo aunque no lo digan uno si se da cuenta. Y las hermanas si nos lo platicamos.*

## Sol

*Mmm. Pues supuestamente mi mamá... se retiró del lado de mi papá dejándome con él a la edad de... antes de tener un año. Pues no la extrañé porque le vuelvo a repetir a usted, mi abuelita la hizo para mí de madre en todo momento y en todos sentidos, para mí siempre fue mi mamá. No extrañé a la verdadera*

Aquí podemos evidenciar que es el padre cuidador, el que se encarga de la crianza, el que carga de alguna manera con los sentimientos más fuertes ya sea de rechazo o de aceptación por parte del hijo.

Podemos observar que nueve de los casos la relación que se tiene con la madre es de amor-odio. Amor porque aunque los entrevistados sintieron que no se les expresaba el amor justifican a sus madres diciendo que si las querían pero que no sabían como demostrar el amor. Se evidencia una falta de afecto de la persona que se esperaba que los amara y los protegiera.

Existe resentimiento por parte de los hijos derivado del maltrato que sus madres aplicaban sobre ellos. Estos mismos casos sienten tres emociones principalmente. a) Miedo por el castigo, miedo a equivocarse, miedo a hablar. b) Rechazo por la madre porque esperaban otro tipo de trato. c) Coraje porque cuando fueron creciendo siguieron esperando amor o

demostraciones de afecto pero nunca lo recibieron lo que les creó coraje y posteriormente resentimiento porque nunca se los expresaron a sus madres.

Esto provocó que los entrevistados se sintieran solos porque no tenían con quien expresar su pensar y sentir, no les era permitido. Vivieron con una ausencia emocional que hasta la fecha siguen manteniendo. Finalmente en la familia nunca encontraron un aliado alguien de quién sentir apoyo.

Solo en el caso de Gaby existe una relación de estrecho apego con su madre sin embargo la sobreprotección que ejercían sobre ella le ha traído como consecuencia el no poder tomar sus propias decisiones lo que le causa un conflicto a la entrevistada.

En los casos de Laura y Liliana si hubo una buena convivencia con la madre. En el caso de Liliana la niñez representó algo tranquilo por lo que las emociones fueron estables. En el caso de Laura su madre fungió como apoyo y resguardo del maltrato del padre.

#### → **Relación con el padre**

Interesa saber cuál es la relación con el padre y su influencia afectiva en el entrevistado.

Adri

*Pues con él (papá) ya fue muy poco lo que conviví. Pues también fíjate que bien. Si acaso me llegó a abrazar una o dos veces, más no y eso porque de plano...*

Berta

*Pues mi relación fue de... a mi papá casi no lo veíamos porque él se iba desde temprano y con la que más convivíamos era con mi mamá. A veces nosotros todavía no nos levantábamos cuando él ya se iba y nos dormíamos y a veces él todavía no llegaba porque trabaja lejos.*

Daniel

*Con mi papá tampoco por las cuestiones de la separación y mi hermana pues... siempre hemos sido muy diferentes y pocas veces nos hemos llevado bien.*

Gaby

*Hace siete años se separaron. Viene a visitarme de vez en cuando.*

## Guadalupe

*Yo pienso, porque yo no tuve el cariño, el amor de un padre y ahora me da tristeza el no haberlo tenido, porque yo pienso que si lo hubiera tenido sería otra cosa. En el que mi mamá nos pegaba mucho y yo pienso que si él hubiera estado no hubiera sido así, o sea, él nos hubiera echado la mano o nos hubiera dejado algún lugar dónde vivir, más que nada, porque igual de estar de arrimados con mi abuelita no era lo mismo, porque luego ella se enojaba y nos decía que éramos unos arrimados que mi papá no nos había dejado nada y pues todo eso se le queda a uno.*

## Laura

*Es muy... muy reservado, muy serio. O sea, si platicamos pero como que no mucho.*

## Liliana

*También siempre nos hemos llevado muy bien.*

## María

*Mi papá pues era muy serio. Si es muy serio hasta la fecha pero pues al menos ya platica. Casi no cruzábamos palabra con mi papá. Casi mi papá siempre leyendo su periódico y algunas veces cuando estábamos chicos y hacíamos tareas pues de repente nos agarraba a hacernos preguntas y pues nos poníamos... bueno yo al menos me ponía muy nerviosa y creo que también todos mis hermanos. Pues a la mejor porque no platicábamos. Porque no cruzábamos palabra. Porque ahora si que mi papá ha sido así desde yo creo que desde que nacimos. Él casi no... ni una caricia, ni nada. Entonces yo con mi papá pues no, la verdad no.*

## Mar

*Sin dato*

## Mary

*Pues como él trabajó siempre. Entonces como que a él no tengo nada que reprocharle. Ahora lo veo y lo saludo y no tengo nada, nada, nada. Porque él siempre se dedicó a trabajar. De él no tengo... así especialmente, nada.*

## Sol

*Bueno como le vuelvo a decir, para mi fueron lo mejor, cuidadosos, cariñosos, los quise muchísimo a ambos.*

Podemos observar que en todos los casos la relación con el padre es lejana o definitivamente ausente. En los casos de Adri y Gudalupe el padre falleció a temprana edad por lo que mamá tuvo que hacerse cargo de la casa y salir a trabajar. Esto lo viven como una doble ausencia o abandono. En el caso de Guadalupe existe cierto resentimiento debido a que considera que si su padre hubiera estado con ella entonces su situación familiar hubiera sido mejor. En todos los demás casos podemos darnos cuenta de que aunque el padre se encontraba en casa no actuaba activamente dentro de la educación, su función se limitaba a

la de proveedor ya que trabaja todo el día. Además a esto debemos sumar que las madres de las entrevistadas eran dominantes y no facilitaban la entrada de la función del padre. Los entrevistados aparentemente no tienen sentimientos ni positivos ni negativos con respecto a sus padres.

#### → **Relación con los hermanos**

La relación con los hermanos se toma en cuenta desde el punto de vista de cercanía o lejanía. De tener una relación de comunicación o armonía o una relación lejana o bien con conflictos frecuentes.

Adri

*Pues también bien. Lo que pasa es que como ellos ya eran más grandes que yo se empezaron a casar. Se puede decir que criarme con ellos casi no. Lo que pasa es que como ellos ya eran más grandes que yo se empezaron a casar. Se puede decir que criarme con ellos casi no. Y de ella... lo que pasa que es Ema, Ricardo, Jesús y Olga. Con la cuarta también me llevo bien. Luego con Lucina, la que sigue, la quinta no muy bien porque como que es muy... como muy enojona. Como que no hay química para que nos llevemos bien ella y yo. Y con los hombres pues... también así... regular. No hay mucha comunicación pero tampoco nos ignoramos. Pues... ni para bien, ni para mal. O sea, nos vemos y nos vemos bien y hasta ahí.*

*Mi hermana la mayor como que era un poco más comprensiva, no sé. Me entendía yo con ella. Con ella sí. Me llevaba muy bien con ella. Lo que pasa es que ella es más alegre. Y mis otras hermanas... Olga con la que más o menos me... si es alegre pero como que a la vez es un poco criticoncita. Y la otra como que no le parece nada. O sea son diferentes caracteres que no van conmigo. A mí luego la chica me cae gorda, la verdad, porque luego a veces, es muy mula con mi mamá. Y yo digo que haya pasado lo que haya pasado no es para que se porte así. Y a mí es por eso que no... por eso me he alejado de ella. Si luego con mi mamá luego me dice: -vamos a verla- y yo como que no. Y con la otra sí, siempre como que... no sé me llevo más con la mayor.*

*No ya estaba yo sola. Porque te digo que una se fueron no por que se habían casado sino porque se iban a estudiar y que no sé qué y se fueron con la tía y que quién sabe qué. Y como te digo que eran más grandes que yo pues no...*

Berta

*Con la que más jugaba yo era con mi hermana María y con mi hermano Julio y otro hermano que murió. Con él también me llevé muy bien. Porque jugábamos. Con mis hermanos mayores no tuve mucho... porque ellos ya eran más grandes, entonces con la que me identifiqué un poquito fue con mi hermana la más grande porque a ella la... Como que la vi en forma tipo mamá. Me protegía mucho ella. Yo salía con ella y ella cocía, hacía ropa y me hacía mis vestidos como era chiquita todavía. Y si como que si me identifiqué un poquito con ella. Como que si me jaló un poquito más ella. Pero de ahí mis otros hermanos como que no.*

*Pues con... con la segunda. (mala relación) Porque ella ... estábamos muy chicos y ella entró a atrabajar chica. Entonces casi no la veía, se iba bien temprano y llegaba bien noche. Mi hermana*

*Lidia y María. Son personas más.... Que de todo se enojan, si les habla uno se enojan. Pero en si yo las quiero también, pero son más fuertes de carácter ellas.*

**Daniel**

*Pues me hacía sentir mal. Porque yo quería llegar a mi casa a platicarle a alguien. Yo hubiera querido tener un hermano. Pero mi hermano nunca se prestaba para platicar y no: me sentía más triste y más solo. Nunca hubo quién. Con mi hermana somos muy diferentes ella es muy autoritaria y creo que a mi me falta eso.*

**Gabriela**

*No hay problema. Lo único que si es que mi hermana y yo, o sea, nos llevamos bien pero si hay un poco de distancia entre ella y yo. Ellas son muy recias en su carácter. Ellas lo que dicen eso debe de ser. Y yo me siento muy noble. A mi me pueden hacer como hilacho y no hay problema.*

*Pues no sé. Como que ella me... me señala mucho. No sé. Son muchos aspectos. Pero siempre trata de opacarme (la hermana mayor)*

**Guadalupe**

*Con mi hermana la mayor, ella nos cuidaba, Ana María, ella nos cuidaba la mayor parte del tiempo porque mi mamá se iba a trabajar.*

*pues... no casi no porque ellos crecieron y se casaron, entonces como yo era la más chica, este... yo fui la que fue agarrando todo. De mi hermano el más chico, el que iba casi conmigo, nos íbamos a la escuela juntos, nos regresábamos juntos, comíamos juntos, era con el que más conviví.*

**Laura**

*Con mi hermano el mayor porque el chiquito nada más la poca relación hay porque el se dedica a jugar ahorita y con el otro pues si no llevamos bien.*

**Liliana**

*Bien. También muy bien. Con mi hermano tengo menos relación por que él no está aquí. Él desde los dieciocho años se metió a la militar y llegó y estuvo como tres meses y de ahí lo mandaron a Coahuila y luego a Chihuahua. Pero de hecho tenemos comunicación por teléfono.*

**María**

*Y con mis hermanos. Cuando yo era chica me peleaba mucho con mi hermana la mayor. Y la que siempre consideré y hasta la fecha la sigo considerando mi amiga es la que sigue de mi. Mi hermana Eva. Pero pues ahorita ya con todos nos llevamos bien todos. Nunca nos hemos peleado. A veces nos llegamos a decir algo que no nos parece pero de buena manera. O que nos estamos dando cuenta de que estamos haciendo mal en algo y nos lo hacemos notar. Pero hasta ahí nada más. Nunca hemos discutido ni peleado.*

**Mar**

*Porque cuando yo me casé, te voy a hablar de cuando me casé para acá, en la actualidad todos hemos estado regados, de alguna u otra manera, siempre nos hemos hablado bien pero por una u otra razón estuvimos separados. En la actualidad con los que más convivo son con mis hermanos los más chicos. Yo siento que bien.*

*Desafortunadamente mis hermanos son así también como una amistad cualquiera, sabemos que somos hermanos pero no convivimos en unión de familia.*

*Con mi hermano Francisco ya tiene como tres años que se fue a vivir a Querétaro y no. Cómo te explico que lo quiero mucho y me acuerdo de él pero no... yo creo que si nos hablamos unas dos veces al año. Yo me acuerdo diario de ellos pero no me nace ir a agarrar el teléfono y llamarlos.*

Mary

*Y de mis hermanos como son muchos cuando yo nací ya unos estaban casados. Te puedo decir que de los más de mi edad (se lleva mejor) con una hermana me peleaba mucho a veces hasta golpes paleábamos. En esa época con la que me llevaba bien era con otra de mis hermanas. Pero ahora en esta época se podría decir que me llevo bien con todos.*

*Con la que me llevaba mejor era con Rosario porque o sea, ella trabajó, ella nos daba este... no por interés me llevaba bien con ella pero ella es como siempre su carácter fue como dócil. Ella platicábamos o lo que yo tenía ganas de que me compraran en esa época de joven ella como trabaja me lo compraba y con ella siempre me llevé pues bien. Ahora ya que se casó nos hemos alejado un poco. Y con la que no me llevaba muy bien era con Verónica. Porque con ella a lo mejor tendríamos el mismo carácter. Es más, ella yo creo que tiene un poquito más fuerte el carácter que yo. Entonces como las otras hermanas son más dóciles o sea como que si tu dice algo ellas por no alejar o entrar en detalles te dicen que estas bien. Pero yo no soy así. Yo como defendiendo lo que yo pienso y a ella como que no le parecía. A la vez queríamos... las dos queríamos tener la razón y por eso entramos mucho en conflicto. Hubo varias ocasiones en que nos íbamos hasta pegar.*

Sol

*No tiene hermanos.*

Podemos observar en general que existen dos tendencias. La de la relación buena principalmente con un hermano, el mayor. Esta relación se establece a partir de la diferencia de edades entre el entrevistado y su hermano. La hermana mayor cumple una función de protección, cariño y cuidado, a veces hasta una función maternal. Esto ocurre en el caso de María, Mary, Adri, Berta. En el caso de Daniel la hermana mayor fue la que se encargó de su cuidado pero nunca pudo establecer una buena relación ya que al cumplir con el papel de madre era autoritaria y rígida.

Encontramos la relación opuesta, la de rivalidad. Generalmente esta relación se vive con una hermana de edad similar. Las peleas consistían principalmente en la no equidad de labores en casa impuestas por la madre o bien debido a que las entrevistadas reportan un carácter dócil y las hermanas eran de carácter fuerte por lo que se presentaban las burlas o el hacerlas sentir menos. Esto sucede en el caso de Adri, Mary, Berta.

Con los demás hermanos existía una relación distante debido principalmente a la diferencia de edades. Los hermanos fueron saliendo del hogar debido a diferentes circunstancias por lo que los entrevistados se fueron quedando solos en casa por lo que se vivían en soledad agregado a demás a la falta de cariño de mamá una emoción predominante era la tristeza.

### →Papel dentro de la familia

En esta categoría se considera el papel que jugó y juega el entrevistado dentro de su familia de acuerdo a las responsabilidades que se le encomiendan. También se consideraron las expectativas que se tenían de él en la etapa de crecimiento.

Adri

*Pues que me superara y que saliera adelante.*

Berta

*Yo me considero fuerte pero yo no trato de llevarles mis problemas a mis papás. Mis problemas míos me los quedo. No me gusta darles molestias ni nada. Si tengo un problema aquí yo no se los platico como mis demás hermanos. La mayoría si lleva problemas a mis papás. Veo que se mortifican y todo eso. Entonces yo no quiero llevarles todo eso. Yo también me considero fuerte. Más bien la vida me ha hecho ser fuerte.*

Daniel

*Creo que siento... yo veo que tengo un papel de apoyo.*

Gabriela

*Pues lo que pasa es que como te comento otra vez. Como he sido a lo mejor muy débil como que sienten que a lo mejor no voy a salir adelante. Pues yo pienso que si puedo salir adelante. Pero una cosa es que pueda yo salir adelante y otra cosa es que me tenga... o sea, como estoy tan acostumbrada a ellos que a lo mejor yo muchas veces me confío y me confío.*

Guadalupe

*¿qué papel? Pues ora si que el de una persona como despechada, no?, que quiere actuar... no sé... como con coraje hacia mis hijos y no quiero ser así. Yo quiero ser mejor, darles lo mejor a mis hijos.*

Liliana

*Pues es el de mujer sumisa no porque no soy así. Me gusta expresar lo que siento, decir lo que siento. Me gusta ayudar a mi mamá en su quehacer. Me gusta a mí hacer mi quehacer. Que no me ayuden . Eso si no me gusta. Prefiero hacer las cosas yo sola a que me ayuden. Porque a lo mejor no las hacen como a mí me gustan. En eso si soy algo payasa.*



Laura

*Sin dato*

María

*Pues es que no me acuerdo muy bien como era yo pero era muy... era escandalosa y muy rezongona. Ella me lo ha dicho (su mamá) que me cargaba la mano porque dice que yo nunca le repelaba en el quehacer. Que por que yo no le decía nada. Y que en cambio las otras empezaban: hay pero yo por qué y fulana qué va a hacer. La verdad no sé ni por qué era grosera pero yo digo que es porque me regañaba y me cargaba la mano*

*... Por ejemplo yo cuando estudiaba no le... pues yo casi casi estudié por estudiar. Porque a si que digamos que me llamara la atención como que no. Incluso me considero de todos mis hermanos que fui la más mala para la escuela. Por que no me llamaba la atención. Después de que me casé valoré muchas cosas que mi mamá me decía. Yo decía no pues cómo. Y ya de casada decía: si me...*

Mar

*Como que soy la hermana mayor. Tengo yo esa impresión o me gusta sentirme así, a la que de repente pues me gusta preguntarles a mis hermanos cómo se sienten, a pesar de que desafortunadamente no tengo mucho la oportunidad de ayudarlos pues siquiera platicando con ellos, me gusta que me platiquen, siquiera que pueda ayudarlos con una palabra.*

*Pues soy la mamá de la casa. Soy el brazo derecho de mi esposo, de repente hasta me siento su mamá. Pero si me doy cuenta que soy la mamá agachada, que permite de repente ciertos abusos, no físicos, sicológicos por parte de mi esposo y que lo más triste es que yo según lo hago por mis hijos y mis hijos son los que luego de repente más se dan cuenta,*

Mary

*Pues no ninguno (en la familia de origen).*

*Pues si y no. Yo digo que yo porque yo todo lo que me compro, todos mis gastos corren por mi cuenta. Cuando hay que ayudarle a él porque si ha sucedido, yo lo ayudo. Que si hay que comprarle... para la gasolina sencillamente, para la gasolina del carro yo... aportamos mitad y mitad. Él para mi no me aporta. Por eso es que yo considero que a veces llegó a tener un poquito más de presión. Porque cuando él está en un apuro yo veo de que forma pero yo lo saco. Y cuando yo estoy en un apuro no me ayuda. Y por eso también hemos tenido problemas porque él me dice que yo siempre le champo las cosas. Dice él. Y si, igual y sí se las champó pero no con el afán de hacerlo sentir mal sino a la contrario de que se supere, de que diga: -bueno creo que estoy mal y le voy a echar la mano a mi mujer-. Pero en cuanto a eso no se... y eso que yo gano menos pero a veces no sé como le hago. Pero mira yo creo que saco adelante...*

Sol

*Sin dato*

Se puede observar que en la mayoría de los entrevistados la educación escolar es muy importante. Ya sea que la familia exigiera que el nivel educativo fuera mayor como en el caso de Adri o María, Laura, Gaby o bien porque los entrevistados querían alcanzar un

nivel más alto educativamente hablando pero que no se pudo alcanzar debido a las condiciones principalmente económicas como en el caso de Berta, Mar, Guadalupe.

Por otra parte podemos observar diversos papeles que se les asignaron a los entrevistados dentro de la casa de acuerdo principalmente a la edad y al carácter que presentaban. Encontramos a los que se hacían cargo de muchas labores en la casa como el caso de María, Mary, Gabriela, Berta, Guadalupe y Sol. Hay quienes se definen a partir del carácter por ejemplo el caso de Mar y Gaby.

Sin embargo podemos ver una constante. Los entrevistados a toda costa quieren ser las personas fuertes sobre todo con la familia que ellos han formado. Las entrevistadas dicen ser las fuertes de la casa ya que de ellas depende el buen funcionamiento del hogar. Esta situación se genera a partir de la infancia cuando la madre exigía de ellas mucho orden y responsabilidades para ellas. Sin embargo en la actualidad las señoras expresan reclamos porque nadie en la familia les ayuda a las labores pero por otro lado expresan un sentimiento de impotencia porque sienten que su tiempo no es suficiente para hacer todo.

Otro aspecto importante es que de alguna manera las entrevistadas tienen un esposo dominante y ellas a su vez ejercer el poder con sus hijos repitiendo la vida en la niñez cuando tenían que ser sumisas y buenas con la autoridad.

### **→Familia actual**

Interesa hacer una revisión de la familia actual. Aquí se analizan tres indicadores: Tipo de familia, número de hijos y relación con ellos y la relación de pareja.

### **→Tipo de familia**

Nuevamente en este indicador se consideran el parentesco y tipo de organización.

Este indicador corresponde al tipo de organización y parentesco en la familia. Así podemos encontrar distintos tipos de familia. Se considera la extensión de la familia ubicando dos tipos principales la nuclear en dónde participa el padre, madre e hijos. Y la familia extensa en dónde además de los padres existen otros miembros de la familia que se involucran y modifican la interacción de la familia.

Además de consideran otros dos aspectos más dentro de la estructura familiar: la presencia o ausencia de alguno de los padres ya sea por separación o divorcio o bien por fallecimiento.

También consideramos el lugar que ocuparon dentro de la familia ya que este se relaciona con el tipo de relación que tuvieron con los hermanos.

Adri

*Mi esposo Javier. Él tiene 42 años. Luego sigo yo de 35 . Luego sigue mi hijo Carlos, que es el mayor, de 15 años. Diego de 12. Paloma de 8. Javier de 7 y la Abi de dos años.*

Berta

*Mis hijos son: Claudia, Freddy, Karen. Mi esposo Mauricio*

Daniel

*Pues nada más mi esposa y yo.*

Gabriela

*No ha formado nueva familia.*

Guadalupe

*Juan Antonio que es mi esposo, mi hijo Marco Antonio y mi otro hijo Adrian. Mi esposo es hojalatero y mis niños están chiquitos y estudian*

Laura

*No ha formado nueva familia*

Liliana

*Miguel Ángel. Y este... 30 años y es empleado. Un hijo. Se llama Ángel Eduardo y tiene 3 años ocho meses.*

María

*Mi familia actual está compuesta... son tres hijas, un nieto, mi esposo y yo.*

*Mi esposo trabaja en un taxi y se llama Pedro G. Tiene 45 años. Samanta que es la mayor, tiene 22 años, ella es la que tiene el bebé. Lorena tiene 20 años y se llama Lorena Alicia. La más chica se llama María Isabel y va a cumplir 18 años. El niño se llama Salvador el va a cumplir 7 meses.*

Mar

*Bueno pues mi esposo se llama José es contador público y trabaja por su cuenta. Yo soy Mar y trabajo en la tienda y me dedico al hogar. Después mi hijo Cristian de 14 años está en 2° de secundaria va a pasar a 3° estudia. Mariel también esta en 1° de secundaria y tiene 12 años va a*

*cumplir trece en estos días y pues estudia. Dana tiene 10 años va a pasar a 6° años. Michel tiene 8 años, También estudia. Va a pasar a 3°.*

Mary

*Es Antonio, él tiene 32 años y es tornero.*

Sol

*Pues actualmente es distante señorita. Con el padre de mis hijos no me frecuento y ahora con mi hijo pues tampoco. Desde que se retiró de mi lado no nos frecuentamos. Y con mi hija pues es la convivencia que tengo con ella.*

*Con el padre de mis hijos soy muy... no hay una convivencia mutua entre él y yo entonces no puedo hacerle más comentario dado que no hubo convivencia de mutuo acuerdo, no la hubo. Y con mi hijo pues si nos llevabamos muy bien pero de momento hubo un cambio en él y eso fue la causa de ser distantes, él de mi y yo de él hasta que decidió irse con su papá. Y ahorita tengo la convivencia con mi hija y hasta ahorita caminamos de común acuerdo. No llevamos bien, conversamos reímos, bromeamos y todo eso.*

*No señorita porque digo, ahorita estamos caminando de mutuo acuerdo, nos llevamos bien, no puedo opinar referente a que sería mejor y que sería peor. No, ahorita estamos caminando de mutuo acuerdo.*

En este caso observamos que los entrevistados forman familias nucleares como en el caso de Adri, Berta, Guadalupe, Liliana, María y Mar. Daniel por su parte es separado y ha formado una nueva pareja. Dos entrevistadas no se han casado ni han formado nuevas familias tal es el caso de Gaby, Laura. Mary está casada pero no tiene hijos. Sol es la única que ha formado una familia monoparental debido a su separación y tampoco mantiene una buena relación con el padre de sus hijos.

#### **→Número de hijos y su relación**

Interesa saber el número de hijos además de conocer la relación de la entrevistada con ellos dado que de ella depende la comunicación, armonía y estabilidad familiar.

Adri

*Lo que me disgusta es que luego no quieren estudiar mis hijos. Que luego se han vuelto medio rebeldosos. Lo que me gusta, qué será, que estamos juntos. Que al menos trabajo pero estoy ahí. No los dejo como a mi me dejaban, solita, no? Eso es lo que... digo al menos los puedo tener aquí y no los dejo solos. O si los dejo en la casa al menos se que están con su abuelita, su abuelito y que yo al rato llego o me los llevan.*

## Berta

*Con mis hijos siento que me llevo bien, con la única que choco mucho es con la más chica, con Karen. Ella es de un carácter muy fuerte. A la mejor en cierta forma se parece a mi. Mi esposo y mi hijo dicen es igualita a mi. No sé si por mi edad ya a veces digo las cosas y ya las pensé antes de decirlas y ella no[...] Con Claudia me llevo bien, en cierta forma es la más comprensiva pero también tiene su carácter fuerte [...] Pero a veces también no se fija que a veces hiere porque a veces se esté cayendo quien se esté cayendo se va a la escuela*

*Pues a veces lo que trato de decirle a la más chica es que por ejemplo no hablemos o como anoche le dije: - ¿sabes qué? No nos dirijamos la palabra para evitar más... Porque yo le digo, ella me dice. Porque de todo se enoja, le pregunta uno algo y se enoja, no le entiende uno y se enoja. Ella critica mucho la forma de hablar de uno, si no se expresan uno bien, corrige. A veces no puede entrar uno en su persona de ella porque no deja, no permite. Se enoja por no darle permiso para irse a las fiestas y dice que cuándo la van a dejar crecer. Y es por la edad.*

## Daniel

*Se llama Eduardo García Vidal y tiene 6 años y va a la primaria. Pues ahorita no lo veo porque se fue a vivir a Pachuca. Permanecí casado nueve años. Bueno con ella... cuatro... cinco años. Pues mal porque hay veces que quisiera estar con él pero nunca lo puedo ver. Yo creo que por la distancia o también porque yo ya perdí interés por la relación. Que no sé si está bien o está mal pero así lo veo.*

## Laura

*No ha formado nueva familia*

## Liliana

*Porque desde que nació siempre fue muy enfermizo. Dos años fue muy enfermizo. Te digo que una vez se me convulsionó y yo pensé que ya se me había muerto. Ese día estaba yo sola porque él estaba trabajando en la noche y bueno más que nada hasta que descubrimos lo que tenía hasta ahorita ya no se me ha enfermado. Gracias a Dios hemos superado esa enfermedad y ... Y hasta ahorita he considerado que es mi punto más débil que tengo ahorita. Más bien de recordar todo lo que me pasó. Pero así como es mi punto débil, o sea, he tenido muchas tristeza pero también he tenido muchas alegrías. Ahora me pongo a pensar y digo: -Gracias a Dios mi marido no me dejó trabajar- Pude vivir con él cuando empezó a gatear, cuando empezó a caminar, cuando empezó a hablar, cuando se caía, incluso sus berrinches los he vivido día a día.*

## Gabriela

*No ha formado nueva familia*

## Guadalupe

*Pues a mi si me gusta todo y siento que soy feliz con ellos y este... nada más si lo único que... yo por eso me acerco a la iglesia porque.... Porque yo quiero que mi hijo cambie, Marquito, que se componga, más que nada. Porque yo veo a Adrián y lo veo a él y son diferentes, entonces, pues como que uno quisiera que fueran buenos hijos y yo siento que a Marquito le va a gustar todo lo malo y quiero reprenderlo y se me enoja y me hace berrinche y eso como que no me gusta.*

María

*Pues me llevo bien con todas. Pero dos de ellas tienen un carácter medio fuertezón. Medio diferente. Como que no... lo que pasa que son muy claras, dicen lo que sienten, o si algo no les parece, lo dicen. Y luego como que no estamos de acuerdo en algunas cosas. Pero si nos llevamos bien las tres. Tenemos ahí... de repente discutimos por cualquier cosita que no estamos de acuerdo pero estamos bien.*

Mar

*Tengo el día dividido. Porque en la mañana convivo con los grandes y en la tarde convivo con mis hijos chicos. No pues entonces convivo más tiempo es con marido, porque como es el que trabaja por su cuenta y nunca tiene el horario fijo para estar o no estar y es con el que estoy prácticamente todo el día.*

*De repente los regaño, se enojan conmigo sobre todo con los grandes pero es parte de la edad. Siempre lo manejo que es parte de la edad nunca he tenido un conflicto de diga: no te voy a hablar. O que me haga la enojada con ellos de que ahorita te regañé y no te voy a hablar. No nunca. Yo soy de las que regaño y al rato... son mis hijos y yo siento que los quiero hacer a que no se hagan rencorosos, que entiendan que fue un momento de enojo y ya. Las cosas se solucionan hablando. Lo único que siempre me ha disgustado es el carácter de mi esposo, que me dejó manipular y que no puede convivir con mi familia, con mis hermanos o con mis papás. Pero con mis hijos no... realmente no.*

Mary

*No tiene hijos*

Sol

*Dos Mi hija tiene 21 años y yo tengo 59 años.*

*Es niño y pues también es estudiante de preparatoria y tiene 16 años. Y con mi hijo pues si nos llevábamos muy bien pero de momento hubo un cambio en él y eso fue la causa de ser distantes, él de mi y yo de él hasta que decidió irse con su papá.*

Podemos observar que las entrevistadas que tienen hijos mantienen una relación buena con sus hijos. Existen algunas dificultades con ellos debido a la vida diaria. Algunas de las entrevistadas si presentan descontento y cansancio con su papel de madres debido a que se ocupan demasiado por sus hijos y han olvidado cubrir sus propias necesidades como en el caso de Berta, Mar y Sol. Esto confirma lo que se analizaba en el apartado anterior. Son madres muy entregadas pero también exigen de sus hijos que las expectativas se cumplan.

### **→ Relación de pareja**

En este indicador se revisa si existe una buena relación de pareja o no. Existen parejas que tienen una buena comunicación y comparten la crianza y educación de los hijos. Existen

parejas que por distintas variables no establecen buena comunicación y por tanto la educación de los hijos se ve afectada. Veremos como estas relaciones influyen en el estado de ánimo de las personas.

Adri

*Pues es media dura. Es de estira y afloja porque luego cambia de carácter. Así de repente. De repente está bien y de repente ya se puso verde. No sé. No era así. Si era enojón pero como que su enfermedad o no sé. Porque ahora se ha vuleto muy... Y yo como ve que no me enoja. Si me hace enojar pero trato de no seguir el juego de que se enoja. Luego yo le digo: -Hay Javier deberías agradecer que estás vivo- nada más como que se enoja más pero me vale. Se enojaba pero era más tranquilo mas..*

Berta

*Pues con mi esposo la relación está un poquito deteriorada. ¿Por qué? Porque él es una persona que a pesar de ser mayor que yo como que no ha madurado. Me ha dejado a mi la responsabilidad de la educación de mis hijos. Le pide uno para algo y nunca tiene, no le da a uno el apoyo, nunca tiene dinero para nada, los muchachos le piden para algo: -no tengo, voy a pagar esto, voy a pagar lo otro- y nunca les da. Es rara las veces que si les llega a dar pero es muy difícil. Y eso a mí me molesta, que sea así con ellos. Yo es le digo que es ahorita cuando debes de apoyarlos para que ellos más al rato te apoyen a ti pero no entiende esas palabras. Él dice que él solamente se basta para él y que no necesita de nosotros, que no necesita de nadie. Pero está mal.*

*Él con el alcohol se... A la mejor en una parte nos convendría a nosotros que él tomara porque se vuelve más... con el dinero lo suelta más fácil. Pero yo prefiero que a veces no nos dé un peso pero que no tome. Para mí el alcohol me deprime. Cuando yo lo veo que el toma me siento muy deprimida veo los días muy tristes, me entra como tristeza. Verlo a él tomando. Que se despierta, toma para dormirse, y otra vez y todo el día y toda la noche y se mete la cerveza y en la madrugada o la hora que sea si no tiene alcohol se sale a donde sea a conseguirlo. Eso es lo que molesta mucho. Molesta mucho cuando está tomado pero en cierta forma de que quiere que esté uno con él, que le hagan caso, que le preste uno atención. Y que ande en la calle dando lástima porque a mí una persona alcohólica me da lástima quisiera yo desaparecerla en este momento me entra mucho coraje ver una persona alcohólica. Entonces yo cuando lo veo a él que nada más anda agarrándose de los postes o que a veces hasta orinado llega me da vergüenza con la gente. El olor que despiden al hablar y luego más después de tantos días de andar tomando me desespera, quisiera yo correrlo, quisiera yo no dejarlo entrar, no sé. Pero luego También digo: a dónde se va. Luego yo le digo que acuda a los grupos de alcohólicos y que nosotros lo acompañamos pero no quiere. Yo lo he amenazado últimamente con que si vuelve a tomar que lo voy a internar a un grupo. A veces es la forma en que deja de tomar tantito.*

Daniel

*Pues es muy atenta de ambas partes. Siempre estamos cuidando los pequeños detalles. No sé, es muy bonito. Son cosas que tal vez antes no hacía y que ahora quiero hacer para no caer en lo mismo de la otra relación.*

Gabriela

*No ha formado nueva familia. Sólo fue una reacción de repente, mía. Lo que pasa que me orilló mucho... yo tuve un novio que me empezó a cambiar... o sea, bajita la mano me empezó a cambiar*

*mucho mi forma de arreglarme y mi forma de ser. Me estaba orillando a tomar mucho, a trasnocharme mucho. Me decía ponte esté bilé. Me traía biles negros, sombras negras. Me regalaba blusitas negras. Me orilló mucho a eso. Me inclinó mucho a eso. Y después yo lo adopté. Terminé con este niño y yo lo adopté muy mío y así seguí. También fue una forma de escudarme en los demás.*

### Guadalupe

*Incluso ahora que me casé yo le digo a mi esposo: es que no seas así. Porque el antes me pegaba mucho, al principio me pegaba mucho. Entonces yo un día lo amenacé, no es cierto que yo fui al DIF, pero lo amenacé, le dije que si me seguía pegando yo iba ir al DIF, fui con la psicóloga y me dijo así y así. Y de ahí en ya no me siguió pegando, ya no, pero hubo un tiempo en el que él me pegaba. Pero no sé, a lo mejor él se encajaba porque pues como yo no tenía aquí mi familia, entonces en un principio yo me di fuerza y dije voy a hablarle a mi hermano y ya le empecé a decir: -¿sabes qué hermano? - así y así- él dijo : -tú no tienes porque estarle aguantando -dice- pues vente, tú no tienes porque aguantarle, ya vemos como le hacemos. Él cuando vio que yo me iba a ir entonces ya no me pegó. Pero si me pegaba muy feo. Me dejaba mi ojo morado, yo tenía que andar con lentes porque si me daba pena.*

*de mi esposo, pues hora si que nos tiene bien. De hecho aunque vivamos ahí en su casa de su papá, no nos falta que comer, es muy trabajador, hora si que lo malo de él es que es muy coqueto, entonces, es lo que a mi me molesta, es lo único.*

*Ya de hora que nació Adrián y se arregló todo y lo amenacé de iba ir al DIF entonces de ahí se tranquilizó. Ya ahorita en lugar de pegarme se agarra tirando cosas y los niños se espantan maestra, se espantan y se ponen a llorar. Marquito más que nada, porque él ya sabe. No más le reclamo algo y empieza a... avienta el control, ahorita ya van dos estereos que me rompe, los agarra a patadas y no se por qué. No más porque le digo: -tú tienes que ayudarme con el niño- porque el niño necesita ayuda, el necesita mucha atención maestra, él dice que no que yo soy la que lo debo de sacara adelante. Yo digo: -tu das, toma el dinero- pero eso no es suficiente. Yo pienso, porque yo no tuve el cariño, el amor de un padre y ahora me da tristeza el no haberlo tenido, porque yo pienso que si lo hubiera tenido sería otra cosa.*

### Laura

*No ha formado nueva familia. Me pongo triste si no me llama el novio.*

### Liliana

*Ya ahorita ya no. Luego me pongo a platicar con él y siempre nos llevamos tranquilos. Cuando llegamos a discutir, bueno no a discutir, sino por los problemas que nunca faltan siempre lo tratamos de resolver.*

### María

*Pues me llevaba... pues creo que nunca nos hemos llevado bien. Siempre hemos estado... como que no estamos de acuerdo en lo que piensa él y lo que pienso yo. A veces he pensado que la mayor parte del tiempo que hemos vivido juntos igual y ni la hemos o a la mejor igual y la mitad de del tiempo la hemos pasado bien y la mitad del tiempo nos la hemos pasado peleando. Pues ahorita definitivamente no. Nos llevamos muy mal. Porque él más o menos como en... bueno de que yo me dí cuenta que fu en la última semana de Agosto. Yo me dí cuenta que ... bueno, yo solita se me empezó a meter eso en la cabeza que anda con alguien pero nadie me había dicho nada. Cómo que yo presentí. Después me enteré de que andaba con otra persona. Entonces... él llegó a decirnos de*



*que le interesa mucho esa persona y que aquí en la casa ya no le interesa lo que pase con nosotras. Ni nos hablamos. Pero de todas maneras yo a mi marido lo veo muy pero muy metido ahí. Entonces pues ahora me arrepiento de todos los desprecios que le hacía yo. No puedo hacer nada. Él no permite que le hablemos o que le platiemos. Las veces que hemos llegado a platicar pues terminamos peleando y me dice: -Ya no me interesas. Ya no te quiero. Qué más quieres saber, lo único que me interesa es allá. Por favor déjame de molestar*

**Mar**

*[...] yo misma estoy consciente de que me dejo manejar mucho por mi esposo. Pero mi esposo no sabe mover un dedo si yo no me muevo, a pesar de que él es muy práctico, muy hábil para muchas cosas. Yo he notado que siempre necesita pues en este caso mi apoyo, todo lo consulta conmigo y a fin de cuentas luego se terminan haciendo las decisiones que yo tomo. Fue mi idea, yo le di la aprobación y él se avienta y lo hace. A fin de cuentas casi siempre impone él impone parte de... él siempre piensa que se hace lo de él aunque no sea así. Él no hace nada sin consultarme y yo no hago nada sin consultarle a él pero a fin de cuentas yo soy la que: pues tu avientate haber que pasa. O vamos a aventarnos, pues total, si no que. Por ejemplo si yo me enfermo, dices, como mujeres así aunque te duela esto, aunque te duela lo otro tú ves la manara de pararte y por ejemplo es muy raro que se enferme pero el día que se enferma, lo veo así, chin, se dobla, si tiene un problema con sus hermanas se hace el fuerte, pero se dobla, pero yo siempre estoy atrás de él diciéndole a tú no te preocupes: Dile que esto o mueve lo otro. Necesita tener el apoyo de alguien atrás. Yo siento que no... Desafortunadamente por su manera de ser, llegué a ser el pilar de su apoyo para muchas cosas.*

*Yo te diría que buena si no tuviera el carácter que tiene. Pero es buena, en cuanto a que como te decía yo soy de carácter débil en el aspecto de que me hace enojar y yo prefiero aguantarme a voltear y discutirle, prefiero quedarme con el berrinche con tal de decir no discuto, no vamos a tener problemas, lo dejo que haga su berrinche y ya que se le pase y ya después trato, casi siempre soy la que trato de hacer las paces. Busco la manera, sin tener que pedirle disculpas, de que no se pierda el convivio sobre todo por mis hijos. Aunque estemos enojados nos sentamos a la mesa a comer porque es lo que casi siempre buscamos, siempre hacer aunque sea un a comida juntos. Pero casi, en ese aspecto, la que dobla las manos soy yo pero no porque... cómo te digo que lo hago consciente de que no quiero problemas aunque yo sepa que él fue el que se equivocó, trato de hacérselo ver hasta después. Estoy consciente de que de alguna manera me maneja y me dejo yo manejar. Yo hago que él piensa que me maneja pero si me ha causado muchos conflictos porque todo esos siempre me lo guardo.*

*Pero no sé a lo mejor es un temor que tengo por la disfuncionalidad que hubo en mi familia. Y como se han licitado las cosas a lo mejor es el medio que te da que un día tus hijos te recriminen que les quitaste a su papá. Yo a veces digo que me estoy esperando a que pasen un poco más y que estén más grandes y ya decirles: saben que hijos, hasta aquí. Y cómo te explico que quiero mucho a mi esposo pero su carácter es lo que me lastima mucho es lo que la mata. Entonces, cómo te digo que estoy consciente de esto y a fin de cuentas aunque estoy consciente no hago nada, sigo en las mismas.*

*Horrible. Tengo a mi mamá en mi casa. Siempre quiere que se haga lo que el quiere y tener la razón y para que esté feliz dale la razón o busca la manera de darle la razón aunque lo contradigas, que él crea que le estas dando la razón, le gusta siempre sentir que él manda en la casa. Aunque como te digo, casi siempre se hace lo que yo digo. Ya alguien me hizo esa observación también, así, y yo pensé que no se notaba.*

## Mary

*Pues me llevo bien. Mira al principio este... cuando fuimos novios bien. Ajá. Cuando éramos novios. Después nos casamos y él quería seguir con la misma vida de cuando estábamos solteros. A los quince días tuvimos el primer pleito porque él se quería salir a tomar y yo: -¿cómo?- Si ya nos casamos ya es para... ya nos amolamos los dos. Pero obvio a mi no me iba a costar trabajo porque mi rol de vida era así. Llegar de trabajar, estar en casa y ya. Entonces fue ahí donde vinieron los problemas. Entonces era obvio que él no me iba a preguntar ni a pedir permiso, no? Si no que simplemente no llegaba. Llegaba hasta las tres cuatro de la mañana y tomado, era de cada ocho días. Y yo cada ocho días era de llorar y llorar y llorar.*

*Y entonces este... yo no era de que lo acosara peleando si no que yo me acuerdo de que siempre le pedía a la virgen: -tráemelo con bien y yo te prometo que no le digo nada. Te prometo que no le voy a reclamar. Y pues obvio ya llegaba el joven bien tomado, en la madrugada y si tenía hambre a darle de cenar y no decirle nada. Y al día siguiente yo me tenía que ir a trabajar y pues aunque yo llegara con los ojos bien hinchados al trabajo o llorando en el trabajo no importaba pero él no se daba cuenta.. el tiempo creo que... no sé cuánto tiempo después fuimos a un grupo. Bueno yo fui a un grupo primero porque estaba que no me aguantaba. Porque aparte tomaba y hacía muchas cosas que él no hacía, como que se perdía. Hacía muchas cosas que me herían. Entonces yo a él no se las decía como que siempre me las guardaba. Entonces llegó un momento en que ya no me aguanté. Yo lo que hacía ya después era pelearme con él. Pero el tiene un carácter tan flemático que no te responde. Lo que él hacía era que se dormía y eso me enojaba más. Pero nunca llegamos a los golpes. Y tiene como que será? Tres o cuatro años que ya él cambió totalmente. Si toma, ya se mide en tomar. Ahorita te puedo decir que es el mejor esposo del mundo. Se desvive en atenciones para mi. En muchas cosas, muchas. Entonces ahorita la relación es relativamente es buena.*

## Sol

*Con el padre de mis hijos soy muy... no hay una convivencia mutua entre él y yo entonces no puedo hacerle más comentario dado que no hubo convivencia de mutuo acuerdo, no la hubo.*

Podemos observar que solo en el caso de Daniel existe una buena relación de pareja probablemente porque apenas tiene nueve meses con ella. Él mismo reporta que su relación anterior cometió los mismos errores que sus papás habían tenido y su relación no funcionó. En el caso de Liliana se lleva bien y son pocos los conflictos que tiene. En el caso de Adri, Berta, Guadalupe, María, Mar y Mary existe una relación disfuncional. El principal problema es el carácter de los esposos que son dominantes e intransigentes y exijan que su voluntad sea cumplida tal como sus madres eran el la infancia con ellas. Se presentan problemas de comunicación y el esposo solo cumple con el papel de proveedor. Otro aspecto es que ellas no discuten y no responden, tienen que ser esposas buenas además de que no exigen porque tienen temor a que su historia familiar de origen se repita con su pareja. Además se han presentado tres problemas importantes, maltrato físico, maltrato psicológico, y alcoholismo por parte de las parejas de las entrevistadas. Todos estos conflictos han llevado a las entrevistadas a instalarse en dos emociones principales. Primero

la tristeza por lo que es y porque el anhelo de una buena pareja no se cumple, porque lo que desean es amor y no se los dan. Además les da tristeza porque su vida actual les recuerda lo vivido en la infancia. La segunda emoción es el coraje y el resentimiento a sus parejas. Dicha emoción no se expresa, se la guardan, se la callan. No se les tiene permitido expresarlo. Sol vivió una historia familiar pero es la única que decidió separarse, la mala relación con su ex pareja se evidencia porque a la fecha no entablan comunicación para lo que se refiere a la educación de los hijos.

### **3.5.2 Relaciones afectivas**

En esta categoría se describirán las relaciones que establece el entrevistado con su entorno social. Aquí interesa analizar: el carácter del entrevistado, las relaciones sociales y los apodos que los entrevistados reciben de su entrono.

#### **→ Carácter**

Se analiza la personalidad de entrevistado dependiendo del tipo de comportamiento que puede presentar: débil, fuerte, enojón, etc.

Adri

*Pues también no soy cerrada, me gusta platicar, me gusta ser sociable. A veces si, cuando la persona no me cae pues si de plano. Pero trato de ser así y soy así. Me gusta ser así con la gente porque digo de cualquier modo, luego a veces estar cerrado a la gente, luego llegas a necesitar algo y por el interés. No mejor llevar la fiesta así. Ya si se llega a ofrecer algo pues ya tienes cara. Digo yo.*

Berta

*Yo me considero fuerte pero yo no trato de llevarles mis problemas a mis papás. Yo también me considero fuerte. Más bien la vida me ha hecho ser fuerte. Lo que pasa es que en cierta forma me he guardado... o sea, oigo las cosas y me las guardo, no me gusta, siempre he sido de que... no sé decir si ya nací siendo así o a través de los años me he hecho así.*

*Si porque me ha tocado ese papel de ser la más fuerte. Que mis hijos encuentren un apoyo en mí, mi esposo. La vida me ha hecho aparentar ese papel aunque yo también soy débil. Soy débil porque a veces no les... me siento impotente para poder resolverles a ellos sus cosas.*

Daniel

*De mi papá tal vez siento que aunque no tengo así mucho estudio. Siento que saque la inteligencia, él es muy inteligente. Aunque tampoco tiene mucho estudio. No cursó la primaria. Es muy vivaz. Y de mi mamá pues creo que saqué, no sé, el coraje tal vez. No es ira sino el coraje hacía, que digo*

*las cosas como a mí me parecen. Con las personas que quiero soy muy dócil. Y con las personas que no me llevo siempre, bueno casi siempre estoy a la ofensiva.*

**Gaby**

*[...]Y yo me siento muy noble. A mí me pueden hacer como hilacho y no hay problema. Si siempre he tenido un carácter muy débil. Lo que pasa es que como siempre he estado al cuidado de mi mamá, como que mi mamá me protegió de más. Entonces yo no he podido tomar decisiones por mí misma por lo mismo porque he estado tan protegida que muchas veces no he podido tomar mis propias decisiones.*

*[...]Hubo un tiempo en el que sí. Hace como dos años que yo era muy agresiva. Tú te me quedabas viendo feo y yo te decía que qué onda.*

**Guadalupe**

*¿Yo digo que soy como la despechada no?*

**Laura**

*Es muy fuerte muy... en carácter si muy fuerte soy muy enojona y mi papá es así también pero a la vez también ese carácter fuerte para mí es un signo de debilidad. Porque lo siento como que lo toma uno como un arma para que no te ofenda la demás gente. Y mi papá yo lo siento que es igual así. Él es muy enérgico muy enojon pero también para mí me muestra mucha debilidad porque tiene miedo a ser lastimado igual que yo. Bueno así lo siento yo conmigo y lo veo con mi papá.*

*¿Carácter? te digo, soy de carácter fuerte, Laura tiene un carácter feo es muy enojona pero también es muy alegre. Siempre trata de sonreír, hace reír a la gente, hace pasar a la gente un rato bien. A Laura le gusta escuchar lo que piensa la gente de ella, que la mayoría de las veces es bueno lo que dicen de ella le gusta mucho escuchar de ella.*

**Liliana**

*Ah. A veces en lo enojona, a veces me gusta ayudar a mi esposo cuando tiene un problema, me gusta darle ánimos, alentarlo igual que a mi hijo. Pero si me gusta hacer las cosas por mí misma. A lo mejor no me gusta como las dejan los demás.*

**María**

*Pues como le podría yo decir. Yo me considero entre todos mis hermanos como la más noble. Pues no sé. A la mejor así soy. Ni yo misma sé por qué pero yo siento que soy la más noble., a la mejor la más tonta. (Llora)No sé. Como que yo hago todo lo que ellos me dicen. Siento que... no sé. Siento que es por eso. Como que mi vida yo no la he sabido vivir. Como que siento que todo lo que yo tengo que hacer me lo tienen que decir. No sé cómo me siento. Y antes no le tomaba importancia a eso pero ahorita si ya porque no...no sé... como que... cómo le dijera, cómo le explicara. A lo mejor no he sabido vivir. O no le he dado demasiada importancia a la vida, a lo que hago, a lo que tengo. Siento que a lo mejor es eso. Hasta la fecha dice mi mamá que yo siempre me pusé lo que ella me hacía o lo que ella me compraba sin decir si me gusta o no me gusta. Ella me lo ha dicho que me cargaba la mano porque dice que yo nunca le repelaba en el quehacer. Que por que yo no le decía nada. En el carácter como que soy muy... como le dijera yo...pues no lo tengo fuerte el carácter. A lo mejor trato cuando tengo mucho enojo, pero no, no soy fuerte de carácter. Híjole es que yo soy muy débil de todo. Soy muy débil. Creo que todo lo tengo.*

## Mar

*Yo pienso que dentro de mi familia yo soy la más fuerte pero desafortunadamente en cuestión de carácter soy muy débil. Porque yo misma estoy conciente de que me dejo manejar mucho por mi esposo [...] en cuanto a que como te decía yo soy de carácter débil en el aspecto de que me hace enojar y yo prefiero aguantarme a voltear y discutirle, prefiero quedarme con el berrinche con tal de decir no discuto, no vamos a tener problemas, lo dejo que haga su berrinche y ya que se le pase y ya después trato, casi siempre soy la que trato de hacer las paces. Busco la manera, sin tener que pedirle disculpas, de que no se pierda el convivio sobre todo por mis hijos.*

*Mi papá todo se reprime. Él dice que no, pero yo sé que sí. Todo se guarda, no sé si por no tener problemas o por no herir casi siempre a sus hijos, aunque se de cuenta de las cosas se las calla. Y yo así soy.*

## Mary

*Pues yo creo que yo soy la más débil. Pues porque yo veo que... que... no se si estoy bien. Pero yo veo que todos los problemas de madre y todo yo siento que a mi me afecta mucho. Entonces, como esas cosas, lo que les pasa a mis hermanos, no sé por qué, pero a mi me afecta mucho. Yo creo que de todos es a la que más le afecta por eso creo que soy la más débil. A veces ellos me ven que soy la tía, la hermana... como la enojona, como la más fuerte. Para ello sería la más fuerte pero para mi soy la más débil.*

*a veces pienso que no importo pero a veces siento que juego un papel muy importante porque a pesar de que soy la más chica, mis sobrinos de todas las tías, muchos sobrinos me siguen a mi. Soy como que siento que soy su tía favorita porque me siguen. De mis hermanos igual me siguen mucho. Para todo luego me hablan. Que si van a salir a algún lado me invitan. Me toman mucho en cuenta mis hermanas, mis hermanos. Para mis hermanos yo creo si soy fuerte. Pero de mis hermanos porque siento que me protegen mucho. Porque yo he visto que si mi mamá me hace algo: un rechazo o algo, mis hermanos luego luego. Pero muy dependiente. Por decir, dependiente a mi esposo. Dependiente a mis hermanas. Siempre he sido muy dependiente. Yo no soy de las que me puedo ir a un lugar sola. No se agarrar un camión e irme a Cuauti o no sé. Sola no. En la vida me he...*

*Soy enojona. Muy enojona. La gente me ve y siento que me huye porque soy muy enojona. A raíz de que he llegado aquí mi alegría ha salido un poquito más porque la tenía muy reprimida. Porque vuelvo a los mismo de hace ocho años o diez. Era una niña muy alegre, cantaba, bailaba, me distraía y todo. Después de tantos años, no sé, 20. De diez para acá, muy diferente.*

## Sol

*Pues mire, pienso yo que yo soy a veces, cómo le explicaría... soy... prácticamente siento que soy pasiva pero de momento si algo no está... cómo le explicaría.... Soy pasiva como explosiva. Estoy pasiva pero de momento hay algo que no estoy de acuerdo siento que soy muy explosiva. No podría definir cuál es mi forma de ser, cuál es mi carácter, cómo soy yo. Le digo que tanto soy pasiva como explosiva. Comprensiva como agresiva. Bueno si. Soy muy variable en mi carácter, como soy explosiva, soy pasiva.*

*Como le dije hace un momento soy pasiva según la situación, si el momento está pasivo y tranquilo, así estoy yo tranquila, pasiva, condescendiente. Pero si surge una chispita o algo también soy como la chispita, exploto.*

Adri y Liliana mencionan como principal característica ser alegres y sociables. A partir de Liliana y en todos los demás entrevistados podemos observar que existe una constante de carácter. Las características que mencionan son: noble, dócil, hilacho, tonta. Todos mencionan ser débiles para enfrentarse a personas que para ellos son más fuertes: ya sean los padres cuando eran niños y aún ahora o bien en la vida actual a sus esposos. Esta debilidad la evidencian por su falta de capacidad para tomar decisiones y expresar lo que sienten o piensan. Todo se lo tragan. Les ordenan lo que deben de hacer.

Otra de las constantes es que con las personas que las conocen se muestran enojones en especial con los hijos no así con los esposos. Laura y Mary dicen que ese enojo solo les sirve como careta para no demostrar lo débiles que son. En el caso de Gaby o Daniel se muestran a la defensiva con las personas extrañas, hasta ciertos puntos agresivos. Esto lo hacen para no ser lastimadas.

Mencionan ser fuertes en el sentido de que les resuelven las cosas a la familia sin embargo los problemas generalmente se los guardan y los reprimen los viven en secreto. La fortaleza les sirve para cumplir con todas las exigencias que les impone la familia pero sienten mucho descontento con sus roles.

Finalmente los entrevistados se muestran dependientes del esposo o hasta de los hijos, se sienten inseguros y tienen que recurrir a los demás para que les digan que hacer. Viven con miedo y el día a día.

### → Relaciones sociales

Interesa describir cómo es que el entrevistado interactúa con su entorno, si le es fácil establecer amistades y como se comporta con ellas. Además se abordará un poco como el entorno social reacciona ante la obesidad.

Adri

*En la primaria me llevaba bien con todos. En la secundaria siempre como que haces tú bolita, no?*

*Pues era buena porque siempre me andaban echando los canes. [...]Y entonces entre las tres ya te imaginarás nos juntábamos nuestro quién vive ahí. Inclusive un muchacho que trabaja con mi sobrino Fabián, con el hermano de Osvaldo, iba conmigo a la secundaria. Y le dice: hay tu tía Adriana me gustaba mucho o si vieras cómo traía a los muchachos. Y el Fabián me lo dijo a mi. Y*

*yo creo que también luego.... Te digo que no era gordita gordita estaba yo, siento que estaba regular.*

*Luego se subían al camión y me andaban agarrando y cosillas así que me fueron... como que me espantaban. Yo decía: ¡órale!. Yo decía: ¿hay Dios mío que suerte tengo para que me salgan esas cosas! Y pues yo era una niña de doce años. Y es que yo me desarrollé pronto.*

## Berta

*Y digo, a veces ellos no comprenden que yo tengo derecho a salir que a una fiesta o algo. Se empiezan a enojar y dicen no es que yo tenía que ir a tal lado, entonces...a veces me siento yo culpable por haber salido a la fiesta. (llora)*

*Pues a lo mejor si porque antes decía, en un tiempo agarré que con mis amigas a irnos a fiestas, me invitaban a fiestas y yo iba con ellas y convivíamos y todo. Y ahora últimamente ya no. Ya de unos dos años para acá me invitan y no voy y no voy y les pongo pretextos o cualquier cosa y no voy.*

## Daniel

*En la escuela sí. En la escuela si porque siempre era así como rechazado por los niños. La burla, más que nada yo creo que la burla. Me hacía sentir menos. De inferioridad. Sentirte menos. Sentirte que no eres nadie. Sentirte que a lo mejor no vales a la mejor por tu aspecto de no ser obeso, no sé. Rechazado.*

*Bueno que siempre estoy como muy huraño, muy de mírame y no me toques. Si no me parece algo se, los digo y en cuestión del trabajo si soy así. En cuestión a al gente siempre trato de sobrellevar a la gente. Y en el trabajo luego si me enojo cuando salen mal las cosas. Pero me enojo conmigo mismo porque no... si yo sé cómo hacer las cosa y no las aplico bien y es mi error ahí si me enojo mucho conmigo. Que siempre yo soy el que está trabajando solo.*

## Gaby

*Yo soy muy solitaria. Últimamente como que si he tenido un poco más de convivencia con la gente pero yo en si soy una persona muy solitaria.*

*Pues... mucha gente te señala por estar gordita precisamente. Entonces como que la gente si te hace a un lado muchas veces por ese aspecto. La gente mayor y los niños son más crueles, no? Entonces si te rechazan. Por esos me hice una persona muy solitaria. Porque muchas veces, te digo, íbamos a una fiesta y yo nada más me quedaba viendo porque nadie quería jugar conmigo o porque no querían comer conmigo o porque no querían estar conmigo platicando. Por muchas situaciones.*

*¿Estar bajo otras personas? No. No lo soporto*

*Pues ahí es un ambiente muy bonito. Aparte de que hablamos mucho de Dios y de la religión nos enseñan mucho a valorar las cosas, nos dan como mucha... aparte de que nos prestan mucha atención porque muchas veces no dónde sea lo encuentras. Te encuentras con personas que te brindan tu amistad así limpiamente y no te piden nada a cambio como muchas personas. Ellos te la brindan y te dan su trabajo, o sea, yo ahora que estuve dentro del grupo me di cuenta de cómo se manejan ya en grupo, la primera vez que fui, y ellos se quedan sin comer muchas veces por darle todo a los que vamos y su sueño, su cansancio y su trabajo. Eso es algo que me gustó mucho. Y también decidí darlo yo, dar mi trabajo y todo eso. A pesar de que tengo mi problema en los pies el estar ahí no me acuerdo, de mi problema como que no se me presenta. No sé. Cómo que me duele*

*mucho mi pecho cuando estoy ahí. Cómo que me siento llena, completa en todos los aspectos. Como que ahí yo si soy yo. Me siento yo. El darte para los demás... El estar compartiendo... las alegrías, sus tristezas, sus problemas, su desesperación, todo. El estar compartiendo con tanta gente que uno ni conoce y que va en el momento y que las conoces y que te brindan sus problemas porque no es Ana fácil muchas veces platicar lo que se está viviendo. Y ellos si confían en le momento en nosotros y de ahí no ayudamos.*

Guadalupe

*Pues hasta ahorita tengo casi lo que tengo viviendo aquí que su mamá de Eric es mi amiga y con ella es con la que... hora si que nos contamos así... y siento que es buena persona la señora porque ella me ha prestado su apoyo incluso cuando mi esposo no está y que me... porque el otra vez que me fracturé mi pierna ella me llevó a que me sobaran, a que me curaran, ella es la que andaba conmigo.*

Laura

*Pues mucha gente se burla. Y pues si a veces esto es un trauma. Pues en la primaria, en la secundaria. Ya después de ahí, ya después de la secundaria, ya en mi carrera pues ya empecé a aceptarme porque también nos daban muchas platicas mucha... la psicóloga, yo siento que todo eso me ayudó. No pues no. Cuántas compañeras no veías pues que se arreglaban bien y todo. Y pues también mi familia, mis primas.*

*Pues yo creo que igual. Porque amigas amigas ahorita... eh... pues no. Te digo, estudiando nunca... yo me dediqué más a estudiar, que a hacer amistad o divertirme. Yo acabando de estudiar me metía a trabajar, todavía no tenía la edad y no recibía mis documentos y pues donde entré a trabajar conocí a varias personas. Y pues así que se digan amigas amigas pues no. Porque amigas están contigo y pues... y ahorita en el trabajo que estoy en la escuela tengo un amiga que es mi comadre y platicamos y todo, la quiero mucho.*

*En cierta forma porque luego a mi me dicen las cosas y me siento mal. Pero en cierta forma pues sí, si me ha servido. Pero también siento que yo he alejado mucha gente. Pero a veces también soy muy despistada y se me olvidan.*

Liliana

*Sin dato*

Maria

*Sin dato*

Mar

*Pues como casi no tengo contacto con nadie, así rose de que me anden agarrando algo, no. Traigo esa educación de que a mi sólo me puede tocar mi marido, no? Y con nadie me gusta...Ni con las mujeres. Nunca he sido esa relación de abrazo, con nadie, más que con mis hijos, ni con mis hermanos, yo creo que hasta de repente me sentiría rara que me abrazaran. Lo primero que pienso es así como que no te toque el gordito, que se den cuenta de que a la mejor estoy muy ancha. De la parte que haya sido que me toquen pero que estoy muy gruesa. Con el reumatólogo que solo me revisa las piernas por alguna reacción alérgica que haya tenido, salgo con los nervios de punta. Y nada más es de súbbase a la camilla y conforme me empieza a tocar es así como que... suba las manos y yo así como ¡hay! Pero no me toque. No le digo pero, así como que ya las abrí. Así como*



*que con ganas de decir: no hay la necesidad de que me esté tocando le estoy diciendo que no me duele. Y yo así: es que no me duele, no se que siento, pero no, no le digo, pero yo quisiera decirle que no me toque. No sé, es una reacción. Me ha tocado que alguna vez alguien haya llegado a tocarme la espalda y con la vista le digo: no me toques.*

*A todos. Hago siempre así como que, ¡estoy gordita! Para que no me lo digan o no hagan referencia a. A mí no me apena hablar de mi sobrepeso, aunque me da pena estar gordita. Siempre lo hago notar así como que para evitarte el que piensas, me digas o creas: ¡estoy gordita! Como que se los hago notar. A la mejor es una inseguridad, de que si me veo mal es porque estoy gordita.*

## Mary

*Yo, más bien creo que yo he sido la que me he sentido diferente. La que me he aislado. Mira yo no tengo amigas, mi círculo son mis hermanos. Tengo hermanos que están gorditos. O sea, pues igual como me quieren no hay discriminación. Más bien yo siento que yo he sido la que me discrimino sola.*

*Pues porque... pues porque, siento que de mis hermanas ahorita yo soy la más gorda, entonces no sé. Pues es que no me gusta estar y si estoy como que la gente habla de la obesidad cuando a lo mejor ni nos toma en cuenta. Pero siento como que la gente, bueno, yo antes así lo pensaba, quemé iba a ver e iban a decir hay mira esa vieja gorda. Es lo que pienso. Igual y ni me toman en cuenta o saben que existo pero yo si siento que se fijan en mí.*

*Anteriormente, sí. Me daba mucha pena particularmente platicar con hombres. Ahora ya lo puedo hacer.*

## Sol

*Sin dato*

A excepción de Adri que es una persona sociable y a la que le gusta hacer amigos y salir podemos observar que la mayoría de los entrevistados se concreta en interactuar con la familia debido a que las relaciones con las otras personas no son sencillas por diversas razones entre ellas: el miedo al rechazo y el miedo a que los demás hagan comentarios con respecto al peso. Esto se evidencia en las personas que son obesas desde pequeñas como el caso de Gaby, Daniel o Laura quienes vivieron rechazo y discriminación por parte de los compañeros de la escuela y los familiares de la misma edad. De las personas como Mar, Liliana, Berta, Guadalupe que son personas obesas apenas después del embarazo el miedo se tiene al rechazo debido a su aspecto y que las demás personas las critiquen. En todos los casos hay un sentimiento de inferioridad y baja autoestima porque sienten que no encajan con el resto del entorno.

Tienden a ser personas aisladas. En los que son obesos desde pequeños la situación siempre ha sido así. En el caso de Daniel, Laura y Gaby el rechazo se elimina por medio del

aislamiento y si esto no les funcionaba entonces recurrían a los golpes para defenderse. Ahora que son adultos están a la ofensiva.

En general podemos observar que no hay vida social. En el caso de Berta o María de se debe a que relegan estas necesidades y prefieren cumplir en todo momento con su papel de madres. En las demás existe una desconfianza por los demás por lo que se limitan a tener si acaso una sola amistad en quienes depositan toda su confianza y fungen como su máximo apoyo. Al mismo tiempo todos expresan que hay una necesidad de ser escuchados sin ser juzgados por su aspecto o su forma de ser.

Finalmente en el caso de las mujeres se les complica establecer amistad con el sexo opuesto como en el caso de Mary o Laura. En el caso de Mar se evidencia más esta incapacidad de relacionarse con los demás debido a que ni siquiera soporta el contacto físico debido a que le da miedo que la gente sienta que está gorda.

Otro punto importante es el abuso que se vive al cuerpo por parte de la sociedad. Esto se ejemplifica con lo que le paso a Adri cuando era tocada en el camión.

### →Apodos

En este indicador se incluyen todos los apodos y sobrenombres que se les daban a los entrevistados sobre todo los relacionados con la obesidad y lo que sentían los entrevistados cuando les llamaban así y las repercusiones en el propio cuerpo.

Adri

*Adri. ¿Cómo más me decían? Así me decían. Me dicen Adrian o Adrianita.*

*Solamente un hijo de mis padrinos él si me caía mal porque me veía y me decía marrana. Me caía mal. Y yo decía bueno... porque yo me acuerdo que yo era... pero no era gordita gordita. O sea, yo estaba llenita pero no gorda. Y no le decía nada pero la verdad si me molestaba. Yo decía: -bueno y por qué me dice marrana- Tenía como seis, siete años. Ya era un hombre ya era casado, ya era señor.*

*Yo siento que no porque luego él (esposo) me dice: marrana. Luego me dice: -hay estás bien gorda, hay... O sea, en lugar de que me ayude, me baja la estima y luego cuando ya estoy bajando de peso: -hay ya párale ya estas bien flaca, que quién sabe qué, mira ya como te ves- ¿Quién le entiende? Me choca. Porque si estoy gordita que no me cuido, que me va a hacer daño que quién sabe que. Y cuando ya estoy bajando... Como una vez anterior fui al doctor y también bajé bastantes kilos y ya me decía: -ya come, mira nada más, ya estás bien flaca, yo así no te quiero- -*

*¡Uy que caray!- Yo decía: ¿quién le entiende? Primero me dice que estoy marrana, gorda y luego ya que estoy bien flaca.*

### Berta

*De cariño no. Siempre ha sido Bert...o sea en mi casa mi nombre real es Alberta pero ese nombre me suena como de golpe. Pero entonces yo en la escuela decía yo que me llamaba Berta pero no casi la mayoría me decía Alberta y a mí ese nombre no me gusta. Entonces ya aquí la mayoría de la gente me conoce por Berta. Mi esposo cuando está enojado: -Alberta- y entonces sé que esa palabra es ... no me gusta. No sé. Ese nombre siempre se me hizo muy fuerte. Yo sé que cuando me dicen ese nombre es porque están enojado.*

*Ajá, si yo empecé a subir y a subir porque él me decía ya no más con que no pases de esto y yo como que en cierta forma era por llevarle la contraria. Decía: -¿pues por qué? ¿si yo quiero? Luego me decía, me acuerdo que me decía: -si no te ves mal- Le digo:-¿a no?- -No, te ves de la chingada- me decía así. Entonces como que si fue una forma de...*

### Daniel

*Dany. Pues mi hermana luego me dice gordo. Nada más la discriminación que hay hacia la gente. Bueno, discriminación en que ...la gente no te ve como si fueras igual. Que sí somos iguales pero siempre hay el que: -ahí viene el gordo o el gordito. Sobrenombres que pone la gente a veces.*

### Gaby

*Pues me dicen Ivonne o Gabriela o Mela. Soy la mela de aquí. Mis sobrinos me dicen Gaby Von Zeta. Ese si me molesta mucho pero no sé por qué. Yo con ellos me llevo muy bien y los consiento mucho y somos como amigos pero eso si no me gusta que me digan.*

### Guadalupe

*Me dicen Lupita. Luego cuando nos enojamos, me dice que panzona, que parezco globo, y luego los niños empiezan, Marco ya daba por decirme panzona pero le dije: .tú no debes de decirme lo que tu papá me dice porque te voy a pegar\_. Pero nada más es cuando anda enojado porque de cariño me dice chaparrita pero cuando anda enojado me dice vieja panzona, que quién me va a querer, que nada más es él le único.*

### Laura

*Lauris. Luego mi hermano me dice gorda, bueno gorda de cariño, no ofensivamente.*

### Liliana

*Pues nada más me dice Lili. No me gusta. Porque siento como que es muy niño. Y como que ya treinta años como que ya dices tú: pues ya soy una señora, una mamá. Y hasta la fecha me siguen diciendo. Antes si me molestaba, me molestaba muchísimo y hasta me enojaba y me daba la vuelta pero ya no. Ya he aprendido a vivir con eso.*

### María

*Sin dato*

Mar

*Mi esposo me dice Mar. La mayor parte de la gente soy Marlene porque he vivido casi toda, más bien he vivido toda mi vida aquí y con quienes soy más de convivencia soy Marlene.*

*Si me gusta que me digan Mar.*

Mary

*Sin dato*

Sol

*Pues mi hija me pone muchos sobrenombres y pues me gustan. Y otras personas, mi nombre es soledad, entonces me dicen sol. Entonces no le podría decir cómo me gusta que me llamen. Solamente lo que yo digo es que me hablen con respeto.*

Aquí observamos dos aspectos importantes. Por una parte encontramos los apodos que la sociedad pone a las personas obesas: marrana, gorda, vieja panzona, globo, ¡te ves de la chingada!, ¿Quién te va a querer así? Estas dos últimas frases así como algunos apodos son dichos por los esposos a las entrevistadas. De hecho los esposos frecuentemente critican a las esposas por su aspecto. En el caso de Liliana y Berta sus propios nombres no las tienen contentas. Finalmente podemos ver que estos apodos repercuten en los entrevistados de dos maneras. Los hace sentir menos, rechazados, discriminados, que no son iguales. En segundo lugar estos apodos llevan a los entrevistados a sentir pena del cuerpo y por ende a esconderlo. Cuando los insultos son dichos por los esposos se instala en ellas una situación de tristeza y coraje.

### 3.5.3 Salud

En esta categoría se revisan los aspectos más generales de la salud entre ellos como el ritmo de vida influye sobre la salud y viceversa, el tipo de sueño, número de embarazos y su curso, alteraciones en el ciclo menstrual, la actividad y satisfacción sexual, el ejercicio y las enfermedades más frecuentes o las que se han cursado a lo largo de la vida.

#### → Ritmo de vida

Se hace entre un ritmo de vida acelerado donde se tienen muchas actividades y ocupaciones y por lo tanto se vive con estrés. Y ritmo de vida tranquilo donde se viven las actividades de manera espaciada.

Adri

*Me paro a las siete. Paro a mis hijos, los arreglo, los lleva a la escuela. Regreso, me cambia, cambia a la niña y hago las camas. Trato de medio recoger. Me vengo para la accesoria. Empiezo a hacer la sopa de verduras. Estoy trabajando. Ya luego me voy, con flojera, esa es la verdad. Llego como a las cuatro o cinco. Llego a dar de comer y luego me pongo a hacer el quehacer de mi casa. El trabajo es cansado. Si me gusta pero luego si es muy cansando. Y más cuando es Miércoles o Martes o Domingo*

*Porque puede que me duerma temprano como puede que luego bien tarde. Y que ya estoy haciendo esto o que mis hijos no llegan. O que les tengo que dar de cenar. O que llega él y quiere platicar conmigo o estamos viendo la tele. No tengo hora.*

Berta

*Siempre estoy trabajando. Ahorita que están de vacaciones ellos me levanto un poco más tarde. Le preparo algo de desayunar a Karen que es la que se va temprano a trabajar. La voy a dejar a la parada. Regreso preparo el desayuno. Levanto a Fredy que es el más pesado para estarle hablando y veo a Claudia que luego también se queda dormida y ya estamos desayunado y ella sigue dormida. Cuando se levantan ya quieren el desayuno servido. Ninguno de los tres se acomode a decir te ayudo a.. o qué vas a hacer o te ayudamos a preparar algo. Ya tiene que estar todo servido en la mesa. Si hay que estar volteando tortillas, yo. Todo quieren que se les arrime a la mesa: que una cuchara, que un vaso, que me traes esto. Todo tengo que hacerlo yo. Después medio recogemos la mesa y me bajo a abrir porque tenemos el local. Empieza a acomodar, a pesar la bolsa o lo que hay que hacer. También a pesar no me ayudan ellos. Ninguno de los dos. Todo que estar acomodando yo, viendo que es lo que hace falta. Como a eso de las cuatro o cinco de la tarde si está Fredy es el que se baja para que yo se suba a hacer la comida y lavar los trastes que no se lavaron. Pero luego dice: -¿en cuánto tiempo bajas?. A veces es una hora u hora y media. Termino de hacer la comida, medio como rápido y me bajo hasta cerrar a las 9:30 de la noche. Cerramos. Llegamos y Claudia siempre al teléfono, Fredy en la computadora y Karen llega de trabajar a las 8:30 de la noche y llega a preguntar que hay de comer, le digo, y a ella nunca le parece la comida que hago. Dice que hago la comida para que no coma que hice eso porque no quería que comería. Reniega mucho de la comida. Claudia no. A esa si no le gusta la comida se la come. Fredy tampoco nunca protesta. A veces veo un ratito la tele pero ya es más cansancio que nada. Veo a Karen que está haciendo su tarea, Fredy en la computadora pero ya los veo que están aquí y me voy a dormir pero me aseguro de que todos estemos adentro.*

*Me gusta mucho estar en el negocio, en la dulcería. Como que siento que ahí tengo un tiempcito para pensar... para pensar en mí en por lo menos.*

Daniel

*En un día.. Pues siempre se me hace muy tarde para llegara al trabajo. Siempre llego corriendo, hay mucho tráfico, este...llego al trabajo, si no hay trabajo en mi área me paso a la otra y ahí como son máquinas bordadoras ahí estoy todo el día ayudándoles a los bordadores. Salgo a comer. Regresas y sigo el mismo movimiento hasta la hora de salida. De camino del trabajo a casa son una hora, u hora y media. Si es algo lejos el trayecto. Llegando a casa pues a descansar, un baño y a dormir.*

Gaby

*Pues me levanto. Desayunamos. Empezamos a hacer el quehacer. Lavo el baño. Las recámaras. Trapeo. Escombros. Lavo. Mi mamá se dedica a hacer la comida y a lavar los trastes, a la cocina. Yo todo el resto de la casa.*

Guadalupe

*Entre semana nada más de la escuela y de la escuela aquí y a la casa. Bueno los días Domingos casi nunca estamos en la casa. Nos vamos con mi esposo, nos saca. Dice: -sabes qué, no hagas de comer, vámonos a un parque o a Tlalne-. Así nos lleva a...*

Laura

*Bueno me levanto, hay veces que me levanto muy temprano, a las siete u ocho y a veces voy parándome a las nueve. Sería hacer mi cuarto, hacer la cama, desayunamos casi enseguida ya después nos apuramos pues lo que es a barrer trapear, la ropa. Después de ahí me baño, me cambio, me voy a trabajar, hago las labores del trabajo. Saliendo, llego ceno, me baño, me cambio y veo un rato la tele.*

Liliana

*Pues me levanto. Atiendo a mi marido que se va a trabajar. Luego me voy a caminar. Llego y me pongo a hacer el quehacer. Me baño. Hago mi comida. Almuerzo. Me pongo a jugar un rato con mi hijo. Después llega mi esposo. Comemos. A veces nos ponemos a ver tele. O me salgo con él a jugar a la calle. Me meto como a eso de las nueve y me pongo a ver una novela. Y ya nos dormimos. Los fines de semana pues lo mismo pero de que él llega de trabajar luego nos vamos a pasear. Los domingos es cuando casi siempre nos salimos a pasear para desaburrirnos.*

María

*Me levanto, voy al baño, veo a mi nieto. Después me lavó o me baño. Me bajo a preparar el desayuno. Luego me sigo con lo de la comida. Lavo ropa. Lavo trastes. Y pues ahí se me va el día. En recoger ropa. En hacer el quehacer. En todo lo de la casa. Bueno no todo el día. Hasta las tres o cuatro de la tarde. Porque después de las cuatro de la tarde haya o no haya terminado ya no hago nada. Porque yo descanso cuando quiero. No es necesario de que... no me presiono yo misma del quehacer. Si no tengo ganas de hacer quehacer no lo hago. Nada más si la comida. Lo más necesario.*

Mar

*Bueno pues me levanto a las 6:30. Me levanto a aplanchar los uniformes, levanto a mis hijos, los mando a la escuela a los dos chiquitos, les doy de desayunar y los mando a la escuela. Se van ellos a las 7:30. Le arreglo la ropa a mi esposo para que si va a salir o lo que se vaya a poner. Los mando a la escuela y me voy a abrir la y estoy ahí hasta las 3:30 y dentro de las actividades de la tienda, me ayudan por un rato mis hijos para bajar a hacer de comer a la casa. Todo el día me la vivo ocupada. Hasta las 3:30 que llega Lupita que es la hora que me bajo a casa y bajo y según como esté, ahora ya lo hago según esté mi condición anímica, sí les doy de comer a mis hijos los que faltan y llegan de la escuela pero ya el quehacer ya no lo veo como antes que era el punto importante de la casa. Desde que me dio la artritis cómo me se sienta hago. Trato de mantener la casa recogida pero conforme me siento hago, si tengo hueva así como que lo veo de que: hay yo me voy a sentar a ver la televisión. A las 12:00 de la noche me voy a dormir.*

## Mary

*En fin de semana cuando no trabajo porque hay fines de semana que sí trabajo. Sábados y Domingos trabajo. Cuando no trabajo los sábados los ocupo para la casa: lavar, recoger y si hay que salir en la tarde porque tenemos compromiso. Porque por lo regular siempre nos invitan a comer y si no a veces nos quedamos en la casa. Y lo domingos desde tempranito nos levantamos, nos bañamos y nos vamos. Cuando tengo que trabajar los sábados me levanto, me baño, me cambio, me arreglo y me voy a trabajar. Ahí si salgo temprano. Salgo a la una pero salimos. Ya no es de llegar a la casa, ya cuando salgo a a trabajar es porque ya no regreso o voy a mi mamá o cualquier cosa.*

## Sol

*Bueno el horario es diferente. Hay veces que me levanto temprano, hay veces que me levanto tarde. Hay que levantarse, el aseo de las recámaras. Bajar, lavar, recoger, guisar. Pues...si me siento un poco mal por mis enfermedades, pues a veces sentarme o recostarme si es que realmente me siento muy cansada, muy mal. Digo a esta altura de mi edad, ahora casi ya todos son achaques para mí de no poder hacer las cosas como a mí me gustaba hacerlas antes. Porque ahora hago ciertas cosas y ya no puedo, me siento mal. Antes no era eso de mi pretexto mío de que no puedo hacer esto. Hacía todas mis cosas, todo me agradaba aún ahora todo me agrada pero desgraciadamente muchas cosas me siento muy mal hacerlas.*

Podemos observar que la mayoría de las participantes presentan una doble jornada ya que ellas tienen un trabajo remunerado fuera de casa y además cumplen con las labores dentro del hogar incluido el cuidado de los hijos. En el caso de Berta, Adri y Mar sienten que es muy pesado su trabajo porque además en el negocio se tienen que dividir para atender a la familia, sobre todo las exigencias del esposo y el negocio en sí. Se puede notar que para las participantes esta situación es muy estresante sobre todo porque encuentran poco apoyo de los hijos o del esposo lo que les genera ansiedad y frustración lo que les lleva a comer. Esto se acentúa en el caso de Mar o Berta porque tienen negocios donde el acceso a la comida chatarra es muy fácil.

Solo en los casos de Gaby y Guadalupe no presentan tanta acumulación de actividades aunque esto no les garantiza estar libres del estrés.

### → Tipo de sueño

Interesa saber si el sueño que tienen las entrevistadas es reparador o no. Si hay pesadillas o sueños recurrentes ya que esto repercute en su estado de ánimo.

Adri

*Pues luego si sueño cosas. Que si me gustan. Pero luego hay veces que no, obvio. Pero si sueño. A veces si. Cuando siento que me voy a caer brinco. Hay veces que sí he llorado. No me acuerdo que he soñado pero a hay veces que si he llorado dormida.*

*Hay veces que siento que cuando estoy muy cansada siento que no. Me siento como cansada, floja. Así como que: ¡hay tenerme que parar!*

Berta

*Duermo a las 11: 00 de la noche. Pues la mayoría de las veces no, a veces si pero a la mejor son normales. Pues si. A otro día no quisiera yo levantarme pero digo si no me levanto ahorita y no empiezo a hacer el quehacer.*

Daniel

*Me duermo pasado de las doce de la noche y me despierto como seis y media de la mañana. Si. Me siento muy bien. Con mucho sueño pero si me siento muy descansado.*

Gaby

*Si. La mayoría del tiempo no sueño nada. Muy rara vez es la que llego a soñar algo*

*Hubo un tiempo en el que si me dio. Cuando yo tenía un problema muy fuerte aquí en la casa y hubo un tiempo en el que si medio pero ya después se me quitó (insomnio).*

Guadalupe

*Duermo como ocho horas. Pues hay veces que despierto bien, hay veces que me despierto con dolor de cabeza, como muy tensa, cuando me siento así me meto a bañar, me meto a bañar y me tomo una pastilla y ya me siento bien. Yo soñaba mucho que mi hermano me correteaba con un machete y que me cortaba la cabeza. Pero dure como una semana soñando eso.*

Liliana

*Si me siento descansada. A veces. A veces me duermo una hora. Cuando me vence el sueño o me siento muy cansad. Pues... casi por lo regular sueño a mi familia.*

Laura

*Cuando me despierto tengo más sueño. No me gusta y nunca lo había hecho (dormir en el día). Solamente ahorita que me dio la parálisis que es un mes y pues si lo llegue hacer unas tres o cuatro veces en el día por lo mismo del medicamento.*

María

*Pues yo pienso que por los mismos problemas porque anteriormente cuando empezaron todos estos problemas yo me pasaba, no sé cuántos días fueron, durmiendo una o dos horas porque yo me la pasaba despierta pensando en los problemas. Pensando en tontería y media y por eso no me podía dormir porque me sentía como preocupada. Pero ahorita más o menos estoy agarrando mi sueño. Pero así de dormilona de que me siente a ver la tele y me duermo. Pero nunca agarro y directamente me voy a mi cama.*



*Pues... yo creo que es la misma tentación que tengo. Últimamente sueño con la señora esa que anda con mi esposo y mi esposo que los veo juntos, muy contentos y que también a mi me habla, así, o sea que entre los tres. A veces está conmigo, a veces lo veo conmigo a veces con esta señora, así, todo relacionado. Entonces a lo mejor ni es sueño o si es sueño pero a lo mejor de la misma tentación que yo tengo.*

## Mar

*A veces si me la doy. Duermo una media hora, una hora en el día. Últimamente si. Antes yo no podía dormir en el día pero como medio año para acá que se me facilita mucho dormirme en el día. De repente no sé si se me está haciendo costumbre pero llega la hora en que mi cuerpo requiere de dormir aunque sea quince minutos. En lo que es mi etapa de descanso de la tienda aunque sea quince minutos que yo pestañee, me relajo, tengo que buscar la manera de aunque sea quince minutos. No sé si sea bueno o malo pero ahora se me hace muy, me duermo cuando antes no podía y ahora sí.*

*¡Huy! casi siempre despierto cansada, con muy mala circulación porque tengo várices, estresada, no estresa, si no con la idea de ¿por qué se tiene que levantar?, a veces digo ¿qué día es hoy? No podría ser sábado o algo así que no se me viene la presión de que me tengo que parar corriendo para hacer esto o lo otro. Si me cuesta pararme.*

*No, es muy raro que recuerde mis sueños, solamente cuando son cosas muy marcadas que si me acuerdo cuando las soñé. O luego dices, al rato voy a platicarle a fulano. Y luego se me olvida. Necesita ser algo que me preocupe o que me haya quedado muy grabado para que yo me acuerde bien del sueño.*

## Mary

*Pues generalmente es un promedio de las doce de la noche. Mira. Cuando sueño mucho no descanso. Porque hay días en los que sueño mucho mucho mucho. Y me acuerdo de todos los sueños y estoy luchando con mis sueños y no puedo descansar. Y hay días en que si. Pues un evento en particular no. Son varios pero como si yo los estuviera viviendo o algo que... estoy durmiendo y yo digo es que no, esto no lo quiero soñar. Eso es lo que digo pelearme con mis sueños siento como que no quiero soñarlo. Entonces me despierto y me vuelvo a dormir pero estoy pensando en que no quiero soñar eso. (Un sueño) Pues que me moleste si, más bien que me da como miedo es lo relacionado con la muerte o con la gente que ya falleció que... por decir... a mi hermana anteriormente la soñaba y me daba miedo. Ese tipo de cosas no me gusta soñar.*

## Sol

*En promedio está un poco difícil decirle cuántas horas duermo porque hay veces que tengo insomnio en la noche, si me puedo dormir, bien, Si duermo unas dos horas, bien.*

*Normalmente ya despierto en la madrugada y tardo las horas en conciliar el sueño. No podría decirle exactamente el tiempo sobre todo cuando estoy muy estresada muy angustiada no puedo conciliar bien el sueño. Que me preocupe algo, no puedo conciliar el sueño. Varias pesadillas*

La mayoría de los entrevistados no tiene un sueño reparador debido a que son muchas sus labores en el día que las horas de sueño que tienen no les son suficientes. Además ellos amanecen cansados la mayoría de las veces debido a lo que sueñan esto a su vez les vuelve a generar estrés lo que les lleva a mantener el círculo de la ansiedad. Sol por ejemplo sufre

insomnio lo que le genera angustia que mantiene a lo largo del día. Solo en el caso de Daniel siente que si descansa.

#### →Número de embarazos

Se indaga acerca del número de embarazos, como se toma la noticia de ellos, como se cursaron. Cuántos abortos y los motivos de ellos.

Adri

*Siete. Si. No, miento seis. Porque tengo cinco hijos. Fueron seis embarazos: Cinco logrados y un aborto.*

*Tenía como cuatro meses. Y hasta fue una cosa tonta porque ni me dolió. Pero fue con la punta de una caja de palatino de cartón. Me pegue aquí (señala el vientre) y de ahí. Y por más que me inyecté y tomé medicamento para no perder el bebé. Ese día se había caído un aguacero con granizo y toda se había metido el agua y por agacharse a secar ya en noche empecé a sangrar y tenía como coagulos. Al otro día fue al doctor y me hicieron el ultrasonido y me dijeron que se estaba despegando y que tenía que guardar reposo absoluto. Y me fui a la casa. Pero llegando a la casa tenía un sangrando exagerado y uno dolores de parto bien feos. Yo en mis partos nunca lloré. Lloraba pero ya después de que nacían mis hijos y que los veía y todo. Yo soy bien chillona. Pero esta vez si lloré porque los dolores eran muy fuertes.*

Berta

*Tres*

Gaby

*Ninguno*

Guadalupe

*Cuatro. De ellos dos normales y dos abortos. Pues dijeron que era porque mi matriz estaba muy débil, que no la tenía bien para que soportara. El primero estaba fuera de la matriz. El segundo pues igual.*

*Que yo duré siete años de casada con él y no podía embarazarme. O sea que yo estuve yendo a la raza pero ahí me decían que tenía que bajar de peso. Entonces un día una vecina me dijo que me fuera con el doctor Jorge de la clínica. Ya él me mandó con su hijo ginecólogo. Ya de ahí no más me dio unas pastillitas y al mes ya estaba embarazada.*

Laura

*Ninguno*

Liliana

*Nada más uno. Cesárea. Fue tranquilo hasta el séptimo mes. Ya el último mes se me complicó. Entonces mi hijo es de ocho meses. Lo que pasa es que me dio preclamsia. Entonces me dijo el doctor que ya no podía llegar al término de mi embarazo. Que mejor me iba a aplicar la cesárea.*

María

*No nada más mis tres embarazos.*

Mar

*Cuatro*

Mary

*No embarazos y abortos.*

*Por lo mismo de mis trastornos menstruales y a su vez que no podía quedar embarazada me sometí a tratamientos de fertilidad.*

*Mira a la principio... bueno yo... más bien yo creo que siempre me ha afectado. No es algo que yo lo haya aceptado. Si digo lo acepté pero con la demás gente. Pero conmigo misma yo no me puedo engañar. Yo sé lo que siento y yo sé que no lo he superado. Yo sé que no lo he superado. Y si me hace sentir muy mal y no porque diga hay soy mujer, no, eso no, por que yo digo que puedo ser mucho más mujer que otras, no? Pero es algo que tengo que tengo truncado, frustrado. A mi antes me gustaban muchos los bebés entonces yo que me acuerdo que siempre que estaba de novia lo que yo quería era tener un bebito: -hay no yo quiero tener un bebé- Y yo siempre era lo que yo quería. Tener un bebé con Toño, con mi esposo. Y nunca se me dio.*

*En realidad no es que no pueda tener hijos... o sea ... no sé que pasa. Yo me he hecho estudios y yo estoy bien. Simplemente quien sabe, es algo que no se da y no sé por qué. Te digo que todos los estudios que me han hecho yo estoy bien. Tengo mi matriz bien. En los ovarios tengo quistes pero cualquier mujer los tiene y los puede tener y tiene hijos y no hay problema. Mis trompas están bien porque me hicieron un estudio para ver si tenía mis trompas tapadas y las tengo bien. Lo único que me han dicho es este... hormonal, eso es lo único... de ovulación digo.*

*Yo creo que unos cuatro años (duración del tratamiento).*

*Pues mira en realidad yo pienso que como mujer uno tiene que luchar doble. Es muy difícil ser mujer porque... pues por lo mismo, porque tienes que luchar, no? Sufres mucho en cuanto a ... cómo se llama... en... por decir.... En mi situación, no? Porque aparte de ser gorda el que no me haya embarazado. Pues igual la gente te discrimina por eso, no? En primer lugar por la gordura. En segundo lugar toda la gente cuando en una pareja no hay hijos a quién primero señalan? Pues a la mujer no. No puede ser posible que un hombre no pueda tener hijos. Es la mujer la que no sirve porque la verdad es esa. La gente luego a veces es tan cruel que así te llegan a decir: que no sirves. Y pues si es muy difícil. Me ha sido muy difícil.*

*¿En cuanto a que no hayamos tenido un hijo? Mira yo al principio cuando estuve en los tratamientos fue muy doloroso porque nosotros lo esperábamos y cada mes era lo mismo. Me daban pastillas para... El mes que no me bajaba decaíamos: -no pues ya, seguro...seguro que ya. Y pasaban días y me iba yo al ginecólogo y no se había logrado. Entonces eran unas frustraciones tremendas. Nos poníamos a llorar los dos. Que el tomaba o lloraba y*

*pues yo lo tenía que consolar. Y muchos reproches, no de él para conmigo, sino de él mismo. Decía:- como puede ser posible que yo ni siquiera te pueda dar un hijo. Él me lo decía. Son muchas cosas que ahora que qué bueno porque muchas parejas truenan por eso y pues a nosotros no nos hizo tronar. Al contrario como que nos fortaleció. Dicen que lo que no mata te fortalece. Y a nosotros nos fortaleció. Porque él ahora me dice: -¿sabes qué? Si no tenemos hijos pues ni modo. Si quieres vamos a adoptar un bebé y lo vamos a querer... Por él no hay ningún problema en cuanto a... no me culpa.*

*Sí, si me gustaría (adoptar una bebé). Ya sea que me lo regalaran o que... porque adoptar es muy difícil. La verdad es muy muy difícil. Si es muy difícil y la verdad sería mejor que me lo regalaran. Pero igual digo no van a venir a tocar a mi puerta porque luego a veces es lo que yo he soñado: que me lo ponen en mi puerta y que ya va a ser. Pero no es así.*

*A veces me detengo porque, porque yo no quiero ser tan egoísta en el aspecto de que digo: -bueno yo lo tengo. O por decir me regalan un bebé y hay que padre yo me voy a sentir muy bien, voy a ser la mujer más feliz y a lo mejor él, según yo, el hombre más feliz, no lo sé. Pero después van a venir quien no lo vana a aceptar. O se igual y mi familia será muy buena gente, muy buena onda y todo lo que tú quieras, me querrán mucho. Pero yo creo que no, no lo sé, a lo mejor estoy equivocada, pero si a veces hay entre los mismos nietos y entre los mismos sobrinos yo quiero más a éste y a éste no. Imagínate a un niño que no es de tu sangre. O sea por mi no hay problema pero la demás gente que lo va a rodear. A mi no me va a gustar que lo desprecien por decirlo así. Es mentira de que dices hay yo te quiero y no vale lo que digan los demás. Porque no. O sea, si y no. Porque la sociedad vana ser sus tíos y sus abuelos. Y si esos abuelos no lo quieren o si esos tíos lo desprecian pues va a ser un niño infeliz. Son muchas cosas que me he puesto a pensar. Y no por el egoísmo de decir yo quiero un niño pues a lo mejor puedo hacer infeliz a ese niño, no lo sé.*

Sol

*Dos. Un normal y una cesárea*

Podemos observar aquí que en el caso de Adry y Guadalupe se presentaron abortos. Pero en el caso de Guadalupe y Mary presentaron problemas de infertilidad. En el caso de Guadalupe el problema se resolvió y pudo tener dos hijos. En el caso de Mary el resultado de los tratamientos de fertilidad no ha sido exitoso. Por un lado Mary nos cuenta que los tratamientos la llevaron a subir mucho de peso y por el otro el no poder tener hijos le lleva a sentir cierto rechazo por su circunstancia actual lo que la lleva a deprimirse y comer más. En los demás casos es importante mencionar el número de embarazos se relaciona con el peso excedente que tienen ya que con cada embarazo iban subiendo más de peso. Un dato importante de resaltar es que las entrevistadas que son obesas desde pequeñas aún no se han embarazado a pesar de que se encuentran en una edad similar o mayor a las de las otras entrevistadas cuando se embarazaron. En el caso de Adri y Sol si tuvieron hijos. Pero aquí podemos resaltar la diferencia de edad de Sol con las otras embarazadas en el sentido de

que antes no era tan estigmatizada la figura obesa para conseguir pareja. Y en el caso de Adri podemos ver que se embarazó a edad temprana pero ella en general era coqueta y disfrutaba el ser atractiva para los hombres.

#### → Alteraciones en el ciclo menstrual

Interesa saber aquí si se presentan alteraciones en el ciclo como amenorrea o dismenorrea u otras alteraciones debido a que se menciona que la obesidad puede facilitar la presencia de trastornos menstruales.

Adri

*A los doce. Pues yo ya sabía que tenía que pasar. Entonces me acuerdo que fue una mañana y andaba de short. Y estaba yo sentada quien sabe cómo porque te digo que era media machorrón, quién sabe como veo mi short manchado. Me espanté pero ya después dije: bueno por qué me espanto si yo ya sé que esto iba a ocurrir. Ya nada más le dije a mi mamá me compró mis toallas y ya. Cada mes era normal. Yo fui exacto. Regular. De cólicos si. Porque hasta me ponía yo mala. Se me baja como que la presión. Pero de ahí en fuera nada. Hasta ahora últimamente que luego siento que me han durado más los días. Si antes eran tres ahora me dura una semana, ocho días. Ya los había quitado pero como que otra vez empiezan.*

*Una vez si pero fue durante mi embarazo de Diego. Me dio una infección fuerte pero con lavados de agua hervida con vinagre y óvulos se me quitó. De ahí en fuera jamás me he vuelto a poner un óvulo o algo.*

Berta

*No ninguna.*

Gaby

*Reglé... a los trece años fue mi primer periodo. Cuando yo entré a la secundaria. Y ya de ahí nada más reglé una vez. Y ya después como hasta los catorce empecé a reglar. Y así: un vez si, seis meses no...*

*Si. Yo sufro mucho. Lo que pasa es que hace como dos años un año completo estuve reglando. Nada más dejé de reglar dos meses del año. Fue cuando me dieron tratamientos porque me hicieron ultrasonido y tenía yo quistes en los ovarios. Eso fue lo que me... incluso el doctor me dijo que por eso estaba yo gordita. Porque no tenía yo regular mi ciclo menstrual. Me dio dos diferentes medicamentos. Uno fue dopergil. Me lo mandó por tres ocasiones por veintiocho días. Y lo suspendía, descansaba y después otros veintiocho días. Y después me mando un regulador nada más que no me acuerdo cómo se llama, un regulador menstrual. Y gracias a eso me compuse. Igual otra vez ya me empecé a descomponer porque ya se me retrasa pero si mas o menos iba bien ya. Se supone que con el mismo medicamento se tenían que haber quitado. El doctor me dijo que ya no había problema pero ahorita tiene como dos meses que no reglo. Ya van a empezar otra vez los problemas porque debe de ser constante.*

*Terrible. Con el estómago inflamado. Me cambió... yo siento que de ahí me cambió mucho mi forma de ser. Porque yo antes era como... Yo era igual siempre. Ahora dicen mis hermanas que me he vuelto muy voluble. No sé si tenga algo que ver esto con lo que...*

### Guadalupe

*Bueno soy irregular. A veces duro hasta cuatro meses que no me baja y luego otra vez. Mi primer periodo fue a los doce años.*

*yo tenía el virus de papiloma pero me lo cauterizaron y me dijo el doctor que ya me lo tenía que estar haciendo más seguido porque si me podía dar cáncer. Me lo diagnosticaron después de que nació Marquito. Lo que pasa es de que fui a que me checaran de mi embarazo. Ya me habían dicho en proayuda que tenía ese virus pero yo no le había hecho caso. Dije: -hay están locos-. Pero ya después fui con el doctor y me mandó a hacer otro y ya me dijo que desgraciadamente si lo tenía. El doctor me dijo que ni con tratamiento ni nada, ese nada más se duerme y me lo quemó con rayo láser. Me dijo que me le tenía que checar seguido porque si no me puede caer cáncer en la matriz.*

### Laura

*Irregularidad. A veces un poco de inflamación*

### Liliana

*Ahorita... bueno antes, cuando tuve a mi hijo, yo le daba pecho, un cuatro meses no me bajó para nada y después de ahí me bajaba cada tres meses, cada cuatro meses pero me duraba una semana. Y ahorita a la fecha me está bajando cada ocho días pero igual me dura una semana. Entonces ya fui con el doctor y me dijo que probablemente, en primera sea por el dispositivo y en segunda sea por el sobrepeso que tengo y... si nada más eso me dijo. Ahorita... bueno antes, cuando tuve a mi hijo, yo le daba pecho, un cuatro meses no me bajó para nada y después de ahí me bajaba cada tres meses, cada cuatro meses pero me duraba una semana. Y ahorita a la fecha me está bajando cada ocho días pero igual me dura una semana. Entonces ya fui con el doctor y me dijo que probablemente, en primera sea por el dispositivo y en segunda sea por el sobrepeso que tengo y... si nada más eso me dijo.*

### María

*Y a veces no me bajaba la regla y pues yo me preocupaba pensando que había quedado embarazada iba con mi médico y me decía que no, que yo tenía una matriz muy rebelde, que me esperara y ya me empezaba a dar medicamentos. Pero el problema estaba en que cuando ya me baja, primero no me baja y ya después cuando ya me baja era... ya después ya no se me quería quitar. Entonces la última vez antes de que me operaran si me puse muy mal. Ya no me paraba. Ya no caminaba porque era sí como un tipo de hemorragia algo así. Entonces mejor decidí hacerme la operación y ya no estar sufriendo. Y hasta ahorita no. Me detectaron una úlcera en el cuello de la matriz.*

### Mar

*Soy muy irregular.*

*En la actualidad cólicos sí. Se me inflama mucho un ovario y las várices, las venas siento que me explotan. (Tratamiento) Actualmente con pastillas de aj.*

Mary

*Pues que no menstruo regularmente. (Cólicos) A veces si. Siempre he sido irregular. Desde mi primera menstruación siempre fue irregular. A los trece.*

Sol

*Ninguna*

A excepción de Berta todas las demás entrevistadas presentan problemas desde que se inició el periodo menstrual. Se presenta irregularidad y cólicos. La irregularidad se encuentra en que pasan meses sin que se presente la menstruación y cuando se presenta es un sangrado muy abundante. En este sentido el médico de Gaby le dijo que se podía deber a la obesidad. Además de esto las alteraciones en el ciclo producen cambios en el estado de ánimo de las participantes.

Otro aspecto es que se han presentado infecciones, úlceras en la matriz y en el caso de Guadalupe el Virus de Papiloma Humano.

También hay que mencionar que el método anticonceptivo DIU también les produce alteraciones en el ciclo.

#### **→ Actividad y satisfacción sexual**

Interesa saber si existe o no actividad sexual, a que edad comenzó y si esta actividad le es satisfactoria al entrevistado o no en la actualidad y si es que la obesidad influye en este aspecto de la vida.

Adri

*Desde que eran. Dieciocho diecinueve años para acá empecé. Pues si estoy satisfecha. Creo yo que si porque hasta ahorita no me ha fallado. Me hicieron salpingoclasia. Cuando nació Abi.*

Berta

*Si (Satisfecho)*

Daniel

*Satisfecho*

Gaby

*No ha iniciado su vida sexual*

Guadalupe

*Si (risas) (Satisfacción). Si me gusto porque haga de cuenta que mi mamá es de las personas de antes que dice que tú te tienes que conservar virgen hasta que llegues al altar. Y ella nos acostumbró a eso. Como le digo a mi esposo yo no sabía lo que era un orgasmo, yo no sabía nada de eso, hasta que con él. Es mi primera pareja, mi primer novio.*

Laura

*No ha iniciado su vida sexual.*

Liliana

*Si*

María

*Entonces pues ahora me arrepiento de todos los desprecios que le hacía yo.*

*Pues yo terminaba rendidísima. Entonces yo le decía a mi esposo.... O simplemente no tengo ganas. No me siento así como para.... Entonces yo siento que sin ganas pues tampoco.*

*Entiéndeme por favor. Me siento cansada. -Pero es que siempre me dices lo mismo- Pero de hecho yo me pensé desde que me operaron para no tener bebés. Me empecé a sentir como que....como dicen en la tele, no tenía apetito sexual. Pero nunca he preguntado si es por la operación o no sé. Yo quería que mi esposo me entendiera por esa parte pero pues no sé... y es que de veras como que siento que me pasé con él. Porque él del diario, a cada ratito me hacía maldades, me rogaba. Si yo le decía al ratito él confiaba que de veras ala ratito. Si yo le decía mañana y ... yo me hacía la que ya no me acuerdo. Lógicamente si le molestaba. Entonces... para empezar ese fue el motivo por el cual él se haya buscado a alguien.*

*Pues yo me siento muy mal porque yo todavía quiero a mi esposo(Actividad sexual) No pues ahorita no. Si ahorita más o menos seis meses que no. Y antes no tanto. Tampoco era mucho. De más joven pues si pero ahorita ya no.*

Mar

*(Actividad sexual)Si. (Satisfecha)No. Últimamente así como, no. De esas que dices, lo haces por obligación y no porque realmente tu quieras.*

Mary

*(Satisfecha con tu vida sexual) Mhm.*

*(Educación sexual) Para nada, eso si nunca me... mi mamá nunca me platicó de eso. Ni con mis hermanos. (Inicio de la vida sexual) A los dieciséis.*

Sol

*No es activa sexualmente*

Podemos observar que en todos los casos el tema sexual es incómodo Las respuestas son cortas y prefieren no ahondar en el tema por ello no se pudo obtener mucha información.



Aquí podemos observar que en los casos de Mar, Mary y María la actividad sexual sigue presente aunque no le es satisfactoria sin embargo las tres siguen cumpliendo con su “obligación”. Además podemos observar que la vida sexual se inicia a edad temprana pero siempre con la pareja con al que se han unido, con el primer novio. Esto se relaciona con la educación sexual que recibieron las entrevistadas ya que la información que tenían era de que hasta que te casaras debías tener sexo. Excepción son los casos de Gaby y Laura que han decidido no iniciar aún su vida sexual. Aquí faltaría indagar cuál ha sido el motivo de su decisión.

### →Ejercicio

Interesa saber si los entrevistados hacen o no ejercicio, el tipo de ejercicio y las repercusiones en el cuerpo.

Adri

*Ahorita no. Pero siempre voy que a los aerobics. Pues luego si duro que tres o cuatro meses. Según, por que luego no tengo la posibilidad de dinero, de pagar. O porque hay veces que no quería ir sola pero luego decía: bueno chirrión pues si no quieren ir conmigo pues ni modo. Como que me cohibía yo pero luego ya agarraba el hilito y ya iba yo.*

Berta

*No. Y si quisiera yo sí. Nada más me levanto más temprano.*

Daniel

*En el trabajo nada más. Fuera del trabajo ninguno.*

Gaby

*No*

Guadalupe

*Pues a mí me gusta mucho caminar. Me gusta mucho andar caminando. Más que nada porque el día que yo no camino y estoy sentada siento como que no puedo respirar. Pues casi diario porque luego ya en las tardes cuando estamos esperando a su papá y no llega nos salimos a caminar por ahí, andar caminando. Yo iba al zumba pero ya después me cambiaron el horario, entonces ya no pude. Hora si que yo podía porque llevaba a los niños a la escuela, me regresaba a los nueve y hacia la zumba. Pero ya no puede porque cambiaron el horario en la tarde porque quién me cuida a los niños.*

Laura

*Me gusta hacer ejercicio pero luego el tiempo no me lo permite. Me he inscrito muchas veces a los gimnasios a tomar clases de aerobics pero el tiempo no me lo permite y luego cuando hay temprano pues me da flojera pero ahorita en este momento no estoy haciendo nada de ejercicio.*

Liliana

*Pues nada más voy a caminar. Cinco días por semana. 45 minutos. Porque mi médico me dijo, como tengo sobrepeso, tenía que caminar. No puedo correr ni hacer ejercicio pesado porque en ves de ayudarme me perjudicaría. Entonces me dijo que primero empezara con treinta minutos y luego treinta y cinco, luego cuarenta y me quedara en cuarenta y cinco.*

María

*No. Siempre tenía en mente voy a hacer esto, voy a hacer lo otro pero nunca los hacía. Siempre decía: ahora si en lunes, empezando la semana, ahora si voy a hacer algo. Pero no, nunca lo hago. Pero ahorita si me siento con las ganas de...ya sea que termine este mes de tratamiento y empezando con el otro mes ya empiezo a hacer el ejercicio antes. Pero ahora si es porque tengo ganas.*

Mar

*No. Antes iba a zumba pero con el problema de la artritis no puedo.*

Mary

*No.*

Sol

*No señorita, no hago ningún ejercicio.*

Observamos que solo dos de las entrevistadas hacen ejercicio por convicción y no por imposición en el caso de Liliana más bien lo empezó a hacer por miedo a alguna enfermedad ya que a papá sufre diabetes y a su mamá le acaban de detectar hipertensión.

Las demás participantes han tenido diversos intentos de hacer ejercicio para bajar de peso pero a partir de la asistencia a un gimnasio. Esto es importante porque en la sociedad se ha vendido la idea de que el ejercicio solo se puede hacer en un gimnasio y mientras más te cobren mejor.

El pretexto para dejar el ejercicio es frecuentemente. La falta del tiempo o del dinero son los que más se utilizan. Lo cierto es que ninguna de ellas logra sostenerse en disciplina más de tres meses. La indecisión gana. Obviamente esto se ve reflejado en el cuerpo.

## →Otras enfermedades

Se hace una revisión de dos aspectos. Las enfermedades más frecuentes y las enfermedades que se han presentado a lo largo de la vida. De ambos se revisará, su diagnóstico, su curso y sus tratamientos.

### Adri

*Y yo de una vez que me mordió un perro y que me dio infección en el riñón. Y te digo que mi mamá me daba de comer. Me tenía fruta, leche y todo y yo no quería. Mejor sacaba la fruta, la regalaba pero yo no comía. Luego cuando lo del perro se me complicó con anemia porque no comía.*

*Ya después empecé a estar mala, con calenturas. Me llevaba mi mamá con un doctor, con otro y ninguno le daba. Hasta que le dijeron: -vaya aquí con el doctor Jurado- -vaya y quien quita y ahí le... Porque te digo que eran calenturas bien tremendas. Ya me llevó mi mamá y el doctor le mando a sacar estudios de sangre y orina. Ahí salió que estaba anémica y que tenía una pequeña infección en el riñón. Inclusive me mandaban vitaminas tomadas e inyectadas. Luego cuando comía se me inflamaba mi pancita y ya no podía comer.*

*Antes si, como que los fríos, me daba. Y ya tenía mucho que no me daba como ahorita (gripa).*

*Ahorita ya no. Pero ahorita ya quiero que se me quite porque me da pena hablar toda gangosa, toda mormada*

### Berta

*Pues la gripa. Solo de gripa y algunas enfermedades que me han detectado pero... el año pasado, no, hace dos años empecé con un problema. Me decían que a lo mejor tenía yo cáncer. Ahorita de medicamentos ya no pero tengo que ir a revisión. Me hicieron una conocirugía y tenía que ir a revisión cada tres meses y ahorita ya me la dieron cada seis meses. Es la primera que me toca de seis meses.*

*Una operación que me hicieron en la apéndice.*

*Una vez volví a intentar hacer aerobics pero se no sé si a la hora de agacharme o a la hora de... me tronó muy feo la cabeza y se me vino un dolor de cabeza muy fuerte que no aguantaba yo mucho. En si siempre he padecido de dolores de cabeza.*

*La aspirina. Para mi ya era comprarme mi caja de aspirinas y con eso siento que ya. Tomándome yo la dos cafiaspirinas como que siento que con eso ya me cure. Tomo otra pastilla y no.*

### Daniel

*Gripa y tos. Bueno ahorita por el cambio de clima. Gripa. Pero casi nunca me enfermo pero cuando me enfermo si me da muy fuerte.*

### Gaby

*La gripa y tos. De tres meses dos veces al año. Pues ya me la dejo. Al principio si me ponía antibióticos, inyecciones, jarabes. Pues ahorita ya solita se me quita, pasa un tiempo y se me quita. Porque también tanto medicamento te afecta. Dejo que me dé fuerte y se me quita.*

*Nada más cuando me operaron de las anginas.*

**Guadalupe**

*También ya me dijeron que estoy propensa a la azúcar. Colesterol alto.*

*Una vez, pero fue por un dolor que me dio en la boca del estómago por el gastritis*

*Pues ahorita sí. Cuando como muy seguido chile en las noches siento como que me arde y en las noches voy al baño y me arde el estómago y con ganas de vomitar.*

**Laura**

*Fue hace un mes, este... me había dado la gripa y de ahí recurrentemente pues me empezó la gripa un jueves y el sábado me empezó a temblar mucho un ojo de la parálisis y al siguiente día ya notaba problemas de que mordía, que tomaba agua y se me caía y que pues al reírme si se me iba chueca la boca. el mismo domingo, bueno el domingo que presenté esas irregularidades pues si me llevaron al médico. Me checaron con agujas la parte de la cara y pues dijeron que no, que no era parálisis, que no había síntomas en la piel o en la cara y me dijeron solamente que era por estrés y me recetaron una pastilla nada más. El Lunes yo asistí al trabajo y todo pero ya no podía hablar muy bien. El tomar agua se me caía, bueno el tomar o comer alimentos se me caían de la boca y no podía hablar muy bien y pues dónde estoy tengo que estar conversando con las personas. Esa pastillita y te digo que el Lunes fui. El Martes ya no asistí a trabajar y me llevaron a al médico y me empezaron a tratar. Ya después de dos o tres consultas me recordaron, me habían dicho desde la primera o segunda consulta, ya ves nunca faltan familiares que: llévala a que le den masaje con un masajista y eso. Mi mamá le comentó a la doctora y para eso ya nos había recomendado un aparato de masajes entonces dijo que yo misma me lo podía hacer qe no me recomendaba que fuera con un masajista porque m iban a lastimar la cara y probablemente me rompieran los vasito y si se callera la cara. Entonces yo segur con el tratamiento y todo y ya la doctora me mandó al Vicente Villada y de ahí me dijeron que trata de ir con especialista que diera masajes y regresamos con la doctora para lo que había dicho el doctor del Villada y dijo que sí. Que yo siguiera con el masaje normal y que si podía ir yo a que m dieran masaje y había de acupuntura, que si que me recomendaba porque ya se me estaban viendo cambios. Me dieron el tegretol, la benerva, me dieron... ya no me acuerdo. Y me estuvieron inyectando muchas vitaminas.*

*Además hospitalizada por hepatitis cuando tenía 18 años.*

**Liliana**

*No. Es muy rarísima la vez pero cuando me enfermo si me llega a tumbar en la cama.*

**María**

*Ninguna*

**Mar**

*Hace año y medio ya. Me diagnosticaron gastritis. Tomo el elextresate ese es medicamento de por vida lo tomo cada ocho días, ahorita ha alcanzado la dosis de siete pastillas, porque esas te las van subiendo conforme el doctor va viendo como va evolucionando la enfermedad. Esa es la que ataca más de lleno a la enfermedad. Toma la ---- de esa tomo una diaria. Son las dos pastillas principales. Tomo diclofenaco. En la actualidad ya dejé un poco el diclofenaco, ya nada más lo tomo cuando es necesario cuando me siento muy hinchada de mis articulaciones, de sus pies. Debo*

*de tomar el ácido fólico, que siempre se me olvida tomármelo, me lo tomo cuando me acuerdo. En la actualidad tengo tres meses tomando antidepresivos. Tomo uno en la mañana y una en la noche. En la mañana, la verdad no me acuerdo de los nombres de las pastillas, pero tomo uno que me debo de tomar las mañanas para que me relaje el estrés y tomo una en la noche para poder dormir porque si no me da insomnio y no puedo dormir.*

*Además gastritis, colitis que esas son las que me dieron mucho tiempo atrás. Hipertensión ya te la mencioné, artritis reumática, pues nada más, creo.*

Mary

*Ninguna*

Sol

*Hipertensión, del corazón, de la circulación... Para la presión tomo el nifedipino, para el corazón tomo el tenoretic. Lo de la columna desde hace cinco años pero se ha agudizado más desde hace unos dos años.*

En el análisis de resultados se hará una revisión más profunda de los padecimientos que presentan las personas sobre todo para establecer las relaciones que se tienen con las distintas emociones. Sin embargo se hace un listado de las enfermedades con el órgano e emoción relacionados.

Pulmón- Tristeza. Todos los participantes mencionan que la enfermedad más frecuente es la gripa, cabe resaltar que las personas consideran este padecimiento como algo “normal o simple” a pesar de que las gripas son muy prolongadas o bien se presentan muchas veces al año. Otro aspecto importante es que cuatro de los participantes sufren de estreñimiento. Este es el caso de Mar, Sol, Daniel, Guadalupe. El órgano relacionado es intestino grueso.

Riñon- Miedo. Relacionado con este órgano podemos encontrar problemas en la matriz, infección en este órgano y anemias.

Hígado- Ira. Problemas relacionados con este órganos son la artritis reumatoide, colesterol alto, gastritis que aunque es un padecimiento propiamente del estómago se genera a partir de un enojo no expresado. En el caso de las participantes podemos observar que la ira se convierte en un resentimiento que se vive constante pero que no se expresa. En el caso de Laura también hubo un desajuste directo en el hígado al sufrir hepatitis.

Otras enfermedades. Presente está el dolor de cabeza y en el caso de Laura una parálisis fácil. Es evidencia que se vive en una constante lucha en la cabeza lo que incrementa aún

más el estrés y la ansiedad. Otros padecimientos son el caso de Mar y Sol las Várices y Sol es la que presenta más cúmulo de enfermedades: hipertensión, del corazón y escoliosis.

Finalmente cabe resaltar que las enfermedades padecidas por los entrevistados están relacionadas estrechamente con las emociones que han vivido a lo largo de la vida.

### **3.5.4 Padecimiento**

Se revisarán concretamente los indicadores que se refiere a la obesidad. Interesa revisar: el momento de la vida en que se presenta, si hubo o no diagnóstico médico, los tratamientos y sus efectos, las emociones a lo largo de la vida, emoción que desencadena la ingesta, las dietas y su efectividad, la relación que se establece con el cuerpo y las implicaciones de la moda en la obesidad.

#### **→ Momento de la vida en que aparece y motivo**

Interesa saber en qué momento de la etapa se presenta. Si en la infancia o bien después del embarazo y como lo vivió la persona.

Adri

*Pues ya después como que me daba más hombre y como que echaba más la flojera. Siento que fue eso.*

*Las pastillas me estaban inflando. La doctora me las cambió. Y por eso salió embarazada de la Abi. Me mandó unas más suavcita según ella y que muy buenas y que no sé qué. Porque me dijo que las pastillas me estaban inflando. Y si estaba bien gordita. Bueno he sido llenita desde que ya me hice señora pero como que con las pastillas esas me estaba pasando de... de gordita.*

*Ya después si subí de peso conforme mis hijos, no? Porque luego hasta mis hijos me llegan a decir a ya estas llenita ya estas gordita pero nada insultante, nada grosero.*

*Empecé a subir. Pues ya después me descuidé. Empecé a comer de todo.*

Berta

*Se comenzó a presentar cuando me embaracé de Karen. Hace dieciséis años. Porque cuando me embaracé de Claudia y de Fredy volví a usar mi ropa normal que usaba yo de cuando estaba sola.*

*Si. Siempre delgada. Fui siempre delgada. Era talla 30 ó 32. Cuando me embaracé de Claudia volví a usar la misma ropa. Cuando me embaracé de Fredy igual. Ya después de que me embaracé de Karen ya no. Ya tuve que subir de tallas y así fuí subiendo y subiendo y como ya no tenía paradero en la talla. Iba sube y sube y entre más, más hambre me daba y más hambre me daba. Y fui subiendo mucho, llegue... he llegado a pesar hasta noven... porque dicen que ya teniendo un hijo te vas engordando. Y si, no? Porque la mayoría de las personas... pero si hay pocas que se*

*mantienen delgadas, mantienen su peso de solteras. Y yo de ellos si lo había logrado pero ya de Karen no. Empecé a subir y subir. No sé si a lo mejor sean problemas psicológicos o no sé pero a mi si me da mucha hambre y lo que más ... es que como con mucha desesperación. Primero bajé unos diez años... todavía pesaba yo 76 kilos. No pesaba unos 67 kilos hace unos diez o doce años.*

Daniel

*Pues toda mi vida, desde la primaria.*

Gaby

*O sea, yo desde que me acuerdo, desde chiquitita yo soy gordita. Siempre. Ves mis fotos y siempre me has visto así. Lo que pasa es que cuando yo... yo siempre había sido llenita pero no así gordita, gordita. Pero desde los quince.*

Guadalupe

*Yo llegué aquí pesando... como 57 kilos de hecho todavía tengo fotos, no estaba yo así, no así, bueno esto es lo que siento que he estado más gordita. Porque yo no estaba así maestra. Yo estaba hecha un palo. Ora sí que me casé y empecé a engordar y engordar, entonces no sé si me descuidé o no sé qué pasó. De hecho cada que me internaban me ponían hartísimo suero y de ahí empecé yo. Pues porque quería perder a mis bebés.*

*no, si lo utilizaba pastillas pero ya luego le dije que no porque fue cuando empecé a engordar mucho entonces por eso el doctor decidió nada más dos años después de Adrián y luEgo ya me lo quitó, el dispositivo*

*Cuando estaba más delgada me podía mover más, ahora yo me siento cansada, siento que mis piernas se me casan luego por el peso. Me empezaron a salir moretones porque la sangre circula. Me decía una señora que si me habían pegado. Pero no, me empezaron a salir moretones y ni me duelen.*

Liliana

*Después de mi embarazo. Si pero no tanto. Pesaba a lo mucho 58 kilos que era ... que es mi peso máximo. Porque mi peso ideal son 50 kilos me parece. Cuando me embaracé? 25 años. Pues... o sea...siento que yo no tuve toda la culpa pero yo antes comía igual y nunca me y siempre estaba el 58 kilos en 60 kilos y de ahí no pasaba. Y de repente comienzo a comer igual de cómo cuando yo era soltera y empecé a subir y a subir de peso. Igual comía laguna fritura, algún dulce y no me alteraba tanto el sobrepeso. Pero después del embarazo empecé a tener ese cambio. Pues pensé que era normal. Pero ya después me dijeron que no. Que no era normal. Porque ya después es otro tipo de actividad en el cuerpo. Si me deprimía. Incluso luego ya no... si atendía a mi hijo y a mis esposo pero me entró una depresión posparto, se le llama, y por eso... yo creo también por eso fue lo que me pasó, que empecé a comer. Porque en parte siento que me sentía bien comiendo porque me sentía como deprimida.*

Laura

*Pues... yo siempre he sido gorda, toda mi vida, desde chica. Bueno de chica todo es un novedad, un bebé gordito es un... ero ya después ya no.*

## María

*Cuando yo tuve a mi primera hija engordé un poquito, no mucho. Cuando tuve a la segunda engordé un poquito más y así me fui engordando. Era yo muy delgada. Más que Claudia todavía. Pues como mi hija la que vino. Yo después de que tuve a primera hija empecé a engordar. A lo mejor no me cuidé a lo mejor no sé que pasó pero de ahí empecé engorde y engorde y engorde hasta que subí a noventa kilos.*

*Pues que entre... Bueno de principio ya ve que cuando uno está embarazada como que le da más hambre. Entonces yo pienso que a la mejor el estómago se va acostumbrando a comer más y más y más. Yo pienso que a eso y lo embarazos se queda uno acostumbrado y luego entre más come uno como que más grande se va haciendo el estómago y yo siento que a eso. A comer más cada vez.*

*Cuando estaba más gordita me cansaba, me fatigaba, me dolían los pies, me dolían los huesitos, todo me dolía. Ahora que ya bajé de peso me siente como ligerita así como que no me canso y todo el día ando para acá y para allá haciendo cosa. No me canso. Pero independientemente de lo que pase con mi marido pues así me siento bien y lo que pienso y lo que siento es que él ha de pensar que yo ya me pose o dieta, porque de que ya lo notó que ya bajé yo pienso que ya lo notó. Pensará que por todo el problema que tenemos o que para verme bien. Y no solamente es por... tomé mi decisión por lo mal que yo me sentía y además por la presión alta, de tanto problema que yo he tenido ahorita...*

## Mar

*Cuando estuve sola mi peso siempre fue de 56 kilos y mido 1.59. De ahí no me movía. Yo podía comer lo que fuera y de ahí no me movía y ya cuando me casé fue cuando empecé a... me casé ya embarazada y pues ya desde el primer embarazo me quedaron los dos o tres Kilitos de más, ya subía una tallita. En el siguiente embarazo otra tallita y así me la he llevado. Yo de soltera era talla 5, 7 y pues ya ahora soy como que haber si te entra y revienta. Ando en la talla 36 o 38.*

*No he sido siempre gordita hasta últimos años, estos últimos cinco años me ha dejado engordar más, de soltera fue delgada, nuca fue un espárrago, pero fui delgada, conforme fueron llegando mis hijos fue mi aumento de peso y a últimos años yo siento que por la depresión que tengo me da por comer.*

*Porque ahora si en el lapso de un año pues ya me conoce él, me ha visto y ya me vio que ese nerviosismo no me deja. De hecho en ese lapso que él me conoció subí mucho de peso. Entonces fue cuando más he subido de peso. Y es obvio que lo primero que me dijo fue que tenía que bajar de peso y yo en vez de bajar ha subido.*

*Mi sobrepeso se vino después de que agarré la tienda tengo cinco años con la tienda y así como que fue cuando empezó mi estrés. Entonces tuve que dejar la escuela, agarré la tienda, la casa, mis niños estaban muy pequeños todavía, era el estrés de la casa, la tienda, el marido encima cuando se suponía que el no se iba a meter en la tienda dio la casualidad que desde el primer día lo tengo encima, encima, encima y así como que es cuando se han venido más mis problemas emocionales.*

## Mary

*Pues mira. Por lo mismo de mis trastornos menstruales y a su vez que no podía quedar embarazada me sometí a tratamientos de fertilidad. Entonces me dieron hormonas entonces a raíz de eso yo me di cuenta de empecé a subir de peso pero tremendo. Aparte porque empezaba yo a comer de más de cuando yo era soltera. Empecé a comer más, empecé a tener depresiones y como me inyectaron para lo de la fertilización.*



Sol

*Bueno el sobrepeso más... actualmente, bueno de niña fui robusta no obesa, de jovencita también. Pero ahora el sobrepeso que estoy ya completamente pasada de peso tiene como unos dos años.*

Podemos observar que 7 de los sujetos presentan obesidad desde la infancia. Esto es definitivo porque la personas se construye diferente. Un detalle importante de resaltar es que a los obesos desde niños les cuesta reconocerse como tal. Anteponen siempre que ellos no eran tan gorditos como lo están ahora. Juran que este es su peor momento de gordura.

Por su parte las entrevistadas que subieron a partir de los embarazos ponen las siguientes razones como los facilitadores de la subida de peso: por el método anticonceptivo, por quedar acostumbradas a comer de más cuando estaban embarazadas, por el descuido después del matrimonio, por problemas emocionales por problemas psicológicos.

En ambos casos las personas obesas viven con una baja autoestima, rechazando el cuerpo y deseando tener uno más delgado. Sin embargo en las personas que se hicieron obesas hasta la edad adulta se presentan problemas físicos como cansancio, fatiga, enlentecimiento y dolor en las articulaciones.

#### → **Tratamientos, diagnóstico médico**

Se revisan los tipos de tratamientos principalmente en tres vertientes: médicos alópatas, homeópatas y otras recomendaciones naturistas. La adherencia al tratamiento. Se revisa la efectividad de éstos en las pacientes y el mantenimiento del peso si es que hubo reducción.

Adri

*Hubo una vez en que estaba yo soltera y me veía gordita. Me fui con un doctor de acupuntura para bajar de peso. Y si baje más de 20 kilos. Bajé 23 kilos en dos meses. Yo soy rápida de bajar de peso. Siento que soy rápido. Bajé rapidísimo 23 kilos que hasta mi mamá no me conocía. Me mandó unas pastillas pero la verdad no que acuerdo como se llaman y esa nada más me las vendía con receta. No me acuerdo cuando pero si te digo que luego hasta los que me dejaba de ver y me veía: ¡hay, eres tú! Si, porque me hice cambio total, hasta me corté el pelo y todo. Ya sabes que tanto yo me sentía bien. Para empezar yo. La vanidad. Hay me veo bien. Y también la gente me decaía que me veía yo muy bien y me hacían sentir mucho mejor.*

*Con el médico voy me pesa, me da mis gotitas y mis chochos. El doctor de la segunda vez, porque yo nada más he ido tres veces al médico, la segunda vez el doctor me quitó muchísimas cosas que fue lo que hice y bajé por qué bajé un buen. Te digo que hasta Javier me decía: -Hay no ya estás bien flaca, que mira, que no ya no te ves bien. Ya hasta te ves como vieja- El doctor me quitó muchas cosas. Me dio gotas y medio chochos para los nervios y gotas para quemar grasa.*

*Y la tercera vez también fui porque yo ya me sentía mal. Sentía que me agitaba, que me cansaba. Luego me retraté con mis hijos en la ida a los reyes magos a la Alameda parecía yo sapo y dije no que fea me veo. Y ya dije: ¿no, por qué? Si estoy joven mejor adelgazo.*

*Hace poco me tomé unas cápsulas que tenían como fibra.*

**Berta**

*Primero yo decía que iba yo a... que yo solita iba a iba a empezar a hacer mis dietas pero no, mentira, jamás empecé yo sola ni nada. Después que iba a empezar a hacer ejercicio. Y si. Primero empecé a hacer los aerobics cuando estaban más chicos los muchachos. Y si, como que si lograba yo bajar pero después dejaba yo los aerobics pero como que engordaba un poco más. Y así lo intenté como unas tres o cuatro veces con los aerobics, de un tiempo y los dejaba yo.*

*Hace cuatro años fue por primera vez con un doctor para que me diera pastillas para adelgazar. Y si me dio pastillas y si bajé como unos cuatro o cinco kilos*

*Ese doctor no está dando pastillitas pero no viene el nombre en sí no sé que es lo que nos dé pero si me ha resultado. Ahorita si he bajado doce kilos.*

*Lo que pasa es que tampoco llevo las cosas como dice el doctor. Porque dice el doctor que hay tomar tres litros de agua y yo no tomo a veces ni uno. Otra cosa que dice que hay que tomar un jitomate diario y tampoco me lo como. Pero a veces por flojera o por apatía. En Noviembre fui y nada más había bajado un kilo y medio. De Diciembre para acá he notado que he bajado más de peso. En diciembre que yo pensé que iba a ser el más fuerte que no iba yo a bajar, bajé tres kilos y medio de peso. Y ahorita en este mes de Enero he bajado otros dos o tres kilos. Pero también antes aunque tomaba yo las pastillas comía yo bien y ahora se me ha ido el hambre.*

**Daniel**

*No*

**Gaby**

*Si estoy tomando un tratamiento. Estuve tomando un medicamento que se llama Xenical que me recetó el doctor pero no me ayudó en nada. No. Incluso subí de peso. No pues estuve.. lo estuve tomando... Se supone que desde el principio se debe ver el cambio y lo estuve tomando y no vi ningún cambio, después lo suspendí y ya no me lo estuve tomando. No incluso ahí tengo como media caja todavía porque no me resultó. Lo único que hizo fue lastimarme el estómago porque de ahí me empezó como la gastritis, de repente no puedo hacer del baño, de repente hago mucho.*

*Incluso de Noviembre para acá llevo seis kilos menos (tratamiento de obesidad)*

**Guadalupe**

*Pues a mí si me gustaría ir con el nutriólogo. Porque de hecho yo estuve tomando hierba life. Lo empecé a tomar desde que lo puso aquí, no sé que era de usted, su cuñada, no me acuerdo que era. Entonces yo me pasaba y me tomaba el desayuno. Después se fue y me fui con otra. Me decían que si no tomaba suficiente agua los riñones... y sí, me enfermé una vez del riñón, era por el té, porque una vez me dijo que si yo no tomaba suficiente agua me iba a hacer daño al riñón.*

## Laura

*Muchas cosas. Te digo que he ido muchas veces al ejercicio, me he puesto a dieta. Las dietas yo digo que no me sirven porque me ponen de malas, me da mucho más hambre de lo normal. He tomado de todo. He comido de lo que han dicho para bajar de peso y pues si he bajado, si se han visto cambios pero así como venía había rebote y si lo doble. Si bajaba, tres cuatro cinco kilos subía diez, no?*

*Bueno de hacer ejercicio por mi mamá. Mi mamá siempre vamos al ejercicio para que te sientas mejor, para que desestreses, etc. Hacía el ejercicio por salud por sentirse bien. Ya no por estética sino por salud. Lógico que si iba bajaba un poco. No mucho. Ella era la que iba a hacer ejercicio. Luego yo por flojera o por tiempo ya no puedo hacerlo. Después yo misma pienso voy a hacer algo, por eso he tomado...*

*Pues te sientes mal porque dices, vas viendo el cambio en tu ropa y sientes que padre. Y como ya no... antes me había puesto este pantalón y ahora ya no me queda*

*Yo creo que es porque no lo llevas a cabo. O sea, a veces dices, a bueno ya tres cuatro meses ya lo tomaste y ya después: ya lo deje porque ya vi el cambio y por eso no terminas el tratamiento o no hay quien te esté chocando. Entonces yo creo que es eso: ah ya vi cambio entonces lo dejo. Y es hasta con cualquier medicamento: la gente dice hay ya me siento bien y ya no me lo tomo y después viene la consecuencia porque no sabes que hacer porque no lo acabaste, porque no mató el virus. Es lo mismo con los tratamientos para bajar de peso. Yo ya vi el cambio, ya baje y no.*

*Pues naturistas, los que venden en las tiendas naturistas. Que los tés, después de eso en mi, antes de trabajar en la escuela, en mi otro trabajo una señora me ofreció el producto de hierba life y lo tomé un buen tiempo, un año entero. Si me funcionó. Pero lo que es este producto es que es muy caro. Yo lo pude haber seguido tomando pero desafortunadamente falleció su papá de mi papá entonces tuvo un gasto muy fuerte y entonces mi papa.... Te digo que tuvo u problemas con su hermana entonces mi papá prácticamente estuvo solo y los apoyamos mi hermano y yo. Entonces ya no...*

*Un tiempo si estuve tratando con la dietista del seguro. Pero te digo que a mí las dietas me ponen muy enojada. Una dieta, tres días. Porque se me hace muy pesado, la mayoría muy... me quedo con hambre*

## Liliana

*Bueno actualmente pues he tratado de... de (inaudible) con mi sobrepeso y estoy ahorita en una dieta y hasta ahorita he perdido seis kilos, no recuerdo bien Y de cintura he bajado también 7cm. Haber ahorita a la próxima que tenga mi cita haber que me dicen. Y este... es fue una. Y la otra fue esa... cómo se llama... esta que salió de por un millón de kilos. Y ahí me mandaron una dieta más completa. Incluso me gustó y es la que estoy llevando actualmente. Pues nada más es este...por ejemplo yo le comenté al doctor que ... porque atrás mandan ejercicios, pero yo le dije que yo caminaba cinco días durante cuarenta y cinco minutos y él me dijo que siguiera con esa rutina. Me mandan un desayuno que es ligero. Una como.... un... ¿cómo se le llama? Una colación. También una fruta o gelatina. Una comida fuerte y luego en la tarde me manda verdura y en la noche también me mandan una cena ligera. Son cinco comidas. Apenas llevo un mes. Mañana voy para un mes.*

*Ahí mismo en el seguro con la nutrióloga. Pero no me gustó como trabajó. El que nada más me ponía lo que debía comer, o sea, no me especificaba bien cómo debería de comer, qué tanto, qué cantidad. En cambio con las cosas que me mandaron en esta vez que fui, me gusto más. Porque ahí*

*dice qué y qué debo de comer, cómo debo de guisar la comida, si le debo de echar verduras, si le debo de echar papa o si debo de comer arroz, qué cantidad, frijoles, lentejas. Incluso me mandan más y mejor que con la nutrióloga. Pues nada más me dijeron que tenía que cuidar el sobrepeso porque ahorita las enfermedades están a la orden del día sobre todo la diabetes.*

**María**

*Fui con el endocrinólogo. Lo único que nos dice el doctor es que no son anfetaminas. No da unas cajitas con las pastillas. Y no traen nombres ni nada más. Son de colores. Él lo único que nos dijo es que no son anfetaminas. Y nos dice que una pastilla es para quemar la grasa, otra para quitar el hambre y otra pastilla es para que nos dé sed. Y que comamos de todo menos refresco y vino. Lo empecé en el mes de octubre hasta la fecha. He bajado once kilos.*

*Me preguntó que cuántos kilos pesaba y qué cuánto media y sobre lo que mide uno es aproximadamente lo que debes de pesar. La verdad no sé como sacaría su cuenta el doctor o nada más así aproximado porque me dijo usted tiene que bajar como 20 kilos. Bien, bien no me he medido. Me medí hace algún tiempo pero exactamente no sé si 1.65 o 1.62 algo así. Entonces necesito medirme bien para saber cuánto tengo que pesar y cuánto debo de bajar.*

*(siente la ansiedad) Pues yo digo que ahorita no. ¿Sabe por qué? Por la pastilla que me dan para el hambre. Bueno pensándolo bien si me da un poquito de hambre así de repente. Pero ya no sé si es hambre de nervios o hambre de hambre.*

*Ya no. Ahora como menos. Pero tampoco me quedo con hambre. Lo que me cabe nada más en el estómago. Y antes aunque estuviera llena seguía comiendo más aunque ya no tuviera hambre, comía.*

**Mar**

*Que a mi me preocupa mucho mi sobrepeso, inconscientemente lo hago de que siempre ando viendo de que manera bajo de peso, con dietas, he ido.... Bueno qué no me tomado para el sobrepeso y nada más bajo unos días pero me gana la ansiedad de comer y vuelvo a subir. Puede más mi ansiedad que mi necesidad de bajar.*

*Pues llegué a ir con un homeópata. Fui con la nutrióloga no aguanté, me ganaba la ansiedad de comer. En cuestión profesional yo creo que nada más.*

*Con la nutrióloga nada más fue como dos meses, fui dos veces porque nos citaba cada mes. Nada más fui dos veces, la tercera vez dejé pasar la consulta porque no bajé ni un gramo entonces como que me dio pena ir y decirle pues no hice nada, todo lo que me dijo y no hice nada y estoy como al principio. Con la homeópata me funcionó mucho ese sistema pero... me duro qué el gusto? Con ella estuve entre las gotas que te da y estuve yendo al ejercicio si bajé mucho de peso pero en tantito que lo dejé y tantito que, fue cuando me llegó la artritis, en ratito reboté.*

*Me daban gotas: una era para quemar grasa, otra para disminuir el hambre y unas pastillas que me imagino yo que eran de fibra porque era de nopal y hierbitas así. Realmente nada más reacomodó mi, es parte de, así como una nutrióloga te reacomoda y te dice qué comer, qué cantidad debes de comer.*

*(Tratamiento)Yo creo que como unos ocho o nueve meses. Huy, yo creo que con ella bajé como unos doce.*

## Mary

*No porque cuando yo era soletera, cuando y crecí mi mamá me cuidaba. Ella me compraba las pastillas de nopal, me hacía los jugos de nopal y andaba tras de mí que no me fuera yo a meter a la cocina a comer y yo no estaba como ahorita.*

*Y yo siempre me he sometido que a dietas, que todos los productos habidos y por haber en la tele yo los he comprado y me los he tomado. He hecho ejercicios. Me he comprado... me compré bicicleta y muchas cosas: fajas, parches, videos caseros. Digo lo único que no he hecho es hacerme la lipo pero de ahí en fuera he hecho muchas cosas.*

*Fui con un naturista pero siempre me ha dado pastillas. Los frascos no traen de que son o de que están hechos. Eso sí ha tomado un montón.*

## Sol

*Sin dato*

Observamos que todos los entrevistados han intentado por muy diversos medios luchar contra la obesidad. La mayoría empieza un método de reducción con la firme convicción de que esta vez nadie los podrá apartar de su objetivo pero la verdad es que ninguno es capaz de mantenerse en el tratamiento.

Podemos observar que un diagnóstico concreto dónde se especifiquen metas desde el punto de vista alópata no han existido. El mayor acercamiento con este concepto científico se ha dado partir de las visitas del nutriólogo. Sin embargo este profesional no ha cubierto ni las expectativas ni los resultados que se esperaban de ellos. Este es el caso de Mar, Laura y Liliana.

Además los intentos de solución han ido principalmente en dos vertientes. La primera son todos los remedios que los entrevistados han ocupado para poder bajar de peso que van desde las cremas, jabones, herbalife, dietas, pastillas naturistas, etc.

El segundo es el acercamiento a médicos homeópatas que administran chochos o gotas principalmente con dos objetivos, disminuir hambre y quemar grasa. Además cabe señalar que en ninguna de las ocasiones los sujetos saben que están consumiendo por lo que en ocasiones existen daños a la salud. Las implicaciones van desde diarreas hasta infecciones en los riñones.

Finalmente las personas viven con la creencia de que si adelgazan estarán mucho mejor. Así lo viven por un tiempo los que bajan como el caso de Adri, Liliana, Mary. Esto les aumenta la autoestima, se sienten mejor, más seguras etc.

### → Emociones a lo largo de la vida

Se hace una revisión de las distintas emociones que predominaron a lo largo de la vida y las cuáles desencadenaron el padecimiento: alegría, tristeza, miedo, enojo, ansiedad. Interesa saber que se hacía ante ellas y en que parte del cuerpo las sentían.

Adri

*Porque me daba miedo. Si, no sé. Me daba miedo la verdad. Luego oía un ruidito y me quedaba hasta tiesa.*

*Pues si porque te hace miedosa, no? De alguna manera yo siento que si me hizo como que miedosa como que... Ya nada más decía: ¡Híjoles! Ya se empieza a hacer tarde y me voy a quedar sola.*

*Pues estresada. Por el trabajo, por el dinero que se tiene que pagar. Porque pedimos un dinero con interés y u sabrás que el interés es canijo. Entonces todo eso..*

Berta

*Una vez yo recuerdo, me quedó muy... que yo estaba acostada, estaba dormida, tenía yo como unos seis o siete años, yo estaba encamorrada. Lo único que yo recuerdo de mi papá es que me decía... porque yo estaba llorando y yo le gritaba a mi mamá porque había estado encamorrada. Mi papá me decía: -ya cállate- dice: -no estés molestando- dice: -te pareces de fea a tu tía Catalina-. Entonces yo... si se me quedó eso. O sea... como que sentí que no me quería. Me da tristeza, sí.*

*Pero siento yo a veces el dolor en el pecho, por el... como que si me embarga mucha tristeza y me deprimó. Como que hay veces que esos días como que yo me siento como si fuera yo... como si no existiera, como que ando entre nubes.*

*Como que... hasta ahora últimamente yo he comprendido que... que si el me dice una cosa trato de llevarle la contraria.*

*Diciembre para acá como que me he sentido triste, como... como que me ha dado tristeza pero no sé de qué, ni por qué.*

Daniel

*Alegre. Hay veces que estoy muy alegre y hay veces que tengo mucho miedo. Me genera miedo qué es lo que vaya a pasar con mi familia de origen. Que yo no pueda terminar bien con mi papá, con mi mamá. Eso me genera miedo. Y alegre por el simple hecho de que estoy bien.*

*Por mi ánimos. Luego estoy con ánimo muy bajo. Con la autoestima muy baja. Cuando no veo a mi hijo y me acuerdo de él sí me pongo muy triste. O me acuerdo de mi mamá, de que no estoy o que no puedo verla me pongo triste. Eso me pone muy triste.*

Gaby

*Mucha tristeza. Yo siempre me he considerado una niña muy triste y yo siento que es por eso.*

*No en mi forma de ser sino en mi estado de ánimo. A veces estoy de buenas y de repente estoy de malas.*

Guadalupe

*Como que yo siempre tenía siempre mucha depresión, maestra, siempre andaba muy deprimida, de cualquier cosita me ponía a llorar.*

*yo desde los seis años empecé a trabajar en casas..... yo desde los seis años empecé a trabajar en casas..... Se me hacía muy deprimente.*

*Pues yo la sentía en el corazón porque yo sentía como muchas ganas pero de llorar fuerte, fuerte, una cosa que yo sentía mucha depresión.*

*Ora si que... una vez me fui a una fiesta, bien chica, tenía como doce años y empecé..., no sé..., me decían: -tomate una cerveza- y yo me empezaba a tomarla. Entonces yo llegué bien borracha a la casa, por qué, porque yo sentía mucha tristeza dentro de mí, sentía que.... Sentía que no era yo.... Que yo no quería vivir. Todavía hasta la fecha cuando tengo problemas con mi esposo le digo: -yo ya no quiero vivir- porque ya he sufrido mucho.*

*Pues no sé... como que siente muchos nervios. Como que siento que yo quisiera que todo me lo hicieran así mis hijos (rápido) y como que no les tengo la suficiente paciencia para que me hagan las cosas, luego quiero más y más y más.*

*ahora sí que a mi mamá porque luego yo a veces me desespero con Marco y quiero hacer lo mismo que mi mamá hacía con nosotros y mi esposo no es tan malo porque luego me dice:*

*Una persona como despechada, no?, que quiere actuar... no sé... como con coraje hacia mis hijos y no quiero ser así. Yo quiero ser mejor, darles lo mejor a mis hijos.*

*( Coraje)pues no sé... hora si que es le digo a mis esposo, que no sé si lo siento con él o lo siento conmigo mima. ora si que cada que tengo un problema fuerte me deprimó mucho. Hasta con las criaturas luego ando yo de malas. No consiento ni que me hablen. Le digo: -sabes qué Marco, ahorita ni me hables que yo ando acá en otra cosa. Pero luego me pregunto que las criaturas que culpa tienen. Ellos que culpa tienen, no saben de los problemas de uno*

*Pues como que yo tomo las cosas muy a pecho. Las traigo y las traigo durante varios días, no nada más un día que diga usted... ya pasó, ya. Es durante varios días, yo duro así dos o tres días deprimidos Me dan ganas de escuchar música de sentimiento. Me dicen luego que yo oigo música de esas para los que tienen amantes. No es porque tenga amante si no que la oigo porque me gusta.*

*Pues enojo porque yo me enojo muy... me altero muy rápido. Luego mi esposo me dice:- tranquila, vamos a platicar, por qué te alteras, escucha a los niños- - A mi me vale- y me pongo muy histérica.*

*Pues en el cuerpo, en el corazón Luego me dice que me puede dar un infarto así como estás de gordita. Porque si me enojo muy feo.*

Laura

*Me siento mal. Tristeza. Pues porque... porque siempre he estado sola Pues porque la gente no te acepta. En la niñez Pues tristeza y enojo. Pues por las burlas de los chamacos y a la vez, bueno de lo poco que me acuerdo de la niñez, pues que yo era... me hacían enojar y lo que yo hacía era pegar, mejor. No. En la escuela casi no tuve, así que digas, amistad. Me orillaba yo mucho a tener amistad con los hombres. Yo creo que porque las niñas rechazaban. Bueno yo siento que rechazaban y en la niñez también por parte de mis primas, igual lo mismo. Yo casi la mayoría estuve entre comillas sola. Porque si jugaba con mi hermano, con mis primos, primos, hombres. O jugaba yo sola, simplemente.*

Liliana

*Antes sí. Me sentía triste, enojada, con mucha ansiedad de que veía algo y me lo comía. Ahorita veo las cosas y digo no. Prefiero una fruta a un chocolate. Ahorita ya... tal vez un poco de tristeza porque pero no en el aspecto físico sino en otras circunstancias tal vez por mis papás.*

*Pues antes me sentía... bueno cuando me vino la depresión después de mi embarazo. Me sentía triste, me sentía sola, sentía que nadie me quería. Ya ahorita ya no. Lo que pasa es que yo estaba acostumbrada a trabajar entonces en parte eso fue lo que me hizo sentir como deprimida, triste. Pero mucha gente habló conmigo. Incluso yo les comentaba que yo quería trabajar y me decían que disfrutara a mi hijo, más que nada mi hijo fue el que...*

María

*Como que nos daba consejos y la verdad yo al menos en lo particular le tenía un poco de miedo porque decía...*

*Me daba así como coraje. Como que yo sentía... Contara ella. Pues nada más según yo lo sacaba cuando le respondía mal a mi mamá pero luego me iba más mal porque mi mamá me pegaba. No me pegaba mucho pero sí. Pero pues también merecido me lo tenía por grosera. Porque ya acordándome bien pues a mí también me da mucho coraje que...*

*Eh... la... como que... por ejemplo cuando estoy sola se me carga mucho la tristeza. Como que me siento así como deprimida, cuando estoy sola. Cuando estoy con mis hijas me siento acompañada, contenta. Pero en sí son dos o tres. Me pongo a llorar. Me pongo a pensar en cosas.... Anteriormente se me venía mucho a la cabeza lo de qué hiciera yo si mi mamá o mi papá faltaran. Y pues terminaba llore y llore. Últimamente pensaba mucho en lo que le sucedió a mi hija. Y también terminaba llorando. Pero eso me pasa cuando estoy sola. Cuando estoy con mis hijas o con la gente estoy contenta y además la soledad no me gusta. Cuando yo me siento así luego luego me salgo de la casa. Porque aunque el niño esté chiquito y todavía no habla, pues ya no me siento como si estuviera completamente sola.*

Mar

*Miedosa. No me gusta que me vean así.*

Mary

*Además que cuando yo me sentía triste mi mamá en vez de... o sea lo que yo quería a lo mejor de ella es que pues me abrazara o me dijera que no pasaba nada simplemente pues me regañaba o me decía que.... no que me pusiera... en vez de estuviera pensando en tristezas que mejor me pusiera a*



*hacer quehacer. Ya después a lo mejor que me tuviera... podría ser que me trajera un poco de problema pero nada más eso.*

*Lo que pasa es que yo soy muy depresiva entonces a mí, por decir... como el lugar es muy depresivo a mí me baja la pila totalmente. Esa es de las cosas como que... bueno es de lo poco que me... yo lo que necesito así como que otra cosa diferente. A veces necesito que me alcen la autoestima y mi estado de ánimo. Cando llego a la casa como se respira mucha enfermedad eso me deprime.*

*Coraje... este... cuando estaba chiquita no me acuerdo. Ahora lo recuerdo y me hace sentir triste. Porque digo si ella lo pensaba y es mi mamá, digo como otros no lo van a pensar de mí, no? Y eso si se me provoca tristeza porque para mí es algo... no es nada agradable, nada. Eso es lo que me trajo muchos problemas.*

*Desde qué momento? Desde que tenía veinticinco años. Fue cuando yo lo noté. Porque fue cuando entonces me vino eso que te comentaba que yo sentía que estaba enferma. Mira yo me enfermé de los nervios y a mí se me caía mucho el cabello, pero mucho. Entonces yo ya sentía que tenía cáncer*

*¿qué emoción? La tristeza, y miedo mucho miedo. A morir, a morirme*

*yo creo que pasé por primera vez una depresión a los diez años*

*Y aparte desde más chiquita me acuerdo que... es que yo creo que he sido muy... chillona. Yo lloro mucho. Luego ya como a los dieciséis años yo también me acuerdo que sentía mucha tristeza pero ahí mi mamá hay si me dijo: -déjate de tonterías y ponte a hacer quehacer-. A eso yo me refería. Pero yo no sabía que era depresión, bueno, no sé si era una depresión lo que yo tenía. Igual, a lo mejor, siempre desde que nací traigo una depresión.*

*Pues... yo escuchaba la música y me ponía a llorar y yo decía: -es que yo me siento así-*

*Siempre la he sentido aquí (señala el pecho)*

*El miedo creo que yo siempre lo he sentido estómago*

Encontramos tres emociones constantes en el desarrollo de los sujetos. La primera es de la tristeza que comienza a muy temprana derivada del trato que sus madres les daban y a partir de que viven soledad y abandono por parte de padres. Posteriormente la tristeza se convierte en depresión. Otra de las emociones es el miedo generalmente a los tratos de la madre o a ser abandonados. La tercera emoción dominante es la de enojo ya sea con la madre o bien con el esposo dominante. Generalmente este enojo se convierte en coraje y resentimiento. A continuación se presentan las emociones y sentimientos de cada uno de los entrevistados a lo largo de la vida.

-Adri: miedo, soledad

-Berta: rechazada por el padre, sentirse fea, triste, dolor en el pecho, depresión.

-Daniel: alegre, miedo, incertidumbre, ánimo bajo, tristeza.

-Gaby: tristeza, soledad.

-Guadalupe: depresión, llorona, sentimiento de abandono, nervios, ira, despechada

-Laura: tristeza, soledad, enojo.

-Liliana: triste, deprimida, ansiosa

-María: miedo, resentimiento, coraje

-Mar: miedosa, coraje, resentida

-Mary: triste, rechazada, depresión, enojada, llorona, hipocondriaca.

### → Emoción que desencadena la ingesta

Se revisa cuál o cuáles son las emociones que identifican las entrevistadas que viven cuando comen.Cuál es la emoción que predomina en el momento de los atracones si es que hay.

Adri

*Cuando estoy nerviosa ando pensando: hay Dios mio ¿qué me como? Un gansito, un pastelito, un eso u otro.*

Berta

*Cuando estoy muy presionada, que tengo algún problemilla de dinero porque pues si. Entonces si me estreso y empiezo a.... Que quiero estar moviendo la boca.*

*Pues cuando me enojo, cundo estoy triste o cuando estoy asi: hay Dios.*

*Que cuando me dan nervios, como. Yo digo que a lo mejor lo que no me comí de niña ya me lo quiero come ahora, no?*

*No y por nervios también. Porque yo me daba cuenta de que cuando estaba yo nerviosa me daba mucha hambre y empezaba yo que agarrarme un pedazo de pan que a cualquier cosa. O que terminaba yo de comer y al poquito rato ya otra vez andaba yo.... a lo mejor por nervios. Y ya me entran nervios y me entra así como por comer.*

*Yo me quiero justificar a lo mejor que son los nervios pero no sé a lo mejor es mi deseo de estar come y come. En si yo digo: -hay yo quiero culpar...- como que quiero tener una justificación en los problemas. Pero no sé si sea realmente válido que sean los problemas o sea mi forma de ser mía.*

Daniel

*Comer. No sé a la mejor es una salida pero me gusta mucho comer.*

Gaby

*Sin dato*

Guadalupe

*Por los nervios*

Laura

*Yo creo que siempre he recurrido a la comida por depresión. Creo que hasta la fecha, me lastiman o algo que me hagan sentir mal y yo recurro a la comida. Eso en parte y yo creo que el no hacer nada y yo le visto, que el no hacer nada me da por comer. Nada más no estoy haciendo nada y estoy comiendo. Ansiedad y yo creo que cuando me siento mal, no sé... porque el novio no me habló o porque...no sé. Me llego a sentir mal. Pues yo creo que sí. Si porque en mi niñez me sentí sola porque me rechazaba mis primas, porque no tenía amigas o si tenía amigas si te hablaban pero luego... te hacían sentir mal.*

*Lo hago cuando estoy triste o cuando estoy enojada. Aunque yo sé que estoy mal pero yo lo como.*

Liliana

*La depresión y la ansiedad*

María

*Yo cuando me dan nervios siento que es cuando como más. Cuando me siento así como nerviosa como que siento que es cuando como más.*

*Bueno... yo los nervios los siento aquí (señala los músculos de los hombros), esto de aquí y hasta por acá. En ocasiones hasta el brazo me duele. Hasta por acá. Pero como que el comer me .. como que me calma... como que... algo así tiene.*

Mar

*Casi siempre estoy depresiva, me aguanto... cómo te digo que tengo , a mi forma de explicarte, una depresión conciente. Porque hay gente que por decir, está estresada, se enoja, como por que por ejemplo él se enoja y anda viendo con quien se desquita y tu le dices: oye pues yo no te hice nada, no es mi culpa que andes de malas. Y no, él anda de malas: -tu cállate, te vale- Busca la manera de atacarte y de decirte que la que está mal eres tú. Y yo no, yo por ejemplo ando estresada, me siente mal o tengo ganas de llorar y has de cuenta que me lo guardo y me lo guardo. Y estoy conciente de que es de que me siento estresada, sé el motivo de por qué me siento con esa depresión pero no me desquito con nadie. Por eso yo le llamo como que son depresiones concientes. Yo sé que tengo un conflicto emocional pero que prefiero aguantarme que sacarlo. Porque piensa que a lo mejor si un día le digo y exploto a su la intolerancia va a ser otra y sabes qué, hasta aquí. Yo creo que todo se va a mi estómago porque soy comedora compulsiva. Yo cualquier emoción que siento busco la manera de llevarme algo a la boca, si estoy enojada busco que comer, si estoy contenta busco que comer. Cualquier cosa es eso o llorando. Ya cuando de veras tengo el berrinche encima o la tristeza o hasta la emoción del gusto luego luego el nudo en la garganta y es muy difícil controlar las lagrimas. Exploto más llorando que gritando.*

*Pues es que...pueden pasar semanas en que no llore pero tengo las ganas de. Pero si sí sacara siempre así mi enojo yo creo que diario me ponía a llorar. Porque yo lloro hasta viendo una película, siento las lagrimas, viendo la novela o una noticia o una plática que me cause una emoción, luego luego las lagrimas y un nudo en la garganta lo siento. Y ya cuando ando más estresada y que traigo algo que me pesa, un dolor, es siempre el dolorcito en el pecho. Aparto de que como, como, como y como. Pues en que siempre siento la necesidad de estarme moviendo o estar comiendo.*

*La ansiedad en mis quijadas en mi boca o quiere comer o quiere estar hable y hable, me encanta hablar, siempre que tengo la oportunidad de estar hablando, para que me paren. Pues a que me gana mi ansiedad por comer, por llevarme algo a la boca. Porque no como por hambre, como porque tengo esa necesidad. Es algo inconsciente. Pues desde siempre. Siempre he sido así nada más que antes tenía un mejor metabolismo y ahora ya no. Porque también ya tengo muchos años padeciendo estreñimiento.*

*Cuando me enojo o me siento triste. O hasta porque no tengo algo que hacer. Todo el día. Siempre estoy buscando que algo que llevarme a la boca. Aunque es algo inconsciente. Luego a veces digo. No ya no voy a comer nada pero como que ya es una inconsciencia. Yo veo algo que se me antoje y lo agarro y me lo come.*

## Mary

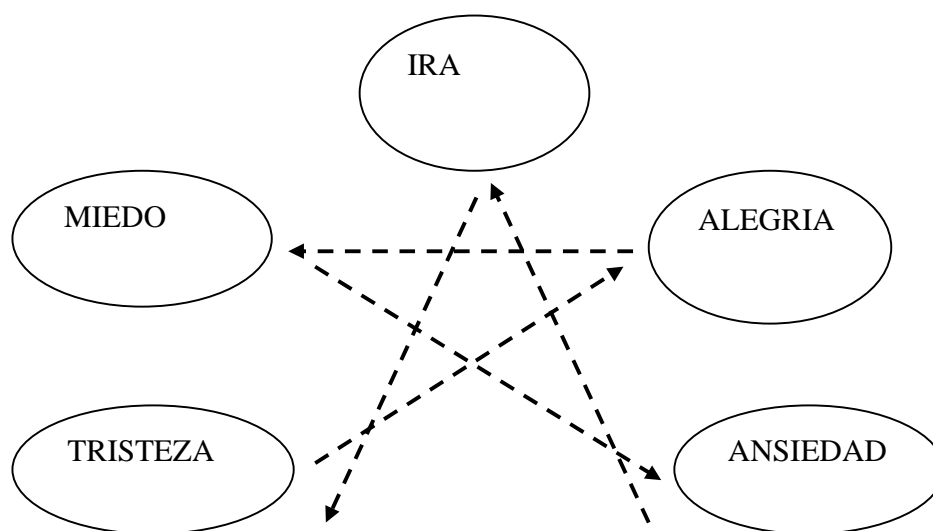
*Cuando yo me sentía triste que por lo regular siempre... durante muchos años permanecí deprimida, este... a raíz de lo mismo. De que no podíamos... de que no habíamos tenido hijos, entonces yo me deprimí mucho. Entonces cuando... cada vez que yo me sentía triste que era siempre pues yo me fugaba en comer. Pero yo no me daba cuenta. Yo no me di cuenta hasta que mi esposo me dijo. Pero después yo comía pero yo me sentía culpable porque comía. Yo decía: - ¿por qué comí?*

## Sol

*Por el estrés, porque me siento muy estresada, muy angustiada y empiezo a comer y a comer y a comer. Y no paro de que pico una cosa, pico la otra por decir si... sí, o sea, como demasiado. Por la angustia. Pues por muchos problemas. Porque le digo, no sé exactamente cuál pueda ser el motivo pero siento esa ansiedad, aquella desesperación y empiezo a comer. Y como más de lo que debo comer.*

La emoción que sin duda se hace presente a la hora de la ingesta de alimentos es la ansiedad. Los sujetos le llaman así o bien, la nombran como nervios o bien estrés. Esta emoción se experimenta a partir de que los sujetos sienten que los problemas los agobian o bien que van a ser rebasados por ellos. Todos los participantes sienten la necesidad de llenarse la boca de algo cada vez que experimentan esa sensación. Otro de los motivos por lo que experimentan esa sensación de querer comer es cuando están de ociosos cuando su mente está ocupada en los problemas y no en algo productivo. Cabe mencionar que en ocasiones ni siquiera se dan cuenta que se meten algo a la boca.

Sin embargo la ansiedad es la emoción de la superficie. Encontramos principalmente tres emociones que hay en el fondo: tristeza, miedo y enojo. El diagrama representa la relación de contradominancia de los cinco elementos.



Así la **tristeza** de lo que se vive en casa, la falta de efecto o de su demostración, la falta de un padre o los **apaga la alegría por vivir**.

**Si no hay alegría por vivir se genera miedo** a la vida y a enfrentar el día a día. No hay toma de decisiones. El carácter se vuelve débil.

Este **miedo genera ansiedad**, angustia, desesperación. La falta de decisión nos genera mucho estrés y la cabeza se vuelve obsesiva. No se toman las decisiones que uno desearía. Hay dependencia.

**La ansiedad conduce al enojo** y a la ira. Después de tiempo bajo constante coraje se crea una frustración y un resentimiento a hacia uno mismo y hacia los demás.

## →Cuerpo y obesidad

Aquí se revisa como viven las entrevistadas su cuerpo a partir de que se presenta la obesidad. Si aceptan o no su cuerpo. Cómo lo ven, como lo viven. Cómo lo comparten o no con los demás. Cómo lo quisieran ver.

Adri

*Pues lo quiero pero luego de que lo quiero siento que lo descuido. Lo quiero porque sí, yo quisiera estar bien. Pero siento que a la vez lo descuido por mi vida que llevo de agitada y como cosas que no deben de ser. Yo que quisiera verme lisita sin un gramo de...*

*Pues porque luego yo a veces veo personas delgaditas, bonitas, lisitas y yo digo que... Bueno... Luego si cuando veo mis lonjitas como digo: -como quisiera tener dinero para que me las quitaran. Pero de ahí en fuera no.*

*Pues si te descuidas porque... tanto es bueno estar delgado como...o sea ni tan tan ni muy muy. El cuerpo no debe estar tan...Bueno que de todos modos no estamos conformes con lo que tenemos porque luego las flaquititas quieren estar llenitas y...*

Berta

*Pues me sentía yo más pesada me sentía yo... como que si me baja la autoestima. Veo a una persona delgada y digo quién como esa persona que está delgada. A veces ya ni quiero verme al espejo por el sobrepeso que tengo. El estar para mi pasada de peso si me...*

*Pues yo me...o sea con mi cuerpo cuando lo veo y me empiezo a quitar un pedazo digo: -si estuviera menos así, estaría yo bien y si me quitara otro pedazo de acá estaría yo bien. Y es cuando me empiezo a ver mi cuerpo y digo: si mi cuerpo está bien pero lo que pasa es que me he dejado engordar y eso es lo que lo hace ver mal.*

Daniel

*Pues físicamente soy chaparrito, moreno, nariz grande, boca chica, ojos razgados, orejas pequeñas, bigote, barba. No sé. Con sobrepeso. Me gusta mucho verme al espejo. Me gusta mi aspecto.*

Gaby

*Pues realmente a mi se me hace normal porque dentro de mi familia siempre hemos sido gorditas. Entonces no se me hace algo fuera de lo común. Digo , porque ahorita si se ven muchas niñas bien flaquititas, no? Pero realmente también hay gente muy gordita. No predomina ninguna de las dos partes.*

Guadalupe

*En que yo me sentía mejor cuando estaba más delgada que ahora porque ahora me canso muy rápido. Delgado se puede uno mover más, agacharse más, hasta cuando anda uno trapeando, ya ve que se tiene uno que agachar para sacar la basura de los sillones. Es feo estar así, gordito, más que nada por salud.*

*Luego cuando me pinto me veo y sí pero luego veo mi cuerpo y digo que si estuviera más delgadita, otro poquito, me vería mejor. Norma me dice que no me siente bien con mi cuerpo y digo la verdad no Norma.*

*Pues si me daría emoción que me dieran, hay ya bajaste tantos kilos, bajar de peso...*

**Laura**

*Trato de verme lo mejor. Yo no me veo hay estoy fea. Al contrario. Bueno que a veces depende de mi ánimo. Porque a veces despierto de un ánimo, no sé, aunque me arregle normal, como siempre me arreglo hay veces que no me gusto. Y yo trato cuando me siento bien, trato de verme al espejo.*

*Físicamente ella se acepta, bueno “entre comillas”, se acepta, no le impide su físico hacer cosas.*

**Liliana**

*Pues. Así en mi depresión decía... a veces luego me sentía culpable porque yo veía mi pancita antes y la veo ahora y digo: ¡hay!. Me sentía fea. Incluso luego no quería ni salir. Mi marido es de los que vamos a salir y vamos a salir. Yo no. Me sentía mal. Me daba vergüenza. Pero en parte fue mi culpa porque yo no hice nada para detenerlo y empezar a decir: -voy a bajar porque voy a bajar- Hasta ahora que ya no me siento a gusto así. Ya fue cuando fui al doctor y me dijo.*

*¿Físicamente? Pues no me considero fea. Fea no me considero. Me gusta mucho mi cabello. Me fascina mi cabello. Creo que cuido más mi cabello que mi cuerpo. No sé por qué siempre mi cabello. Siempre ha sido mi cabello mi adoración. Así me considero. Este... no me considero fea, tampoco guapa, simpática, con sobrepeso pero simpática. Y mi cabello es lo que...*

**María**

*Pues yo me siento gorda fea. Me siento todavía... es que usted no me conoció cuando estaba yo más gorda pero si es como un complejo que le entra a uno. Y más... bueno al menos en mí... y más ahorita que tengo este detalle como que es más. Yo de repente con mi esposo como que siento así como... es más como que luego no quiero que me vea porque siento como pena porque me imagino que irá a pensar algo o piensa algo de mí sobre mi gordura, sobre mi cuerpo, sobre mí. Me siento mal.*

*Pues es que...a veces pienso positivamente y a veces negativamente. Por ejemplo yo luego me digo: tú te debes de ver bien, arréglate, cámbiate, báñate, todo. Pero a veces por más que me veo yo digo: no pues aunque te arregles, aunque te peines, aunque te cambies tu sigues estando gorda y te ves fea. Yo solita me lo digo.*

**Mar**

*Para mí es una necesidad porque no me gusta lo que veo en el espejo, no me gusta cómo me veo, no me gusta cómo me siento y para mí es una necesidad. Me encantaría adelgazar, encontrar así como que la fórmula secreta que me dejara adelgazar sin que me costara trabajo.*

*No me gusta, me rehúso a seguir así. Y siempre ando buscando el jaboncito, la cremita, esto o lo otro para no engordar a como debería de estar por el peso que tengo. Porque conozco gente de mi peso que se ve más gordita que yo. Y yo considero que dentro del peso que tengo no me veo tan gordita cómo. Me ha ayudado siempre la cremita, el gel o el jabón. Tengo años que no dejo de hacer algo, aunque sea el jabón o lago para bajar esa lonjita que no me gusta, aunque no baje, yo me hago a la idea de que me tiene que ayudar.*

*Miedosa. No me gusta que me vean así. Siempre trato de esconder mi cuerpo en ese aspecto. No me gusta que me... pues si me da pena. Siempre busco la manera de taparme con un suéter o algo cuando voy a salir, cuando estoy en mi casa me da lo mismo, pero cuando tengo que salir por ejemplo cuando voy con mi reumatólogo no me gusta que me vea así, me da hasta... me pone nerviosa que me esté... cuando me está auscultando que se dé cuenta de que estoy gorda. No me gusta, me da pena.*

*Siempre lo he visto como que: tengo que bajar de peso pero no, me gana más la ansiedad de comer más que mi disposición para bajar. Te digo que toda la vida, tengo años luchando con el sobrepeso, a la mejor he adelgazado, he subido y cositas así. Pero siempre he luchado con él, siempre he buscado la cremita, el gel, la dieta, el jugo, toda la vida desde que tengo sobrepeso, ese día empecé a buscar, haciendo ejercicio, es algo con lo que siempre he luchado y ahorita es cuando he alcanzado los más altos niveles de sobrepeso.*

*Pues mal. Sí como que. hay Marlene ya tienes otra llanta o la panza que se me inflama mucho de estómago y es la que ¡chin!*

*A veces sientes un poquito de enojo otras veces es así como una tristeza de que bueno pues ya ni modo me tengo que aceptar como estoy. Pero sonde diferentes emociones, yo creo que dependiendo del estado anímico es como lo voy viendo. Porque honestamente hay días en los que no me causa conflicto alguno. Como me la vivo encerrada entre mi casa y mi trabajo así como que, no. Siempre trato la manera de con el baberito taparme y ya. Mientras no se me vea a mi la lonjita yo soy feliz. Con que haya encontrado algo con que taparme.*

*Hay yo soy bonita, dice mi hija. No, pues me considero que no soy ni guapa, ni fea. Creo yo que he tenido mis tiempos de ser atractiva. Me encuentro mucho con eso de que a pesar de que estoy gordita me encuentro mucho siempre que hay alguien que muestre interés en mi. Siempre me encuentro con mucha gente que dice que soy guapa o cositas así. Aunque creo yo que no soy vanidosa. Más bien no soy vanidosa. No me considero ni fea ni guapa. Soy una persona normal. Cuando tengo la oportunidad de arreglarme yo solita pues me gusta hacerlo.*

**Mary**

*Para mí. Conmigo interiormente. Porque no... antes no me quería y me veía al a espejo y me decía que fea estoy. No quería salir. Me sentía mal por estar gordita, gorda.*

*O sea yo... a raíz de que he llegado aquí que son como dos meses yo me he dado cuenta de muchas cosas. Es más es como si me hubieran quitado una venda y me hubieran dicho ahora si vete como eres, ve cómo estas. Antes lo evitaba porque yo sabía, para mi sabía el monstruo que era, bueno para mí. Pero ahora si ya me atrevo a verme y ver la realidad. O sea que sí, que si estoy gorda y que tan gorda estoy. Pero ahora es cuando me he dado cuenta.*

*Pues no sé. Que a lo mejor tengo... que puedo ser simpática y agradable o gustarle a otra persona. Que eso jamás en la vida pensé en volver a. .. Más bien yo decía totalmente que nunca jamás en la vida le puedo gustar a otra persona que no fuera mi esposo. Él a lo mejor me decía: qué bonito vestido o te ves bien. Pero eso fue lo que y que por una parte me hicieron sentir bien. Descubrí que todavía tengo bus y que a lo mejor todavía puedo llamarle la atención a otra persona. Que mi vida no se ha acabado. Porque antes pensaba que mi vida se había acabado y ahora no. No sé, muchas cosas que he encontrado en mí. Que es eso; la alegría y poder gustarle a otra persona.*

*(Terapia) Porque si me levanta mi autoestima. Bueno mucho.*



*Yo veía... Me veía muy fea, Bueno no quiero decir que estoy bonita... porque no. Pero digo me veía muy fea en el espejo. Veía tristeza. Me veía deforme. Igual no estoy tan bien pero antes me veía... más bien ni me atrevía a verme, o sea...cuerpo completo para nada, que me detallara, que me viera mi cuerpo completo como está. Para nada.*

*Pues no tanto pero... pero si ya me atrevo a hacer las cosa que se necesito. Ya me atreví a hacer un poquito más de cosas que antes. Ya puedo verme algo positivo. Cuando menos me resaltan mis ojos o ya no estoy tan cachetona*

*Pues yo era... no quería estar gorda. No sabía que así se llamaba. Un problema, una enfermedad, no? Y ahora si ya entiendo que es un problema, una enfermedad. Tú me hablabas hace ratito de que si no sufrid de ninguna enfermedad y ahora te puedo decir que si: de obesidad. Este... antes de llegar aquí si me daba pena decir que era obesa. Ahora tampoco lo digo de oreja a oreja, ni me gusta, pero ya es más fácil decir que tengo un problema de obesidad.*

## Sol

*En agitarme demasiado cuando voy caminando, faltarme la respiración, dolerme más mi columna de lo que me duele por el sobrepeso. Pues sí. De sentirme deprimida por verme yo misma ante el espejo la figura que tengo actualmente, me siento mal. Yo misma me veo y me siento... me deprimó al verme. Pues sentirme mal, sentirme enferma, es lo que predomina, de sentirme... como yo luego lo digo, cada día me siento más inutilizada para muchas cosas. Tristeza. De verme....de sentirme impotente para hacer las labores que antes hacía sin sentirme mal. No nada más eso, tristeza. Y pues desilusión ver que cada día... me siento más inutilizada. Me siento más impotente para realizar las labores que antes hacía con facilidad. Generalizado todo mi cuerpo. Porque le digo, verme como me veo y sentirme como me siento de mi cuerpo de que si no es una cosa es la otra. De querer moverme libremente como antes lo hacía y no puedo. Me hace sentirme triste, deprimida.*

Aquí observamos que los entrevistados viven su cuerpo entre una dicotomía entre el amar a su cuerpo y rechazarlo por la condición en la que se encuentran. Dicen los entrevistados que quieren su cuerpo pero que lo descuidan. Al cuerpo obeso se le mira como feo, como deforme, no es aceptado y además se cree que la sociedad rechaza al cuerpo obeso, se cree que no puede ser objeto de deseo de los demás. Además las mismas entrevistadas mencionan que ponen barreras para que los demás no las miren. El cuerpo obeso se vive con vergüenza y con culpa. Se evidencia la imposibilidad de los entrevistados a poder mirar el cuerpo frente a un espejo. El cuerpo obeso no es factible de ser bello. Dicen las entrevistadas que por más que se arreglen o se pongan no se miran bien. Por eso todo el tiempo están buscando las fórmulas secretas para poder adelgazar. Se tocan a si mismas y se comienzan a quitar pedazos.

Se quitan pedazos porque consideran que el cuerpo delgado es el ideal. Desean un cuerpo delgado porque en él se depositan ideas de bienestar y felicidad. Se imaginan delgadas, estables, felices, tranquilas y amadas.

La única excepción es el varón entrevistado que gusta de su aspecto y es capaz de mirarse al espejo.

### →Moda y obesidad

Aquí se analiza la importancia de la moda en las entrevistadas en el sentido de la inclusión social por medio de la moda. Y las repercusiones nivel personal que tiene las entrevistadas al encontrar o no ropa de su talla.

Adri

*Pues cuando si estoy muy... que tengo muchos problemas, si. Pero ahorita he tratado de nivelar aunque tengo yo mis problemas digo no. Por qué. Porque me gusta ya me gusta cómo se me ve la blusa y me da gusto que si ya era talla 36 ya soy talla 34 y ahorita ya como que me mido. Y luego había ropa que me gustaba y no había de mi talla. Entonces dije, no, mejor adelgazo*

Berta

*Me pone de malas porque me invitaban a fiestas y la ropa que tenía yo porque no tenía para compararse una nueva, no me quedaba entonces ya me ponía yo de malas. Digo: -¿bueno y ahora que me pongo? Sobre todo me ha cambiado... me hace ser como más este... como que es cuando me llegan en esos momentos las palabras de mi papá que dice que estás fea. Y si, yo digo: tenía razón porque yo veo... o sea, me veo en el espejo y digo hay... se me salen las llantas por acá y las llantas por allá, ya no me queda la ropa. Si me quiero poner algo se me ve mal.*

Daniel

*Sin dato*

Gaby

*Sin dato.*

Guadalupe

*Pues a mi amiga, a la mamá de Eric. Dice: -¿tú no te sientes a gusto con tu cuerpo?-. Le digo: - pues... que te diré. Igual y si y no porque luego quiero ponerme ropa bonita y me da coraje que no me quede—Ahorita están saliendo unas blusas muy bonitas. Los pantalones ahora son 38 antes eran 36 o 34.*

*Como que me deprimí, porque luego ya no me empezaba a quedar mi ropa de antes. Los pantalones, lo que yo tenía ya no me empezaba a quedar, yo tenía que comprar otra ropa más grande. Entonces yo si me deprimía porque luego yo miraba que él se le quedaba mirando a las delgaditas y yo decía: -¿por qué no estoy yo así .*

Liliana

*Antes me gustaba mucho ir a comprar ropa. Porque me podía poner toda la ropa que yo quisiera y no tenía ningún problema. Veo mi ropa de antes y la ropa que me pongo ahora y digo: no si es*

*mucho. Luego no me queda, me queda grande o luego bajo de peso, luego subo y voy variando mucho. Pues ya me siento mejor. Si porque ya ahorita luego me pongo la ropa y me queda y antes no. Antes me costaba mucho trabajo. Me sentía triste. Porque...siempre lo... bueno es que en realidad te digo que siempre use la ropa holgada casi nunca me gustó ajustada pero luego si había blusitas que me gustaban pero decía: ¡hay! ¿Cómo me voy a poner eso? Y más que nada la ropa era la que me motivaba a estar delgada pero ahorita pues ya como que ahorita no la veo tanto con la ropa sino por mi marido, por mi hijo, por mi salud, más que nada por mi salud.*

*A la mejor usando ropa, bueno siempre me ha gustado ropa floja, nunca me ha gustado la ropa apretada. A lo mejor con eso.*

### María

*Porque para empezar cualquier tipo de ropa que yo quisiera no me quedaba y la que me quedaba viéndome yo no me gustaba como se me veía. Yo sentía que me veía mal aunque fuera una ropa bonita, elegante lo que sea. Y eso como de repente me daba coraje, me daba coraje pero no hacia o no trataba yo de hacer nada por adelgazar. Lo decía yo, ahota si lo voy a hacer pero ahí quedaba. Y ahora que ya lo hice pues se siente uno bien. Al menos no se ve uno tan mal. Y la ropa le queda a uno mejor.*

*Si va cambiando. Pero si en serio me veía yo y me decía: hay no. De cualquier forma que me pusiera o la ropa por más bonita que estuviera como que no. No luce. Se ve uno mal de cualquier forma. Bueno eso es lo que pienso de mí. Yo a las demás personas pues las veo diferentes. Yo pienso por mí.*

### Mar

*Sin dato*

### Mary

*Sin dato*

### Sol

*Sin dato*

La ropa es un buen indicador para los entrevistados ya que les sirve como punto de comparación sobre los pesos que van presentando. Además la ropa algunas veces se convierte en un aliado porque cuando se quiere esconder entonces se recurre a la ropa holgada.

Es indicador importante ya que las participantes viven en este aspecto de la moda una vía de coraje y frustración al no encontrar ropa que esta de moda en sus tallas o bien, aunque haya tallas los sujetos no se visualizan en ese tipo de ropas porque se creen feas. Se cree que el cuerpo obeso no encaja los patrones de moda y belleza de hoy.

## → Obesidad y Familia

La familia es el primer entorno social donde se ponen de manifiesto las creencias acerca del cuerpo. Aquí se revisa como la familia reacciona con respecto al tema. Si el obeso es rechazado o es incluido. Si funge como apoyo o es el primero entorno donde sufre discriminación. Además se revisa si existe un patrón de cuerpo.

Adri

*No había problemas pero después me empezaban a decir: -hay te vez gordita- Mi mamá siempre ha sido de las que: -hija adelgaza para que no estés enferma como yo. Qué no ves mi espejo. Tus primas son más delgaditas- Que esto que lo otro y siempre como que... decía a lo mejor si estoy gordita.*

Berta

*Eso me hace sentir triste a lo mejor. Me hace... como que si... luego yo digo a la mejor el sobrepeso me hace... me ha hecho, porque... bueno a lo mejor me llegan a la mente las palabras de mi esposo que me dice: -es que antes eras ágil, antes no se te olvida nada, antes... ahora ya estás gorda, ahora ya ni rápido vas a hacer las cosas por qué, porque ya te dejaste engordar. Entonces luego yo digo creo que si tiene razón*

*Y todo eso ha contribuido a que si me sienta yo mal porque siempre me estas diciendo: si no fueras esto, si no estuvieras tan gorda pudieras ir a hacer esto o... es que luego le digo que me duele la cabeza, -es que estás bien gorda-, es que me duelen los pies, -también tanto peso que tienes-*

Daniel

*Si, pues que ya me he descuidado mucho, que ya estoy muy gordo. Es lo único que me dicen pero nunca me preguntan más allá. Sino que nada más me dicen eso. A veces de burla.*

Gaby

*Sin dato*

Guadalupe

*Pues si.... Mi mamá cada que voy me dice: -hay hija ya estas más gordita, ¿qué pasa?*

*Luego cuando nos enojamos, me dice que panzona, que parezco globo, y luego los niños empiezan, Marco ya daba por decirme panzona pero le dije: .tú no debes de decirme lo que tu papá me dice porque te voy a pegar\_. Pero nada más es cuando anda enojado porque de cariño me dice chaparrita pero cuando anda enojado me dice vieja panzona, que quién me va a querer, que nada más es él le único.*

*Mi hermana me dice que ya no coma tanto. Ya viste a mi tío. Porque tuve un tío que murió de un infarto, estaba muy gordito, andaba trabajando. Me dice que ya no coma tanto. Le dice mi esposo: - está casi no come- -no come lo que no encuentra*

Laura

*Llegó a haber burla de parte de mi padre. Un poco de mi hermano pero... Pues si afecta mucho porque dices: -¿qué onda?-. Tu familia te debe de apoyar. Y no te está apoyando en esa forma.*

Liliana

*Nada más me dijeron que me cuidara por las enfermedades. Mi mamá siempre me decía que bajara de peso porque somos de familia diabética y muchas veces es hereditaria y más con el sobrepeso.*

María

*No. No me preocupó. Y otra de las cosas que decía. Pues mi marido no me dice nada y las veces que él me decía me las decía como con muchas delicadez como para que yo no me fuera a sentir mal.*

*Me decía: Ya no comas tanto estas muy gordita. Luego cuando yo no quería cenar, porque no es que no quisiera yo cenar para que no fuera a engordar, si no luego yo no quería cenar, me decía: come, si tienes hambre, come. No te sientas así. Hay que no voy a comer porque voy a engordar. Le digo. No si no tengo hambre. El me decía: Bueno. Si es por eso, bueno pero si es porque ya no quieres engordar. Tu no te preocupes. Tú come y ya. Pero nunca me... de esa manera nunca me dijo: hay ya estas gorda. Como que a la vez tenía miedo decirme que estaba yo gordita. Como que me lo decía con cariño para que no me sintiera mal a lo mejor.*

*Mi mamá, mis hermanas, pues la gente que está más cerca de mi me decía. Mis hijas me decían: mamá ya no comas tanto mira estas subiendo más de peso. No es porque estés gorda ni nada si no por tu salud. No vayas a tener algún problema de corazón o cualquier cosa. Pero me lo decían por mi bien. Pero yo no hacía caso.*

Mar

*Pues mucha seguridad. Para mi en mi persona, en mi persona, para mi es muy importante mi apariencia cuando tengo que salir fuera de mis cuatro paredes. Me gusta imponerme y porque me halaga cuando que siempre me dicen que donde me paro me impongo. Mi presencia es de esas personas que tienen el no se qué que se nota y eso me gusta y me da mucha seguridad, me da mucha seguridad. Por eso trato de que cuando salgo, casi siempre trato de salir arreglada. En mi casa ando en la peor facha pero cuando tengo que salir a... Me he llevado la experiencia bonita de ser la mamá bonita, la mamá agradable, la mamá que bien habla y eso lo he perdido un poco ahora que estoy en la tienda pero antes me preocupaba un poquito más por tener un poquito más de cultura o de hablar mejor, de expresarse mejor. Así como que ahora que me encerré en la tienda te vas habituando a la gente que entra en la tienda. Antes si me gustaba mucho eso. O sea, me gusta, hasta la fecha me gusta, De hecho tengo varios conocidos que ya cuando tienen la oportunidad de platicar con migo, de que nos hacemos amigas, me dice: oye es que eres un rollo bien diferente a lo que yo pensé que eras. Porque me vena sí como que la señora que habla fuerte, que sabe lo que dice y que no habla por hablar. Y como a últimos años como que siento que he retrocedido, como de repente como que quisiera ser más chiquita. Yo misma me doy cuenta de hasta mi forma de hablar o lo que antes cuidaba de ser más correcta ahora si como que ya lo dejo más, quisiera yo tener un poquito más de libertad, como que he perdido un poquito de ese toque.*

Mary

*Yo me acuerdo mucho mi abuelita nos daba café y un pan de dulce y entonces... pero nos íbamos a quedar porque mi abuelita estaba solita. Y como mi tío en ese entonces era drogadicto entonces a*

*mi abuelita le daba miedo y nos mandaban a nosotros. Yo me acuerdo que empecé a engordar pues mi mamá me decía, cuando estaba enojada, me decía pues lo único que le tengo que agradecer a tu abuela es que me las haya puesto como marranos. Ella siempre decía eso. Si era yo gordita pero no como una niña gorda desparramada por decirlo. Y eso si me acuerdo que siempre nos decía que mi abuelita nos había puesto como marranos. Y eso es lo que... y ella me ha platicado mucho que cuando nosotros nacimos como estuvimos muy chiquitos que decían que esas porquerías no iban a durar y que no sé qué. Pero más más eso que diga que estoy hecha una marrana.*

Sol

*Sin dato*

Podemos observar los participantes reciben comentarios por parte de sus familiares en dos vertientes: Por un lado existen familiares que les hacen comentarios con respecto a la disminución del peso para cuidar la salud. Estos comentarios provienen principalmente por parte de las madres como en el caso de Adri o Guadalupe.

Por otra parte existen comentarios que no son positivos y llevan por objetivo hacer sentir mal. Desafortunadamente estos comentarios provienen de los esposos de las entrevistadas como en el caso de Guadalupe, Berta y Adri. Por su parte Berta, Laura y Mary vivieron comentarios ofensivos por parte de alguno de los padres. Además se hacen comparaciones entre familiares.

### **3.5.5 Alimentación**

La alimentación resulta de suma importancia para entender la parte orgánica de la obesidad. Además se revisa como la familia es el que construye los hábitos alimenticios. Se revisa los siguientes indicadores: Tipo de alimentación, número de comidas y entre comidas, gusto predominante, dónde y con quién se come, pensamientos y sentimientos mientras se come, tiempo que se dedica a la comida en función si se disfruta o no, significado del acto de comer.

#### **→ Tipo de alimentación**

Interesa conocer el tipo de alimentos que se consume. En este caso saber si es una alimentación balanceada o no.

Adri

*Hay veces que nada más me desayuno un té con un pan. Hay veces que almorzamos como ahora que Javier hizo frijolitos y taquitos. Me comí tres tacos. Ahorita llego a tu pobre casa a comer regularmente es sopa y guisado. A veces me como que un pan, que un café o un té.*

Berta

*Pues comemos el guisado, la sopa o el arroz. Según yo no como la sopa pero a veces me sirvo dos veces guisado y si es algo que me gusta estoy come y come tortillas.*

Daniel

*Pues la comida que se hace en casa. Una torta unos tacos. Carne, verdura no me gusta mucho, arroz, no sé, todo eso.*

Gaby

*En el desayuno tomamos café. No nos gusta el pan ni las galletas. Rara vez es cuando llegamos a comerlas. La leche y almorzamos comida. SI hay guisado o quesadillas. En la comida este ya ahorita tiene que ser agua, n o puedo tomar refresco porque tengo un problema en los dientes y tomo pura agua y mi comida normal que es el puro guisado y no muchas tortillas porque casi no como.*

Guadalupe

*Pues que el spaghetti, ensalada, les gusta mucho a mis hijos que les haga ensalada de lechuga con pescado o pechuga. Porque así la carne o el bistec no les gusta. Una o dos veces por semana la como. Desde que me hicieron el examen de la azúcar, yo reduje el azúcar, hora si que el azúcar que yo como es la que ya taren las cosas porque yo no compro azúcar para tenerla en la casa.*

*Eso si maestra, para que le voy a decir que no. Si siempre que no me tomo mi coca siento que algo me hace falta. Ayer hice agua de jamaica y le pedí a Marco una coquita aunque sea de lata chiquita, él me dice que ya no tome coca y sí, no quiero que se acostumbren.*

Laura

*Pues desayuno lo que es una tasa de leche, una taza grande. Un palto de la comida del día anterior. Mi mamá hace bastante para que sea comida y cena y luego desayuno. Lo que queda- Este... es que ahorita ya no estoy comiendo mucho. Antes tomaba la tasa el plato, eran tres cuatro tortillas, dos panes y uno de dulce. Comida: pues si había fruta, me preparaba un toper de fruta y si no yo ya en la escuela me pedía una torta y una golosina. Cuando llevaba fruta, nada más mi toper de fruta. En la noche llegaba a cenar lo que había hecho mi mamá. Seis siete tortillas y una tasa de leche.*

Liliana

*Lo que me dijeron que no comiera fueron las grasas. Por ejemplo: la barbacoa, los tacos, las carnitas, porque contiene muchas grasa. Lo que me dijeron que comiera más fueron las frutas y verduras. Y que tomara mucha agua, dos litros, pero que tampoco me excediera porque es malo tomar tanto como no tomarla.*

Sol

*Pues a veces, no es común, pero a veces leche, pan, muy esporádicamente la fruta, la carne, tortillas, pasta. Lo que por decir, me prohíbe el médico que no coma, eso es lo que como. Porque una dieta balanceada no la llevo. No soy persona que rechace muy fácilmente la comida. Todo lo apetezco, todo lo cómo.*

María

*En la mañana tomo un vaso de leche. Me como un platito de papaya. O un taco de algo. Y en el transcurso del desayuno para la comida, ah y me tomo uno o dos jitomates diarios. Eso es parte de lo que me recetó el doctor. El vaso de leche, los tres jitomates y los tres litros de agua. Entonces entre el desayuno y la comida tomo agua. En la comida me como a veces tres o hasta cuatro tortillas. Con plato de guisado o a veces es arroz. A veces es sopa o a veces es el puro guisado o no sé. Un bistec empanizado con una ensalada de pepino. Trato de comer más o menos que me haga bien. Que no me engorde, que no sea grasa. Trato de hacerlo así para n volver a caer en lo mismo.*

Mar

*Normalmente casi siempre nada más como el puro guisado. Pues el guisado casi siempre lo acompañamos con frijolitos. Como muy pocas verduras o ensaladas. Ahora si que la verdura que le haya puesto al guisado nada más. Lo que más como son los nopalitos. Son los que me gustan mucho. Puede ser pollo o carne roja. O a veces hasta toda la semana. Yo creo que como unos cinco días*

Mary

*¿Qué desayuno? Pues mira la verdad desayuno lo que caiga. Porque estamos en una oficina que ya nos vende. Como las veces que me ponía a dieta comía fruta y... m comía un peneque. Pero a veces el mismo ambiente hace que tu te metas a... es un círculo vicioso. Las otras a lo mejor no están tan obesas como yo pero si están obesas. TE puedes comer quesadillas y sopes. En la comida llegas, yo lo que por lo regular hacía de comer era pollo. Era más fácil hacer pechugas al vapor porque ni si quiera las hacía fritas o empanizados y a la una lechuga. O lo que me diera tiempo de hacer. Y luego salimos de comer a otro lado.*

Observamos que las dietas de los entrevistados están basadas en el consumo de los carbohidratos como los panes y pasteles. Se consume un gran cantidad de carne de pollo o carne de res. Además siempre existe la presencia de guisados muy condimentados, tacos o quesadillas. También se consumen garnachas debido al tipo de trabajo que tienen las entrevistadas. Existe mucho la presencia del azúcar en forma de refresco. Se consume en pocas cantidades las verduras y las frutas.

#### → Número de comidas

Se revisa cuantas comidas se hace al día de lo que se denomina fuertes, y cuantas entre comidas. Además si se presentan los denominados atracones que son las comidas excesivamente abundantes y en un lapso muy corto de tiempo.

Adri

*Hay Nadine. Hay veces que hago tres, hay veces que hago dos, hay veces que hago una. Porque luego tengo trabajo y se me olvida comer. Ya cuando me acuerdo: -hay no he comido- Ya son las tres y ya me como algo: una fruta o alguna chachara o me espero y ya como en la casa*



Berta

*Porque a veces no como la comida completa pero cada rato estoy come y come. A veces unas cinco o seis. Nada más es estar picando las cosas. Yo misma digo, no, este pan no me lo voy a acabar. Nada más es un pedacito y según yo como un pedacito. Luego empiezo con un chocolate y al rato inconscientemente ya le quité otro pedacito y así hasta que me lo acabé ya cuando me doy cuenta me lo estoy buscando en la bolsa, porque según yo ahí los guardo para que no vean que estoy comiendo, ya cuando veo ya ni siquiera el papel traigo. Ya me lo acabé. Nada más desayuno y como. Ya no ceno.*

Daniel

*A veces uno. Cuando trabajo de lunes a viernes o sábado pues es una. Y el sábado y el domingo pues si son...el domingo pues es desayuno, comida y cena y el sábado pues es comida y cena y entre semana nada más es la comida. Pues es la cena y refresco. Luego me excedo de tortillas o como doble. Todo eso.*

Gaby

*En el desayuno tomamos café. No nos gusta el pan ni las galletas. Rara vez es cuando llegamos a comerlas. La leche y almorzamos comida. SI hay guisado o quesadillas. En la comida este ya ahorita tiene que ser agua, n o puedo tomar refresco porque tengo un problema en los dientes y tomo pura agua y mi comida normal que es el puro guisado y no muchas tortillas porque casi no como.*

Guadalupe

*Desayuno y comida. A mi me gusta comer una vez, pero bien. Luego mi hija compra chucherias yo prefiero una fruta*

Liliana

*Cinco comidas al día*

María

*Pues regularmente ya nada más hago dos. El desayuno y la comida.*

Mar

*Bien, bien. Dos. O sea, que como comida comida, que es la mañana, algo en el almuerzo y comida.*

*Varia mucho porque puede ser a las 9:00, 10:00 de la mañana o puede ser casi a las 11:00, 12:00. Y la hora de la comida es a las 3:30 o 4:00 de la tarde que es cuando llegan los de en la tarde.*

*Ah! Todo el día estoy picando algo.*

*Pues es que yo soy de las que sirvo mucho de comer entonces como y si yo siento un hueco me sirvo más y ya por decir voy a las dos tres cucharadas y me siento llena pero mi mamá nos enseñó a que te lo serviste y te lo comes y ya aunque no lo... ya es lago así de que ni modo me lo serví y ahora me lo como. Como que es algo inconsciente que hago. Aunque yo no quiera hasta que me lo acabe.*

Mary

*Pues dos. Anteriormente si cenaba. Tacos... Pero ahorita más bien lo que trato de cenar es fruta. Pero antes si comía... más bien yo creo que la cena fue la que siempre me engordó. Porque a veces a lo mejor no desayunaba nutritivamente, no comía nutritivamente pero si cenaba bastante. Pero ya después dejé de cenar porque ya no podía dormir.*

*¿Qué desayuno? Pues mira la verdad desayuno lo que caiga. Porque estamos en una oficina que ya nos vende. Como las veces que me ponía a dieta comía fruta y... m comía un peneque. Pero a veces el mismo ambiente hace que tu te metas a... es un círculo vicioso. Las otras a lo mejor no están tan obesas como yo pero si están obesas. Te puedes comer quesadillas y sopes. En la comida llegas, yo lo que por lo regular hacía de comer era pollo. Era más fácil hacer pechugas al vapor porque ni si quiera las hacía fritas o empanizados y a la una lechuga. O lo que me diera tiempo de hacer. Y luego salimos de comer a otro lado.*

Sol

*¿Cuántas hago? Pues mire. Hay días en las que nada más hago una sola comida al día porque a veces no desayuno, por decir, los días que llego a salir a la calle me voy sin desayunar y a veces llego a las cuatro o cinco de la tarde y es a esa hora cuando vengo a comer. Como llego, como y como en exceso. Y a veces, al rato vuelvo a comer, a merendar o a cenar. Eso es lo que pienso que me hace engordar. Porque por decir, varias horas, me las paso sin alimento , cuando llego a casa como en demasía y horas vuelvo a comer. Entonces no se compensa mi organismo.*

Observamos que los entrevistados en realidad solo hacen dos comidas fuertes al día. Llamamos fuertes a las que incluyen generalmente una sopa, arroz y guisado. Lo que reconocen los sujetos es que generalmente en estos tiempos se sirven doble o más o bien consume una gran cantidad de tortillas. Además se observa que todos ellos presentan un indeterminado número de entre comidas en los que comen alimentos relacionados con el gusto predominante. También evitan cenar con el objetivo de ya no engordar. Solo observamos una alimentación balanceada en el caso de Liliana quién actualmente se encuentra en un programa alimenticio para bajar de peso.

#### →Gusto predominante

Interesa saber cuál sabor predomina: salado, dulce, agrio, amargo, picante. Sobre todo cuando se presentan las llamadas entre comidas.

Adri

*Pues la comida pero o sea si por decir me como cinco tortillas, me como diez cuando estoy así o doble guisado. Trato de estar según yo ocupada pero..*

*Que los taquitos, que la hamburguesa, que el pastel, que los panes. Las verduras me fascinan. Mis palomitas, algo. Las galletas que, luego yo digo: no he tomado mucho agua. Me voy a tomar un jugo.*

*Y así empiezo. Luego destapo un jugo, destapo unas galletas, una paleta, un dulce, un chicle. Antes no me gustaba el chicle y ahora siento que tengo que estar todo el día con el chicle según para quitarme el hambre y cuál, mentira es para estar a cada rato con el chicle.*

Berta

*Me entra por empezar a comer, dulce, lo que sea. Ahorita que tenemos la dulcería, pues dulce. Todo el día traigo el chicle.*

Gaby

*Lo que pasa es que a mi desde muy chiquita me gustan los dulces, los chicharrones. Entonces yo chiquita mi mamá no nos daba dinero para gastar porque no nos dejaba salir a la calle. Entonces pues así de los veinte o de los diez centavos iba y compraba y yo desde chiquita vi la manera de comer dulces porque me gustaban mucho. Incluso ahora de grande, últimamente si los he dejado un poco, pero antes si comía yo muchísimos dulces. Ahorita los dulces trato de no verlos para no tener la tentación.*

Daniel

*Picante. En lagunas ocasiones, casi con la comida cuando lo consumo más. Cuando son verduras o fruta picada casi no. Si no que más es en la comida.*

Guadalupe

*Los cacahuates salados me gustan mucho pero los dulces o las paletas, no.*

María

*Pues lo que más se me antojaba eran que las papas fritas, que los tacos, las...*

Liliana

*El picante. Lo salado y lo dulce no. También las combinaciones de la comida. Por ejemplo dulce o por ejemplo me gusta luego echarle a las pechugas jugo de naranja y así las combinaciones. Pero nada más con la comida. Que no me quede salada y tampoco dulces. Pero más, más el picante.*

Mar

*Porque ya nada más era como una mañita que ya tenía yo de estar comiendo hartas cosas.*

*Pues lo que encuentre casi siempre es pan. Me fascinan mis chocorroles. De repente como que tengo manías. Como que tengo mi semana en que son mis chocorroles con mi coca. La coca me fascina. Esa si diario tengo que tomar. O unas galletas. Tengo mis etapas de mi semana en que agarré puros chocorroles, mi semana en que de repente el gansito o unas galletas o un pan de bimbo. Como que tengo una semana para o más tiempo, no sé.*

Mary

*Los tacos, las papas, etc. Ahora mejor como fruta.*

Observamos que el sabor predominante a la hora de tarar de saciar su ansiedad es el dulce por ejemplo de galletas, chicles, dulces, panes, pastelitos. O bien se inclinan por alimentos

grasos como es el caso de Mary o Adri. En el caso de Daniel y Liliana el sabor predominante es el picante.

### → **Pensamientos y sentimientos durante la ingesta**

Las personas presentan diversos sentimientos a la hora de comer. Interesas saber que tipo de sensaciones se experimentan antes de comer, durante la ingesta y posterior a que esta se realizó.

Adri

*No pues pensando cómo le voy a hacer para pagar o para resolver el problema.*

Berta

*Pues que así distraigo según a mi mente para que no esté yo preocupada.*

*Hay algún pensamiento que se presente cuando está comiendo?*

*No nada más es comer y comer*

Daniel

*Antes si. Ahora ya no. pues que si mi mamá ya había comido o que ...si ya habrá comido.*

Gaby

*Ver la televisión*

Guadalupe

*Viendo la tele, estoy comiendo y viendo televisión. Es la hora en que me siento a descansar.*

Liliana

*¿Le va a gustar a mi marido lo que preparé?*

*Antes Luego me venía un sentimiento de culpa. Decía: -no, yo sé que las entre comidas son malas pero decía: bueno ya lo hice, ya ni modo. No voy a ser de las que van al baño.*

María

*Siempre estoy pensando en algo. En los problemas, en ocasiones pienso en puras tonterías, en lo que pueda pasar. Pero siempre tengo mi mente ocupada. Cuando estoy viendo la tele. Incluso cuando estoy platicando con alguien yo ya me estoy imaginando cosas que me pasan por la cabeza. Estoy poniendo atención pero también... muchas veces me dicen, mis hijas ya me han cachado muchas veces así. Y como que nos e me quita esas costumbre de estar platicando, comiendo o haciendo algo: y que dijo. No. No sé. ¿entonces que estás viendo? No es que estaba pensando yo en otras cosas. Y siempre siempre tengo la mente ocupada.*

*Pues ahorita en mis problemas. Les vueltas. Como por ejemplo pensé mucho cuando yo vi a mi marido. Me lo imagino mucho cómo lo vi. A él y a esa señora. O por ejemplo luego se me viene a la cabeza, cuando falleció mi yerno: cómo me dijeron la noticia, que cara puse yo, que cara hicieron los demás. Todo eso me lo imagino. Pero yo siempre, ya me di cuenta, y que bueno que me lo pregunta porque y me di cuenta que siempre pienso en cosas tristes que me afectan y no sé por qué.*

*No sigo pensando. Incluso por ejemplo luego a veces se me viene a la mente todo lo que me ha dicho mi marido. En ocasiones yo solita me digo ya no voy a pensar en eso voy a pensar en otra cosa. Pero luego como que se me pone en blanco la mente y vuelvo otra vez a lo mismo. No sé por qué. Pero casi siempre me doy de que son cosas tristes, que duelen, que lastiman. Siempre me acuerdo.*

Mar

*Normalmente estoy platicando con mis hijos de lo que hicieron en la escuela, o de lo que sucedió en casa o cualquier cosa que hay sucedido con el vecino estoy platicándoles.*

Mary

*Anteriormente sí. En que cuánto me iban a engordar. Pero yo veía otras veces y yo la verdad yo no siento que sea pues así de malteadas, de prepararme esto, de prepararme que flanes. Como yo luego veo en la tele que han pasado casos de las gorditas que se atragantan. Y eso sí yo no. Pero finalmente yo me sentía mal. Aunque comiera lo que comiera yo me sentía culpable de lo que comía. Ahora si ya no a pesar de que le he bajado un poco, ya no me siento tan culpable. Antes si, era una cosa que...*

*Pues nada más lloraba y me decía: ¿por qué comí? Y decía: -bueno ya ahora si ya mañana prometo...- y el mañana nunca llegaba. A pesar de que me sometía a dieta y muchas cosas, si bajaba pero lo recuperaba y...*

Sol

*Pues me siento mal, por qué hice esto, por qué comí, por qué... me siento culpable de porque comí estando satisfecha, si estaba satisfecha no tenía ninguna necesidad de tener apetito, por qué volvía a comer, por qué volví a probar alimentos. Me siento culpable.*

En el caso de Adri, Berta María los pensamientos que predomina es en cómo se pueden resolver los problemas que se tienen. En el caso de María imagina las cosas que le pueden pasar a ella o su familia. Los demás participantes viven un sentimiento de culpa por no poder controlarse. Como el caso de Mary quien mientras come piensa en cuánto le va engordar lo que se está comiendo. O bien como el caso de Gaby que mira la tele cuando come. Finalmente todos los entrevistados viven en la mente y no se enfocan en lo que están realizando, en el acto de comer.

**→Dónde y con quien se come**

Se revisa si se come solo o con los hijos, como intervine la familia a la hora de comer, dónde se come para conocer la higiene y dedicación de los alimentos, quién los prepara.

Adri

*En la casa. O hay veces que cuando tengo mucho trabajo, que es Diciembre y eso, comemos acá. Luego sola o luego con mis hijos.*

Berta

*Aquí en la casa. A veces con mi esposo o a veces yo solita. A veces cuando estoy haciendo la comida aprovecho para estar comiendo ya para cuando termino de hacer la comida ya no como porque ya estuve comiendo. Cómo como rápido me gusta estar yo sola.*

Daniel

*En la casa o el trabajo. En el trabajo con mis compañeros de trabajo y en la casa con mi esposa.*

Gaby

*En casa. Con mi mamá*

Guadalupe

*En la casa. Con mis hijos*

Laura

*Generalmente con mi familia cuando estamos en la casa y en el trabajo con mi compañera.*

Liliana

*Aquí. Con mi marido y mi hijo.*

María

*Como en mi casa con mis hijos. Cuando estoy sola ni como. No me da hambre. Necesito estar acompañada de alguien para comer.*

Mar

*En la casa. Con mis hijos*

Mary

*Generalmente como en una cocina*

Sol

*A veces con mi hija. Si no llega a ir a la escuela con mi hija. Sino regularmente, regularmente estoy comiendo sola.*

## →Tiempo dedicado a la comida

Interesa saber el tiempo que dedica a las comidas y saber si está relacionado con el disfrute de los alimentos.

Adri

*Quince minutos veinte minutos. Lo que pasa que aquí con el negocio te tienes que acostumbrar a comer o rápido o una mordida.*

Berta

*En primera porque casi siempre hemos tenido negocios y siempre han sido de comer rápido y si no le comes rápido ya no terminaste porque ya te habla la persona o ya mis hijos están timbrando. Que me baje yo o que ya llegó alguien. Entonces siempre ha sido lo mío, comer rápido, rápido. Hay veces que en diez minutos ya terminé de comer lo que hay y ya.*

Daniel

*En el trabajo es una hora que si a caso son diez, quince minutos que como y ya. Y en la casa como veinte minutos. A veces sí. A veces sí disfruto mucho comer. Que por lo regular es en la tarde o cuando nada más hago una comida. Cuando llego y ya está la comida la disfruto mucho.*

Gaby

*Pues más o menos como una hora. Si disfruta.*

Guadalupe

*40 minutos o una hora. Saboreo mi comida, me gusta saborearla.*

Liliana

*A veces 40 minutos o 30 minutos. Como muy lento.*

María

*Híjole.. pues realmente bien poquito. No sé, veinte minutos. Porque yo como rápido. Como en cinco minutos. Pero luego que por estar platicando y todo eso. Pero yo de mi comida en cinco minutos ya terminé. (saborea la comida) Según yo sí.*

Mar

*Rápido. 15 minutos. Porque como en la tienda se te va dando pero como rápido no mastico mucho la comida, atraganto mucho casi siempre.,*

*Muy pocas veces. Ya es un hábito. Me crié en la tienda cuando era de mi papá. Ahí o comes rápido o se te enfría la comida. Entonces como que me enseñé a tragar rápido. No mastico casi las cosas y mis bocados son muy grandes.*

*No. Como rápido. Lo que sea, rápido. Me desespera comer las cosas lento*

## Mary

*Soy muy rápida para comer. Máximo 30 minutos. Mastico rápido. Si. Casi casi me lo paso entero. Yo antes comía despacito y todo. Pero resulta que mi esposo come muy rápido y yo me acostumbre a su forma de él. Por qué. Porque él cuando terminaba yo estaba a la mitad. Entonces por las prisas me hizo comer rápido. Entonces ahora ya no puede hacerlo más despacio.*

## Sol

*Pues no he visto. No tengo definido el tiempo que me tardo en comer el alimento. Puede será media hora o tres cuartos de hora. Porque me gusta prácticamente comer lento. No soy de las personas que comen rápido. Sino que como siempre despacio. Como que me gusta comer lento, cualquier alimento, cualquier cosa la como lento.*

La característica general de las entrevistadas es que comen muy rápido debido a las actividades laborales o bien porque así se han acostumbrado hacerlo. Al comer rápido sus alimentos no los disfrutaban, se vuelve un acto mecánico.



## **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

La obesidad se ha incrementado en el ámbito mundial y constituye un problema de salud grave aún en las mismas naciones donde existen problemas de desnutrición según la Organización Mundial de Salud. Esta institución afirmó que 1.200 millones de personas en todo el mundo tienen problemas de sobrepeso y obesidad, que es aproximadamente el mismo número de personas que sufren de desnutrición. Además menciona que la obesidad es la segunda causa de muerte prevenible en el mundo, después del tabaco.

Los estudios epidemiológicos muestran que el 55% de la población adulta, presenta sobrepeso y el 22% es obesa. En las últimas 2 décadas, la obesidad tuvo un incremento de más del 30% en México. De acuerdo con estadísticas realizadas por Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en 2006 el 62 por ciento de los hombres de 20 a 59 años padecían sobrepeso u obesidad, mientras que en las mujeres del mismo rango de edad representaba casi el 70 por ciento. México ocupa el segundo lugar mundial en sobrepeso y obesidad, sólo después de Estados Unidos. Más de 40 millones de mexicanos son obesos. Los niños mexicanos también ya son estadística. Cuatro de cada 10 tienen sobrepeso e inicia desde los primeros meses de vida.

De estos datos se deriva la importancia del abordaje de este padecimiento. Con los resultados obtenidos queda de manifiesto que una enfermedad, en este caso la obesidad no sólo se debe concretar a la revisión de estadísticas ya que la obesidad no sólo es una consecuencia de la falta de ejercicio y la mala alimentación sino que es un proceso de construcción donde intervienen distintos aspectos en las personas: el biológico, el psicológico, el emocional, el familiar, el social y el cultural. Así el cuerpo es un mapa donde se concretizan y entrecruzan estos tres aspectos: el social, el familiar y el individual.

Comenzaremos por analizar las condiciones familiares de los entrevistados. Todas las familias de los entrevistados comenzaron por ser nucleares ya que el padre en un primer momento estuvo presente sin embargo la constante en todas las familias es que éste se ausentó por dos situaciones principales. En el primer caso el padre se ausenta debido a su

fallecimiento. En el segundo caso el padre se encuentra físicamente dentro del núcleo familiar sin embargo las entrevistadas vivieron una ausencia ya que el padre no se hacía presente en su educación ni tampoco se hacía notar por medio de la manifestación del afecto. Así encontramos que en diez casos la encargada de la educación fue la madre.

En este sentido debemos destacar que son muchos los niños que pasan los primeros e importantes años sin el amor y el apoyo que necesitan. Este amor de los primeros años ayuda a conseguir la satisfacción interior y a la capacidad de funcionar con éxito y amorosamente frente al mundo exterior\*. De esta manera se entiende que la ausencia de uno u otro padre tiene relevancia para la construcción del sujeto.

Aunado a esto encontramos que la mayoría de las familias consta de más de seis integrantes y que el entrevistado ocupa el último lugar o uno de los últimos lugares. Esto es relevante porque se encontró que la mayor parte del tiempo los entrevistados lo pasaron solos en casa debido a que sus hermanos mayores ya habían salido del hogar. Si agregamos la ausencia del padre en los casos en los que falleció y que la madre tuvo que salir a trabajar entonces se hace evidente que estas dos circunstancias permearon el sentir de los entrevistados. Encontramos que los entrevistados a lo largo de la vida han presentado una constante tristeza, una de las razones es que no encontraran en la infancia alguien a quien apearse por lo que se sentían solos y experimentaban esa carencia de afecto. Además esto se vio reforzado porque las familias tendían a aislarse y no convivir con las familias extensas.

Cabe resaltar que solo dos de los entrevistados manifestó una inconformidad por esta situación. Están inconformes porque para ellos es evidente que el padre hizo falta para que él mostrara el camino, la guía en lo cotidiano y los protegiera. Los demás participantes sin embargo sí manifestaban una inconformidad pero a partir del descontento que tienen con la relación que tuvieron con la madre en el sentido de que la madre no permitió que el padre tuviera acceso a la relación familiar. O bien porque el padre no mostró interés por ellos. Las madres han actuado casi en todos los casos como cabezas de familia ya que ellas

---

\* Hass, E. (2003) La salud y las estaciones. Madrid: Editorial Edad S.A.

organizaban, decidían, distribuían y controlaban lo que pasaba al interior del núcleo familiar. En este sentido el padre sólo fungió como el proveedor de la casa y se mantuvo a distancia. Habría que agregar que en dos casos sucedió el divorcio de los padres por la mala relación. De cualquier manera la ausencia del padre existió ya que al salir de casa el padre se desentendió por completo de la crianza y educación del hijo.

Para llegar a esta tierra todos hemos necesitado de un padre y de una madre. Los hombres, las mujeres y los niños precisaron siempre de esa mágica combinación para el crecimiento, seguridad y salud física, mental y emocional: El amor, nutrición y amor consuelo que se ha asociado con las madres y la guía, y estabilidad y cuidado relacionado con los padres. No son papeles fijos sin embargo están cambiando continuamente y varían con los individuos. También los hombres como las mujeres son capaces de satisfacer las necesidades de los hijos. Así función paterna se ha entendido en dos sentidos. Por un lado se entiende que la madre es la que debe proveer el amor y la confianza al hijo, es quien debe de nutrir al interior. Del otro lado se encuentra el padre quien debe proveer las condiciones materiales necesarias pero además es el que por un lado debe establecer las reglas de comportamiento y por el otro lado facilita la confianza y la seguridad para salir al mundo fuera del hogar. En el caso de los entrevistados la madre tuvo que cumplir todas las funciones debido a la ausencia del padre. Esta situación se reflejó en el tipo de educación de los entrevistados.

En este sentido se encontró que el tipo de educación al interior de estas familias era rígida. Las reglas eran específicas, rígidas, exigentes e inapelables. Las entrevistadas desde pequeñas como es razonable tenían tareas asignadas sin embargo las madres exageraban en la revisión de su cumplimiento. Si las reglas no eran cumplidas entonces las madres aplicaban reprimendas, castigos o maltratos psicológicos o físicos. Esta situación provoca que se sintiera siempre miedo y que existiera la preocupación constante por cumplir con las expectativas. Además de ello no estaba permitido expresar el sentir o el pensar, ni el desagrado por las reglas porque implicaba una desobediencia así es que el aprendizaje fue que se debía permanecer callado para no ser lastimado y para ser un niño bueno y por ende ser sujeto de reconocimiento y amor. Así el miedo es una constante: miedo a fallar, miedo al maltrato, miedo a perder el cariño.

Estas madres tuvieron y mantienen altas exigencias hacia los hijos y específicamente sobre los entrevistados. Esto se ve reforzado porque al cuestionar a los entrevistados sobre las expectativas que tuvieron hacia ellos reconocen no haber podido alcanzarlas ya que esperaban más de ellos y esto les produce culpa y frustración. Hasta la fecha los entrevistados siguen siendo muy apegados a sus madres. Y de hecho han llegado a tener conflictos con otros hermanos cuando éstos pelean con la madre.

A pesar de este deseo por mantenerse cerca de la madre los entrevistados experimentan diversos sentimientos con respecto a la madre. La ven como una persona castigadora, insensible. Se vive una dualidad de emociones por un lado el miedo y por el otro un coraje y resentimiento y a veces hasta odio porque no hubo la demostración de afecto y se vivió una carencia de efecto, una ausencia emocional. Solo en tres casos la relación con la madre fue buena. En estos casos el padre fue la persona intransigente o la autoritaria. El sentir general es que no hay un aliado dentro de la familia a quien acogerse con quien sentirse resguardado. En algunos casos a la ausencia de la madre el entrevistado encontró un buen recurso. Debido a la diferencia de edades entre los hermanos de las entrevistadas buscaran apegarse a la hermana mayor que fungió como una madre protectora y amorosa. De ella obtenían atención, validación y afecto. De hecho así lo mencionan: “era como una mamá”. Sin embargo esta situación no duró mucho tiempo porque precisamente estas hermanas al ser las mayores salían de casa porque se casaban.

Las exigencias que la madre imponía en la realización de las tareas era muy alta y hasta la fecha se sigue reproduciendo ya que los entrevistados hasta la fecha son muy exigentes con lo que hacen y nos les gusta que alguien más los auxilie o que lo hagan por ellos. Se han vuelto exigentes en su vida actual. Curiosamente cuando alguien más lo hace no reclaman ni objetan sólo se concretan a rehacerlo para que quede como a ellos les gusta. Exigentes sobre todo con los hijos porque la relación con el esposo en todos los casos está desequilibrada.

Las entrevistadas han adoptado en la actualidad un supuesto papel de personas fuertes, de apoyo por lo menos en un primer momento así se definen en carácter. Sin embargo esa

fortaleza la han entendido como la personas que puede hacer todo, la que puede resolver todo, al exterior de ellas, básicamente resolverle la vida a los demás dejando una vez más su deseos, anhelos, expectativas y sentir a un lado. Y sobre todo entienden esa fortaleza como la capacidad que tienen para mantenerse callados los problemas, para no decirlos y para que los demás no se den cuenta. Reconocen esta parte porque después dicen sentirse débiles. Esto se evidencia porque son muy exigentes por ejemplo con los hijos pero no pueden enfrentar el carácter de sus esposos. Pasa lo mismo que con mamá. Ahora ellas pueden manipular a los más débiles pero no pueden enfrentarse a la autoridad llámese esposo o llamase sociedad. En tres casos podemos ver que las personas se muestran a la defensiva con la gente, con la sociedad. Sin embargo su incapacidad de enfrentar a la madre queda en evidencia. Reconocen que esta es solo una careta que se ponen para no ser lastimados, para que los demás no sepan cuán débiles son.

Así al ser más honestos con ellos mismos, los entrevistados reconocen que son personas débiles y que la supuesta fortaleza es solo una careta para no seguir siendo lastimados. Se describen como nobles, dóciles, tontos, hilachos, dependientes. No han sabido enfrentarse a lo que la vida les presenta. Las demás personas a lo largo de su historia iniciando por la madre han decidido por ellos. Ya sea porque fue una madre dominante, ya sea porque fue una madre sobreprotectora. El hecho es que viven un miedo constante cuando se tiene que tomar una decisión. Miedo a equivocarse o miedo a ser reprendidos como antes. Han dejado que las decisiones queden en manos de los esposos y a veces en manos de los hijos. Probablemente el único rincón donde ya nadie puede mandar es en la forma de comer, en lo que se hace con el cuerpo.

En este sentido las entrevistadas mantienen hasta la fecha una mala relación con el que ahora representa la autoridad: el esposo. En algunos casos la situación actual con el marido les recuerda lo vivido con la madre ya que ahora también hay maltrato y vejaciones. En sólo un caso ha habido maltratos físicos pero es una constante que en todos el esposo sigue tomando las decisiones, es intransigente, no toma opinión y siempre aplica un maltrato psicológico. Esto se evidencia por ejemplo con los apodosos o sobrenombres que los mismos esposos les ponen a las entrevistadas por la obesidad que presentan. Esta situación sigue

manteniendo a las entrevistadas en constante depresión pero también viven una emoción muy fuerte que es la de enojo. Viven mucha frustración y resentimiento porque siguen sin poder expresarse, no discuten y no replican. Viven en constante temor de que la historia familiar se repita.

Esta situación la trasladan al ámbito social. Se viven en constante preocupación por lo que los demás opinen de ellas. Sólo dos de las entrevistadas se describen como personas sociables y a las que les gusta tener amigos. Los demás entrevistados son personas más bien solitarias y no tienen facilidad para entablar amistades. Esto se ve reforzado con la condición corporal ya que el ser obeso tiene una fuerte carga negativa. No se encaja en el estándar social. Si a esto le agregamos que desde pequeño no se ha sentido adecuado porque nunca se cumplió con la exigencia de mamá entonces existe una fuerte imposibilidad por socializar.

Se observa una diferencia entre los entrevistados que son obesos desde pequeños y los que se han hecho obesos a partir del embarazo. Tienen una carga más fuerte los que lo han sido desde pequeños. Estos entrevistados se han vivido en un maltrato constante por parte de la sociedad. Han sido rechazados por los pares y aún por la gente adulta. La escuela ha sido un lugar de verdadera pesadilla porque los demás niños han sido crueles y discriminatorios con ellos. Este hecho ha llevado a estos entrevistados a vivir en constante tristeza porque nunca se han sentido aceptados, esto baja la autoestima de una manera devastadora. Los ha hecho sentir sin valía. Dicha situación los ha llevado a convertirse en esas personas solitarias. Pero también les ha generado resentimiento porque una vez más no han sido aceptados. Algunos reaccionan a la defensiva pero sólo para no ser lastimados. La sociedad ha puesto un gran estigma sobre la obesidad. En el mejor de los casos cuando se encuentra a algún amigo se hace a costa de dejar a un lado lo que se desea. Esto también ocurre con la elección de pareja. En el mejor de los casos se ha optado por esperar a ser elegidas por algún varón y por el temor a no perderlo se han adaptado a las exigencias que este le impone. Este idea se refuerza porque la mayoría de las entrevistadas que son casadas se quedaron con el primer novio que tuvieron. Esta situación se ve reforzada por la creencia mexicana de que se debe ser recatada y no tener diversas parejas. Las entrevistadas se

juntaron o casaron con su pareja por que se embarazaron y no por un deseo verdadero de estar con ellos. En el caso de las entrevistadas que no están casadas (2 casos) han tenido relaciones pero se sufren porque no se recibe la atención esperada o se permite la manipulación con tal de estar con alguien.

Cuando se es obeso desde pequeño se viven el cuerpo de una manera diferente. Se vive en una constante sensación de inadaptación. En los casos en los que las entrevistadas fueron subiendo a partir de sus embarazos el caso no es tan diferente en el sentido de las emociones que se van desarrollando. Al tener el peso de más se viven el miedo a no ser aceptadas por el esposo. Y existe una tristeza porque el cuerpo que hubo ya no está. Sin embargo se acepta que fue gracias al descuido corporal que el cuerpo se transformó.

Sin embargo el cuerpo obeso haya sido así desde pequeño o no, se ha convertido en el depósito del sentir, del pensar, de las emociones del sujeto. El cuerpo obeso se esconde. Se esconde de las miradas de los demás porque se vive como feo y deforme. Esto se refuerza porque la mayoría de las entrevistadas recurre a cierta ropa para ocultar la longita. Sin embargo también se sufre una frustración porque en el mercado hay muchas ofertas para vestir a la moda y el cuerpo obeso no puede acceder a ellas. Una vez más se excluye. Esto permite sentir rechazo por el cuerpo pero además se viven en constante anhelo de ser algo que no se es.

Así se considera al cuerpo obeso en la sociedad: como algo feo, deforme e indeseable, como un objeto de vergüenza. Así se lo apropian los obesos. Esto se evidencia con los apodos que reciben los entrevistados: marrana, gorda, vieja panzona, globo, no eres igual, te ves tan fea como...De esta manera las entrevistadas viven en constante conflicto con su cuerpo. Dicen quererlo pero reconocen que hay un descuido. Consideran que la delgadez es el mejor estado, el ser delgados asegura la felicidad. El cuerpo obeso nunca puede considerarse bello y por más que se le pongan aditamentos no puede acceder a este estatus que el mercado ha impuesto y que la sociedad ha aceptado como verdadero.

Pero además el cuerpo obeso esconde al sujeto que habita en el interior. En el cuerpo se concretiza el miedo al contacto y a la demostración de afecto. El cuerpo es malo y si es obeso es aún más indeseable. Las entrevistadas tienen rechazo al contacto corporal y más aún si se trata de un varón. Se recuerda la idea de que el cuerpo debe ser estético, debe ser delgado para ser deseado. El cuerpo obeso da vergüenza.

Esta situación de rechazo se vive desde la infancia. Aún en las familias se vive cierto rechazo y discriminación. La madre es la que enseña a comer. En la entrevistadas que son obesas desde pequeñas la madre les ha mandando el mensaje de que ser obeso no es bueno ni es deseable. De hecho algunas de las entrevistadas reciben comentarios negativos en relación con el peso. Cuando eran pequeñas eran comparadas con las primas. Y aún en la edad adulta las madres recuerdan que a un cuerpo obeso nadie lo quiere y que la relación con el marido peligra por este hecho.

Por esta razón las entrevistadas se aíslan y no tienen amigos. Por el miedo a ser juzgadas. Anhelan un lugar donde pueden ser ellas mismas y donde pueden mostrarse tal y como son. De aquí se destaca un punto importante. Se ha aprendido que ser como se es no es suficiente, siempre hay una exigencia que no se puede cumplir. No se es suficiente. Así es que se puede poner de por medio la gordura. Así se tiene el pretexto ideal para no ser lastimado. Y a su vez sirve como reforzador para recordarse que nunca se va a ser lo suficientemente bueno como para merecer, para pedir. Entonces se vive en interminable círculo de sufrimiento. Pero al final se está cómodo en esa zona.

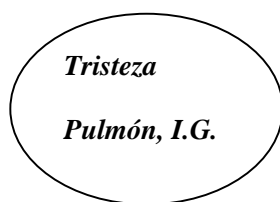
Encontramos también otra constante que refuerza esta condición de gordura. Las participantes han encontrado que la comida es un medio para sentirse dueñas de sí mismas. La gente y en especial los esposos imponen una condición así es que el cuerpo es el medio de expresión de la rebeldía. Cuando las entrevistadas reciben comentarios negativos u ofensivos por parte de los esposos lo que hacen es subir más de peso para manifestar de esa manera su rebeldía. Para tratar de converse así mismas que el poder lo tienen ellas sobre su cuerpo. El cuerpo es el lugar dónde se manifiesta este descontento. Se recurre a la comida porque es el único permiso que se dan las participantes para perder el control o para tenerlo.



## **El padecimiento**

El padecimiento se comienza a manifestar de la siguiente manera. Encontramos que hay dos emociones predominantes a lo largo de la vida. Encontramos en primer lugar a la tristeza. Los participantes que son obesos desde pequeños manifiestan haber crecido en soledad y tristeza por las condiciones familiares y por la ausencia del padre. A lo largo de la vida han vivido en constante melancolía y todas las entrevistadas excepto el varón dicen estar en constante depresión. Esto se ve reforzado porque todas las participantes reportan haber sufrido constantes gripas muy prolongadas y tos desde la infancia. Cabe resaltar que para ellos esto es como algo normal. Para la sociedad en general la enfermedad se va haciendo algo normal. Otro aspecto que se encontró es que en tres casos hubo estreñimiento y en uno de ellos ya se presentó la colitis. Todos estos padecimientos son manifestación del desequilibrio del pulmón.

Una de las características de los entrevistados es que no son sociables y les cuesta trabajo comunicar sus pensamientos y sentimientos. El elemento metal tiene como función crear estructura y comunicación. Se manifiesta en el trabajo interior y en la actividad de la mente, en el desarrollo de las ideas, la escritura y el habla\* El intestino grueso nos hace saber cuándo seguimos el camino correcto de la vida. La capacidad de elegir lo que se necesita, de extraer lo que se debe utilizar y eliminar los desperdicios es de gran importancia para generar evolución y cambio.



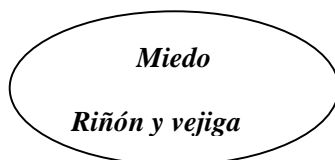
La segunda emoción dominante a lo largo de la vida ha sido el miedo. Esta emoción se genera a partir del trato que la madre les daba cuando pequeños. Además se vive miedo a perder el afecto. Debido a las exigencias que no se cumplen siempre existe ese constante miedo a perder el afecto. En la medicina tradicional china los riñones se consideran la sede

---

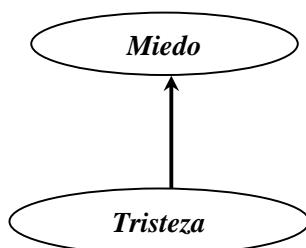
\* Hass, E. (2003) *La salud y las estaciones*. Madrid: Editorial Edad S.A.

de la voluntad. Se considera que la fuerza de voluntad procede de los riñones, que genera la ambición, el deseo de hacer algo en la vida. La falta de esta voluntad puede mostrar un desequilibrio en los riñones. El vivir en constante miedo dañara a los órganos y por supuesto la persona tenderá a ser indecisa e incapaz de enfrentarse a los problemas. Todos los entrevistados son inseguros y les cuesta tomar las decisiones y su principal característica de carácter es la debilidad y la falta de toma de decisiones. Esperan a que los demás indiquen el camino. Además los riñones gobiernan sobre los órganos genitales. Las participantes sufren de infecciones vaginales y algunas de ellas han padecido quistes en los ovarios. Además la infertilidad está asociada como en dos de las entrevistadas. Otro aspecto es que se tienen problemas para dormir o bien no se descansa en el periodo de sueño que es otra manifestación del desequilibrio de riñón.

Por otra parte los entrevistados han vivido una falta de demostración de afecto. Las familias eran rígidas y secas. Hay una imposibilidad de manifestar amor. El miedo es capaz de apagar la expresión del amor.



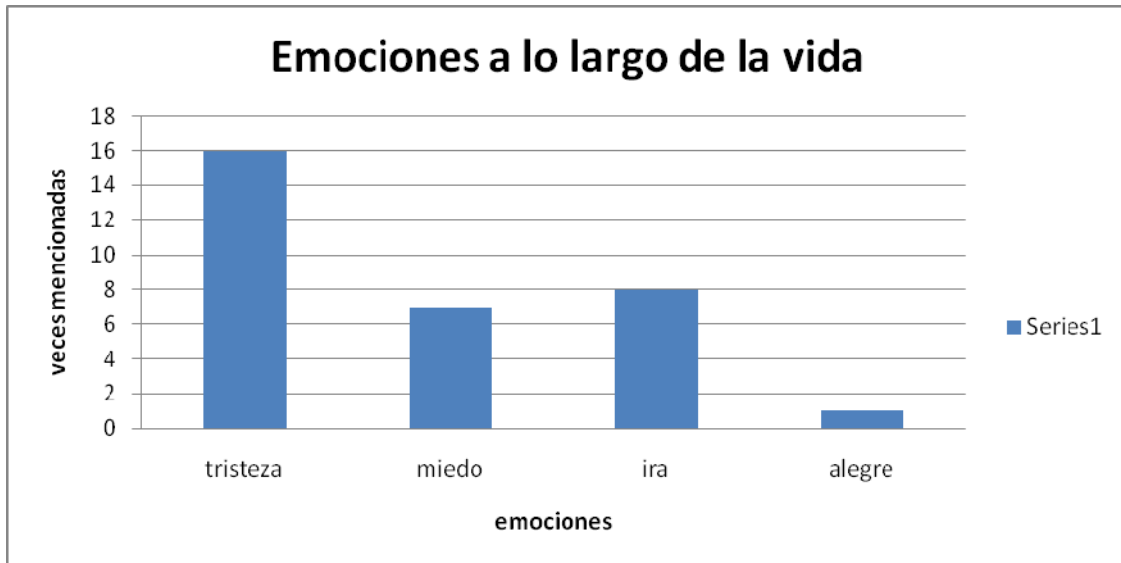
Así encontramos que en la relación de generación el metal crea al agua. En el caso de padecimiento el metal se desborda y ejerce un dominio sobre el agua.



La tercera emoción dominante es la de enojo ya sea con la madre por los tratos recibidos o bien con el esposo dominante o bien porque no se puede alcanzar un ideal impuesto ya sea por las expectativas de la familia ya sea por el ideal del cuerpo que la sociedad demanda. Pero lo más importante es que hay un enojo consigo mismo porque no se puede alcanzar un control por los problemas del exterior o bien por que no se puede alcanzar un control por lo que se vive al interior del cuerpo. No se puede controlar esa ansiedad que a diario se vive y que se refleja en la forma de comer. A continuación se presenta una gráfica representativa de las emociones experimentadas a lo largo de la tal y como los participantes las nombran.



Así todas las menciones de las participantes se pueden englobar en las tres emociones dominantes a lo largo de la vida. Tristeza también mencionada como depresión, soledad, llorona, ánimo bajo, abandonada. El miedo engloba a: incertidumbre, rechazo. La ira engloba a: despechada, enojo, resentimiento y coraje.



Las emociones antes mencionadas son las que han predominado a lo largo de la vida sin embargo la emoción que sin duda se hace presente para que la obesidad se manifieste es la ansiedad.

En la revisión de los aspectos de salud de los participantes observamos que los entrevistados como la mayoría de las personas mantiene un ritmo de vida acelerado. Tienen muchas actividades entre ellas el trabajo remunerado, el cuidado de los hijos y todas las actividades que conllevan. Sin embargo es aquí donde encontramos una de las claves en la conformación de este padecimiento. La diferencia entre este y otros padecimientos es como la persona obesa se apropia, procesa y resuelve los problemas.

En un primer momento encontramos que los entrevistados viven en constante descontento porque nadie les ayuda en las labores cotidianas. Esto las lleva a estar en constante preocupación y estrés pensando en cómo es que se van a resolver sus problemáticas.

La ansiedad es la que lleva a los sujetos a tener una ingesta abundante de alimentos. Los sujetos le llaman así o bien, la nombran como nervios, presión, una salida, o bien estrés. Esta emoción se experimenta a partir de que los sujetos sienten que los problemas los agobian o bien que van a ser rebasados por ellos. Tienden a darle vuelta una y otra vez a las

situaciones y las viven con la misma intensidad. Todos los participantes sienten la necesidad de llenarse la boca de algo cada vez que experimentan esa sensación.

La ansiedad regula al estómago y al bazo y se relaciona con el elemento tierra. Este elemento nos da el poder de manifestación. Nos proporciona también la capacidad de formar pensamientos, ideas y opiniones. Hass nos menciona que un desequilibrio de este elemento puede mostrarse mentalmente como una tendencia a la obsesión al acudir una y otra vez a determinados problemas lo que en realidad puede convertirse en obstinación o tenacidad frente a la aceptación de nuevas ideas. Los entrevistados mencionan de hecho que a la hora de la ingesta no se dan cuenta de que lo están haciendo sino que están pensando en el problema o en su posible solución. Además tienden a repetir un evento que para ellos ha sido doloroso. O bien le dan vuelta a preocupaciones inexistentes.

Cuando domina , por ejemplo, la emoción de la simpatía o la compasión, puede reflejar un problema en tierra. Quizá se necesite mucha simpatía por parte de los demás, creándonos incluso enfermedades o incluso dificultades al intentar obtener la atención que necesitamos. Otra manifestación de desequilibrio es la incapacidad de dar o recibir simpatía. Esto ocurre en los entrevistados. La mayoría tiene dificultades para adaptarse al entorno social por lo que también les cuesta trabajo recibir afecto de los demás.

El rasgo más importante tal vez sea que se vive una incapacidad para ejecutar los deseos. Se vive en la mente formando ideas o anhelos o imaginando lo que pudiera ser. Por ejemplo las participantes se imaginan cuando se sienten o se ven al espejo cómo serían si bajaran de peso. Es importante recalcar que buscan métodos “mágicos” para bajar de peso. Sin embargo, carecen de la fuerza de voluntad para decidirse por tener un cambio de hábitos o por lo menos para mantenerse en una línea de alimentación. Esto se explica porque el bazo gobierna la voluntad, la memoria y la capacidad de formarse opiniones; si funciona mal puede producirse una pérdida de la fuerza de voluntad y una tendencia a sentirse tonto. Los problemas del bazo pueden ser causa de pérdida de memoria y de preocupación.

En cuanto a otras manifestaciones físicas del desequilibrio de esta emoción podemos encontrar que las entrevistadas tienen problemas de irregularidades menstruales y en dos de los caos existe la infertilidad. Hass explica que en las mujeres, el bazo gobierna el ciclo menstrual: la regularidad, fluencia y cantidad de sangre. La tierra nos da fertilidad. Los problemas de esterilidad están relacionados a menudo con un desequilibrio del elemento tierra. \*

Encontramos entonces que un permanente estado de nerviosismo y excitación produce una afectación en el funcionamiento del estómago. El estómago es el órgano en el que en un primer momento se reciben todas las emociones.

Encontramos también que la forma de comer tiene influencia directa sobre el estómago. Si se come mucho o muy tóxico tendrá un resultado negativo. El exceso de la actividad producido por comer mucho o con demasiada frecuencia sobrecargará de trabajo al sistema digestivo. Lo debilitará e incluso terminará gastándolo. Esta es otra razón por la cual predomina el desequilibrio. La dieta de los participantes consiste principalmente de carne rojas, guisados generalmente cocinados con grasa y pocas verduras. Además no existen horarios establecidos a la hora de comer. Los entrevistados mastican rápido y generalmente no disfrutan de los alimentos que ingieren. Un aspecto importante que se encontró fue que los entrevistados, debido a su ritmo de vida, comen solos lo que a veces contribuye a que se den permiso de comer más. De antemano la dieta también es un buen facilitador de la presencia de la obesidad.

Sin embargo el aspecto más importante en cuanto a dieta se refiere es que el gusto predominante en los entrevistados es el sabor dulce. Dicho sabor está relacionado con el elemento tierra. Cuando existe un desequilibrio se recurre principalmente a este sabor para aquietar la cabeza. Los entrevistados cada vez que tienen estas ingesta fuera de las comidas completas, la ingesta por ansiedad, recurren al sabor dulce principalmente en forma de pastelitos, panes o refrescos.

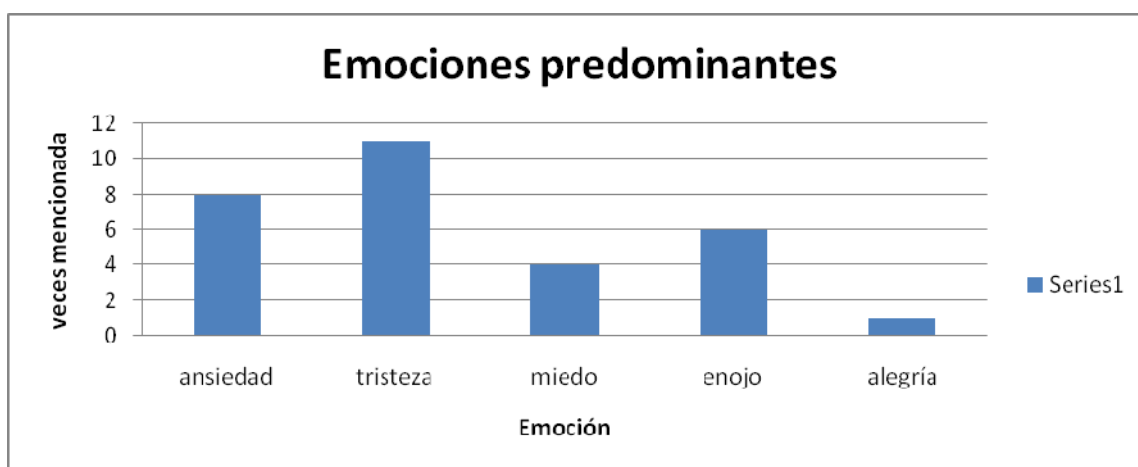
---

\* *Ibidem.*

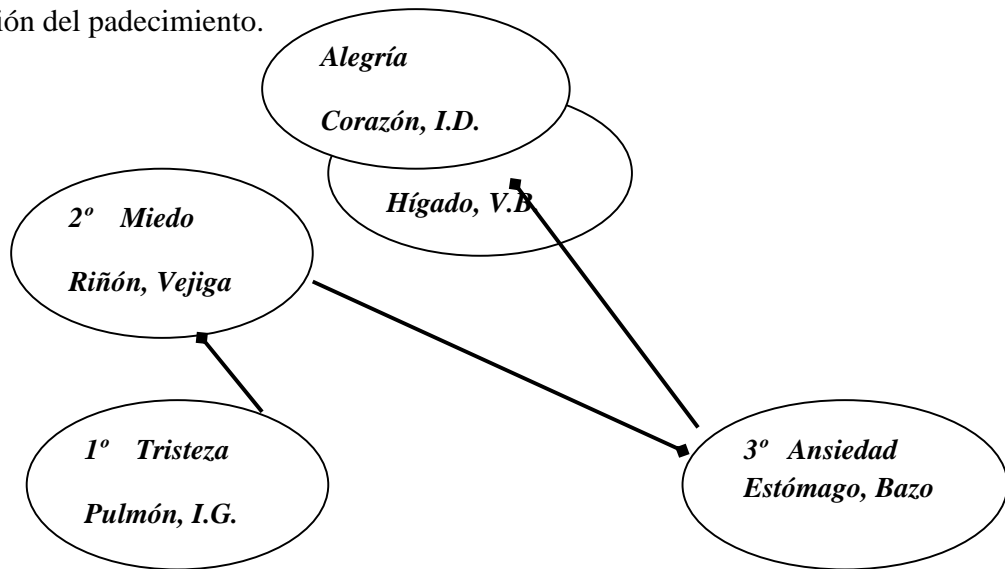
El páncreas está relacionado con este elemento. Segrega hormonas que pasan a la sangre y regulan el uso que hace el cuerpo de la glucosa. La insulina es su principal hormona. Ésta estimula a las células a que utilicen glucosa, por lo que se reduce el nivel de azúcar en la sangre. Pero también puede liberar el glucagón y pasarla a la sangre elevando el nivel de azúcar. Si el sabor dulce se consume en exceso produce un desequilibrio ya que sobrecarga al páncreas por lo que la respuesta insulínica es debilitada por lo que suben los niveles de insulina produciendo diabetes. O bien se puede presentar hipoglucemia debido al trabajo excesivo de este mismo órgano ya que produce demasiada insulina. El abuso de los azúcares producirá principalmente grasas que primero se depositan en las zonas más inactivas especialmente en el abdomen, músculos y nalgas, cuando el exceso es crónico se deposita en los órganos como el corazón o riñones y en los vasos sanguíneos.

Así encontramos que el consumo de azúcar trae consecuencias muy adversas para el organismo. Encontramos que el azúcar puede equipararse con cualquier otra droga porque el cuerpo genera una dependencia a esta. Se experimenta un subida al momento de que se consume. Por eso se recurre a su consumo porque aquieta por momentos a la mente y los pensamientos sin embargo a la larga actúa en el sistema conduciéndolo a la depresión. Esta situación mantiene al individuo en un círculo constante.

Así encontramos que la emoción dominante en todos los entrevistados es la ansiedad. A continuación se muestra la gráfica que corrobora dicha situación.



Sin embargo la ansiedad es la emoción de la superficie. Encontramos principalmente tres emociones que hay en el fondo: tristeza miedo y enojo. El diagrama representa la relación de contradominancia de los cinco elementos. De esta manera se establece la ruta de la construcción del padecimiento.



Así la **tristeza** de lo que se vive en casa, la falta de efecto o de su demostración, la falta de un padre, la falta de un aliado, el sentirse rechazado por los demás **apaga la alegría por vivir**.

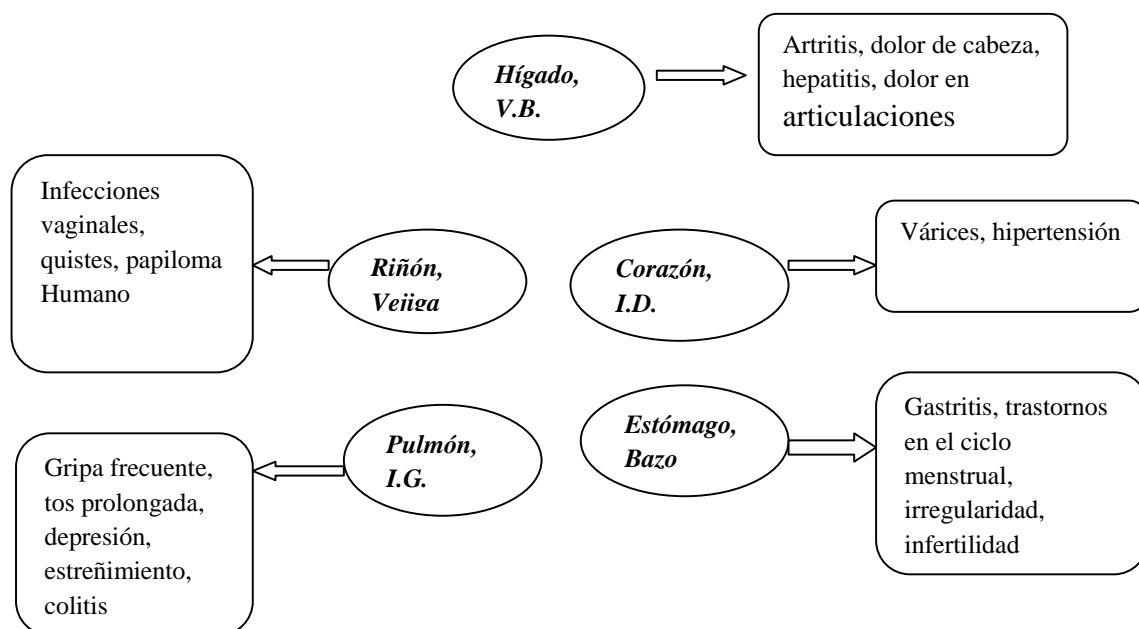
**Si no hay alegría por vivir se genera miedo** a la vida y a enfrentar el día a día. No hay toma de decisiones. El carácter se vuelve débil. Se cree que se es tonto. Se titubea ante todo.

Este **miedo genera ansiedad**, angustia, desesperación. La falta de decisión nos genera mucho estrés y la cabeza se vuelve obsesiva. No se toman las decisiones que uno desearía. Hay dependencia. Los problemas rebasan las posibilidades que se creen tener. El cuerpo sólo se aquieta con un poco de dulce.

**La ansiedad constante conduce al enojo** y a la ira. Después de tiempo bajo constante coraje se crea una frustración y un resentimiento a hacia uno mismo y hacia los demás.



Estas cuatro emociones acompañan al sujeto a lo largo de la vida. Lo anterior se refuerza con los padecimientos que han acompañado a los entrevistados a lo largo de vida.



Cuando la obesidad se hace presente los entrevistados tienen varias ideas de porque han subido de peso: entre ellas los métodos anticonceptivos, descuido, los problemas psicológicos, los problemas emocionales, sin embargo observamos dos detalles. Ninguno de los entrevistados se responsabiliza directamente del padecimiento así como no se responsabilizan de las emociones que se viven. Por otro lado se dificulta mucho realmente enfrentarse a la realidad corporal. Los entrevistados mencionan “yo no era tan gordita”, no se afronta el problema como es.

Por otra parte se encuentran en un constante sufrimiento por no poder bajar de peso. Al no poder lograr la meta viven con una baja autoestima. Además de que viven todas las repercusiones físicas propias como el cansancio, el dolor de articulación y la falta de movilidad.

Se recurre a diversos tratamientos para solucionar el problema. Como ya se menciona estos tratamientos se ven como un remedio mágico que soluciona la vida. Se tiene la creencia de que al adelgazar la vida se soluciona y que el amor fluye de manera más sencilla. Entre los tratamientos más frecuentes se encuentran los recursos homeopáticos, las pastillas o gotas. Cabe resaltar que la mayoría de las veces no saben ni que están ingiriendo, se pone de por medio la salud.

Las personas que por algún medio han logrado bajar de peso se viven de una manera diferente, sube la autoestima y el afecto por si mismas. Se sienten mejor. Sin embargo este estado no perdura y viene el rebote. Esto es evidencia de que el problema no se encuentra solo en establecer una dieta y el hacer ejercicio sino que el padecimiento se construye a través de las emociones y la forma en cómo estas se procesan. Las emociones se expresan en el cuerpo. Si la persona no reconoce y afronta las emociones se van guardando en la memoria corporal y se expresarán mediante un padecimiento u otro.

## CONCLUSIONES

El trabajo realizado permitió hacer un mapeo teórico de lo que se dice acerca del cuerpo y la enfermedad. Se confirmó que hasta los últimos artículos de medicina o psicología aún queda de manifiesto que la visión fragmentaria del cuerpo sigue funcionando (¿Si funciona?). También encontramos que bajo otra lógica se han gestado nuevas aproximaciones que trabajan de una manera más integral con el cuerpo aunque también es cierto que su aceptación entre la comunidad científica aún no se da. También pudimos constatar que los demandantes del servicio siguen exigiendo respuestas que les sean más humanas, más éticas y más integrales ya que lo existente hoy en día no cumple por mucho las necesidades de los usuarios.

Pero más importante aún es que se logró el objetivo de identificar como es que se construye la enfermedad, en este caso específico, la obesidad. A partir de las historias de vida encontramos que la enfermedad no solo se restringe a un órgano sino que concierne a todo el individuo porque en él se manifiestan los desequilibrios que su entorno social, familiar y ambiente pueden estar sufriendo. En este sentido es importante afirmar que la propuesta de una nueva epistemología de lo psicossomático puntualiza los aspectos que se deben considerar para poder encontrar la raíz de un padecimiento. Al hacer las historias de vida queda de manifiesto como el individuo es una fina concreción de: el proceso social y cultural, su historia familiar, estado económico, hábitos y costumbres, religión, de su alimentación, etc.

Al integrar la información de las historias de vida se puede dar cuenta de que la obesidad es un problema que supera el hecho de tener un grueso tejido adiposo o la falta de ejercicio, a veces a la persona de hecho esto es lo que menos le interesa, es un problema que engloba un entramado social que mella en las emociones, sentimientos, pensamientos y relaciones sociales de quienes lo padecen.

No cabe duda que existe diferencia entre padecer obesidad que alguna otra enfermedad. No me refiero a los trastornos orgánicos que pueda sufrir las personas, que de hecho en el obeso también son amplios, sino a todo ese conjunto de ideas que se tienen de él. A partir de que se instaure un modelo estético de delgadez el estigma social ha sido fuerte para los

obesos. Este modelo se ve reforzado en todo momento por el capitalismo y por una fuerte globalización que demanda un modelo del ser. A nivel mundial se ha instaurado un concepto de tener para pertenecer. La delgadez que se posea permite acceder a un estatus social y a la felicidad de acuerdo con el concepto que maneja el capitalismo.

Así el obeso no puede acceder a esa felicidad debido a que existe una importante relación entre fealdad con obesidad. Esta idea es tan fuerte que las obesas rechazan a cada momento el cuerpo al que pertenecen. Las familias de origen o los esposos fueron y han sido fuente de críticas, burlas y comentarios que transgreden a la persona obesa y la hace mantenerse en un estado emocional que va en detrimento.

La discriminación que se sufre desde que se es niño va estructurando una persona débil, sin carácter y siempre al tanto de las peticiones de los demás para cumplírselas o bien conforma una persona resentida que de todos modos vive en soledad. La discriminación se vive desde niño y de parte de otros niños, reflejo fiel de una cultura bajo una óptica de la apariencia y el poder adquisitivo. Además, la discriminación imperante en la moda que excluye que restringe de la pertenencia a la persona obesa.

Este entramado cultural, social y familiar se concretiza en el cuerpo. Se van gestando en él desequilibrios entre sus distintas emociones. Así podemos observar que el obeso se engendra a partir del miedo y el enojo. Vivir bajo constante amenaza lo conduce a estar en un estado continuo de ansiedad. Se evidencia también el gusto predominante del obeso: el dulce. Así se va aceptando una condición de pesimismo y conformismo porque el ideal nunca se puede alcanzar. Se deja de luchar y se vive en el sentimiento de culpa por el continuo fracaso ante las dietas.

En este sentido es importante señalar que el sistema ha sabido muy bien aprovechar esta condición al implementar una gran gama de aditamentos para el uso corporal y para el remiendo emocional. Por su puesto nunca se obtiene resultado generando enojo, descontento y frustración.

Es tal la carga social para alcanzar el cuerpo perfecto que el obeso minimiza los posibles riesgos de tomar tal o cual tratamiento todo con tal de alcanzar el ser que alguien te impuso que desearas. Se ha aprendido que ser como se es no es suficiente. Se sigue viviendo en la

cultura del analgésico, de la pastilla milagrosa. Al cabo de revisar los efectos secundarios de algunos medicamentos recordamos que somos parte de un sistema económico que ha pasado inadvertido el valor humano y para los humanos. “La fragmentación es una institución que ha encarnado en los ciudadanos quienes viven divididos”<sup>1</sup>

Además encontramos que la alimentación al alcance del grueso de la población resulta bastante disminuida de nutrimentos. A veces la comida es inaccesible por los costos pero las más de las veces en el consumidor está tan inmerso el bombardeo publicitario que es casi imposible no caer en las redes de las marcas.

La vida en familia, creo es la primera manifestación en el cuerpo. La familia es espacio donde se asimilan y reproducen los ideales sociales y culturales. Un niño es el espacio de recepción de cargas, enojos, frustraciones, depresiones de los padres. El grupo que se supone nos sostiene a veces se cae. El maltrato, físico, psicológico, emocional y a veces sexual va dejando huellas en la memoria corporal.

El problema principal es que las familias se desarticulan a temprana edad. Al niño le hace falta un papá y una mamá porque son un asidero. No se puede rotundamente afirmar que específicamente en la construcción de la obesidad el problema esté en la ausencia del padre y en una madre absorbida por la tristeza, el enojo, frustración y resentimiento de tener que cargar con los hijos porque cuantas historias no son así. Lo que se puede decir es que la desarticulación familiar implica un desajuste corporal que proporciona el caldo de cultivo para la instalación de alguna enfermedad.

La enfermedad se va gestando desde la construcción del niño. Las exigencias del los padres ponen en constante tensión al niño que no entiende como hacer a un lado sus necesidades sin embargo no tiene como exigir y se adapta superficialmente a las condiciones sin embargo el cuerpo lo va registrando en la memoria. El niño comienza a sentir tristeza y comienza a manifestarlo por medio de padecimientos pulmonares. También siente miedo, inseguridad porque no hay terreno sólido donde pararse. Cuando va creciendo se va a apagando la alegría por vivir. Las demandas de ser perfecto de tener un cuerpo perfecto siguen presentes y al no poder alcanzarlas hay enojo y frustración, sin embargo casi no se

---

<sup>1</sup>López, R. (2003) Lo corporal y lo psicosomático: Reflexiones y aproximaciones III. México: Ceapac

puede expresar. El aprendizaje fue que es más fácil estar ansioso, preocupado, estresado porque es socialmente más aceptable que enojarse.

Estas son las cuatro emociones que predominan en los obesos. De manera inmediata reportan la ansiedad como su mayor problema y esto se refuerza con el sabor al que todos recurren cuando se siente así: el dulce. Sin embargo la emoción que ha predominado a lo largo de la vida es la tristeza y el enojo por no ser queridos y aceptados. Este desequilibrio surge de las emociones, del los órganos relacionados a ellos y se manifiestan allí. Esta tan presente que ahora, en la edad adulta, el obeso se sigue maltratando o busca personas que sigan con el mismo modelo porque no han aprendido otra manera de tratar al cuerpo. Existe una constante agresión pero también un permiso para perder el control. Los obesos presentan conductas obsesivas, pretenden mantener el control de su casa y de las personas que habitan con ello.

El maltrato no solo consiste en el atracón sino que al estar afectada la relación órgano emoción el cuerpo busca otras vías de manifestación así es que se presentan problemas digestivos, infecciones vaginales, dolores de cabeza frecuente y hasta artritis. El proceso psicossomático de una enfermedad establece las rutas por las cuales el cuerpo siempre buscará manifestar el desequilibrio sea de una forma u otra.

El aporte de todos los trabajos que han armado una visión psicossomática de la enfermedad es poder brindar un marco teórico que sustente todos los postulados de visión ecológica de la enfermedad, pero sin duda, el más importante es el poder plantear una ruta de tratamiento integral de las enfermedades que no solo se reduzcan al campo de lo imaginario o al método fragmentario, es el trabajo con el cuerpo. Más allá de esto la visión psicossomática plantea nuevas formas de vivir el cuerpo acercándose más a la integración con el todo.

En lo particular, este trabajo tiene como motivación el poder conocer, entender y aplicar formas más integrales en el tratamiento de los malestares de la población. Con la investigación realizada pudo esclarecerse que una queja psicológica siempre va acompañada de una queja orgánica con lo cual se comprueba que un modelo de atención que considera al órgano y a la emoción tendrá mayores posibilidades de reestructuración.

La labor de los profesionales y en particular del psicólogo es incorporar la mayor gama posible de aproximaciones teóricas y prácticas de atención que tengan como base fundamental una visión integral del cuerpo. Rescatar un concepto de re-educación y educación de la población para que esta pueda tener más conciencia de su cuerpo y de sus manifestaciones. Sin duda esto conduciría a sentirse más seguro y con mayores herramientas en el quehacer cotidiano de la psicología.

## REFERENCIAS

- Anguera de Sojo, P. (1988) *Psicosomática: orígenes, concepto, marcos de referencia, limitaciones y perspectivas*. Anguera de Sojo, P. y Nolla, J. (1988) *Medicina psicosomática*. Barcelona. Ed: Doyma
- Amador, M: R: (2003) *Dos posturas psicológicas. Mecanicista y holista para analizar, curar e incidir en el cuerpo*. Tesis. FES Iztacala
- Baca, M R. (2004) *Sugerencias para una buena alimentación*. México: CEAPAC
- Berman, M. (1987) *El reencantamiento del mundo*, Chile: Cuatro Vientos
- Capra, F. (1982) *El punto crucial. Ciencia, sociedad y cultura naciente*. Argentina: Estaciones.
- Cardoso, T. L. (2004) *En busca del cuerpo perfecto*. Vertigo. México
- Carrizosa, H.S. (Comp.) (1999). *Cuerpo: Significaciones e Imaginarios*. México: UAM- Xochimilco.
- Dethlefsen, T. y Dahlke, R. (1993) *La enfermedad como camino. Un método para el descubrimiento profundo de las enfermedades*. México: Plaza y Valdez
- Formiguera, X. (1998) *Obesidad*. España: Harcourt Barce
- Garrone, O. (1998) *La psicosomática. Nuevas perspectivas*. *Revista Tatuajes*. No. 1
- Hass, E. (1982) *La salud y las Estaciones*. España: Edaf
- Kornblit, A. (1991) *Sistema corporal y sistema familiar: algunas articulaciones teóricas*. *Somática Familiar: Enfermedad orgánica y Familia*. Barcelona: Gedisa
- López, R. S. (coord.) (2002). *Lo corporal y lo psicosomático. Aproximaciones y Reflexiones I*. México: Zendová ediciones.



- López, R. (2002) Lo corporal y lo psicossomático. Aproximaciones y Reflexiones II.  
México: Zendová
- López, R. (2003) Lo corporal y lo psicossomático. Aproximaciones y Reflexiones III.  
México: Zendová
- López, R. (2000) Zen y cuerpo humano. Méico: Ceapac Verdehalago
- Lowen, A. (1996) Bioenergética. México: Diana
- Mc Laren, D. (1993) La nutrición y sus trastornos. México: Manual Moderno
- Martínez, L. (2003) La obesidad. Problema de salud pública. Dia Siete
- Menéndez, E. (1990) Morir de Alcohol. El saber y hegemonía médica. México: Alianza  
Editorial Mexicana.
- Nava, J. B. (2006) Autoestima, imagen corporal y sus trastornos en la adolescencia. Tesina.  
FES Iztacala.
- Peña, C. (2002) Mujer y Obesidad: un riesgo para la salud. En Sergio, R. (coord.)  
Lo corporal y lo psicossomático. Aproximaciones y Reflexiones II. México: Zendová
- Roth, G. (1999) Cuando la comida sustituye al amor. La relación entre carencias afectivas y  
nuestra actitud ante la comida. Barcelona: Urano
- Saldaña, C. Y García, E. (1999) Tratamiento multicomponente de la obesidad crónica:  
terapia de conducta, dieta y actividad física. Barcelona
- Solís, F.A. (2002) La obesidad, un proceso emocional. En: López, R. (2002) (coord.)  
corporal y lo psicossomático. Reflexiones y aproximaciones II. México: CEAPAC y Plaza  
y Valdéz.
- Solís, F. A. (2007) Obesidad. Construcción social de un cuerpo. México: Ceapac
- Toro, J. (1999) El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. España: Ariel  
Ciencia

Taylor, K. B. y Levean, E. A. (1985) "Obesidad". Nutrición Clínica. México: Mc Graw Hill.

Terdjam, G. (1990) Cómo comprender las enfermedades psicosomáticas. México: Gedisa

Uribe, V. (2006) Lo que nos hace diferentes: Obesidad. Tesis de Licenciatura. FES Iztacala.

Zhang, J. y Jin, Z. (1984) Fundamentos de acupuntura y moxibustión de la China. China: Ediciones de Lenguas Extranjeras

# ANEXO I

## GUÍA DE ENTREVISTA OBESIDAD

### DATOS GENERALES

1. Nombre completo
2. Teléfono
3. Sexo
4. Edad
5. Estado civil
6. Escolaridad
7. Estatura
8. Peso
9. Grupo sanguíneo
10. ¿Que tipo de trabajo realiza?
11. ¿A cuánto ascienden sus ingresos?
12. ¿Cómo se siente en su actual trabajo?
13. ¿Practica alguna religión?
14. ¿Con que frecuencia?
15. ¿De quién la heredo?
16. ¿Cómo influye esta en su vida?

### VIVIENDA

17. Domicilio completo
18. Tipo de vivienda: casa o departamento (propia o rentada)
19. Tipo de acabados: piso, concreto, madera
20. Servicios con los que cuenta
21. ¿Con quién vive?
22. ¿Cómo está distribuida su casa?
23. ¿Qué lugar ocupa más de su casa?
23. ¿En qué lugar permanece más tiempo?
25. ¿Cuánto tiempo lleva viviendo aquí?
26. ¿Dónde vivía antes?
27. ¿Cuánto tiempo vivió en esos lugar?
28. ¿Por qué cambio de domicilio?
29. ¿Qué le significa vivir ahí?

### ESTRUCTURA FAMILIAR

30. ¿Dónde nació?
31. ¿Por cuántas personas esta compuesta su familia de origen?
32. ¿Edades, estado civil y ocupación de cada uno
33. ¿Dónde nacieron sus padres y sus hermanos?
34. ¿Por cuántas personas está compuesta su familia actual?

35. ¿Cuántos hijos tiene (edades, ocupación, con quién viven)?
36. ¿Quién se encargó de su crianza y educación?
37. ¿Qué opinión de la educación que le dieron?
38. ¿Cómo se lleva con cada uno de los integrantes de la familia?
39. ¿Con quién tiene menos relación?
40. ¿Quién piensa que es la persona más fuerte dentro de la familia?
41. ¿Quién considera que tiene más apoyo dentro de la familia?
42. ¿Con quién convive más tiempo?
43. ¿Cómo es la relación con ella?
44. ¿A quién cree que se parece más y por qué?
45. ¿Cuáles son los recuerdos más significativos dentro de la familia?
46. ¿Sabe cuáles eran las expectativas familiares hacia usted?
47. ¿Qué papel siente que juega dentro de su familia?
48. ¿Qué es lo que más le gusta de su familia?
49. ¿Qué es lo que más le disgusta de su familia?
50. Si pudiera cambiar algo de su familia ¿qué cambiara y por qué?
51. ¿Cuáles son sus responsabilidades dentro de la familia?
52. ¿Cómo le llaman de cariño?
53. ¿Cómo le gusta que le llamen?
54. ¿Tiene apodosos?
55. ¿Quién se los dice y que siente cuando se los dicen?
56. ¿Cuáles son las enfermedades más frecuentes dentro en su familia?
57. ¿Alguien más padece obesidad dentro de la familia?

## ACTIVIDADES

58. ¿En qué emplea su tiempo libre?
59. Platícame de las actividades que realiza al día (descripción de un día entre semana y en fin de semana)
60. ¿Qué cosas disfruta más hacer?
61. ¿Qué cosas no le gusta hacer?
62. ¿Hace ejercicio?

## SUEÑO

63. ¿A qué hora se despierta?
64. ¿Cómo se siente cuando despierta?
65. ¿Qué es lo primero que piensa cuando se despierta?
66. ¿A qué hora se prepara para ir a dormir?
67. ¿Qué hace antes de dormir?
68. ¿Cuántas horas duerme en promedio?
69. Recuerda si durante la noche tuvo pesadillas o algún sueño en particular (sueños recurrentes)
70. ¿Duerme durante el día?

## SALUD

71. ¿Cuántos embarazos ha tenido?
72. ¿Ha tenido abortos (cuántos, causas)?
73. ¿Ha tenido alteraciones en el ciclo menstrual?
74. ¿Es sexualmente activa?
75. ¿Utiliza algún método anticonceptivo?
76. ¿Se siente satisfecha con su vida sexual?
77. ¿Cómo fue su primer acercamiento a la sexualidad?
78. ¿Qué enfermedades importantes ha padecido?
79. ¿Ha padecido enfermedades frecuentes?
80. ¿Cuáles y con qué frecuencia?
81. ¿Cómo se ha tratado?
82. ¿Ha estado hospitalizado?

## PADECIMIENTO

83. ¿En qué momento se presenta el sobrepeso?
84. ¿Qué edad tenía?
85. ¿Qué pensaba?
86. ¿Qué emoción le producía?
87. ¿Con qué frecuencia se presentaba esta emoción?
88. ¿Qué hacía ante esta emoción?
89. ¿Antes de que se presentara la obesidad qué emoción predominaba?
90. ¿Se presentaba ante alguna situación o persona en particular?
91. ¿Le comenta a alguien sobre la obesidad?
92. ¿De qué manera ha cambiado su vida a partir de que presenta la obesidad (sueño, actividades cotidianas, manera de ver la vida)?
93. ¿El sobrepeso le ha impedido desarrollar sus actividades normales?
94. ¿Cuál es la emoción que predomina en usted?
95. ¿Dicha emoción la ubica usted en alguna parte del cuerpo?
96. ¿Qué hace ante esta emoción?
97. ¿Recuerda qué emoción predominaba en usted antes de que se presentara la obesidad?
98. ¿Recuerda cuál ha sido su peso más bajo?
99. ¿Recuerda cuál ha sido su peso más alto?
100. ¿Cómo percibe su padecimiento (como un castigo, una oportunidad de crecer, herencia, una lucha constante, búsqueda de apoyo, afecto, compañía)
101. ¿Ha buscado ayuda profesional?
102. ¿A qué profesional o lugar acudió por primera vez?
103. ¿Qué le dijo el profesional?
104. Si hubo algún diagnóstico que impacto provocó en usted (que sintió, pensó, cómo reaccionó)
105. ¿Qué tratamiento le dieron?
106. ¿Cómo llevó o está llevando su tratamiento?
107. ¿Le funcionó, le está funcionando actualmente?
108. ¿Qué pronóstico le da el especialista?
109. ¿Ingiere medicamentos, sabe cuál es su efecto?

## RELACIONES AFECTIVAS

110. ¿Sus relaciones afectivas han cambiado a partir de la obesidad?
111. ¿De que manera?
112. ¿A quién recurre para platicarle lo que le pasa?
113. ¿A lo largo del tiempo ha cambiado la manera en que enfrenta o maneja la obesidad?
114. ¿De quién recibe apoyo?
115. ¿Qué ha hecho su familia ante este problema?
116. ¿Alguien más de la familia presenta sobrepeso?
117. ¿Quién, desde cuándo, y cómo se trata?
118. ¿En qué esferas de su vida ha afectado el sobrepeso (social, anímica, familiar)?
119. ¿Cómo se percibe físicamente?
120. ¿Cómo se percibe emocionalmente?
121. ¿Cómo se percibe en su padecimiento?
122. ¿Trata de ocultar la obesidad, cómo?

## ALIMENTACIÓN

123. ¿Cuántas comidas hace al día?
124. ¿A qué hora come?
125. ¿Qué come?
126. ¿Qué alimentos evita comer?
127. ¿Qué sabores prefiere?
128. ¿Qué sabores le disgustan?
129. ¿Dónde come?
130. ¿Con quién come?
131. ¿Cuánto tiempo dedica a las comidas, las disfruta?
132. ¿Realiza alguna otra actividad mientras come?
133. ¿Qué piensa mientras come?
134. ¿Se presentan episodios de ingesta abundante de alimentos?
135. ¿Qué siente antes y después de estos episodios?
136. ¿Con que frecuencia ocurre?
137. ¿Qué emoción predomina cuando esto ocurre?
138. ¿Cómo se refleja en su cuerpo?
139. ¿Come entre comidas?
140. ¿Con qué frecuencia?
141. ¿Qué es lo que come en este momento?