



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**"Impacto que tiene el estigma social en personas con obesidad:
cinco historias de vida"**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

Tania Anaya Roldan

Director: Dr. **Angel Corchado Vargas**
Dictaminadores: Mtro. **Iván Enrique Picazo Martínez**
Lic. **Angélica Enedina Montiel Rosales**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

Quiero agradecer a las personas que me ayudaron a hacer posible cumplir este reto, que me dieron las energías y la motivación para creer que puedo cumplirlo, y que nunca dejaron de creer en mí:

A mis abuelos, Juan Roldan y Juana Castillo, que han sido y serán mis ángeles de la guarda, mi apoyo y mi motivación. Los amo.

A mi madre, Carolina Roldan, y mi hermano Oscar Anaya quienes son mi soporte y mi compañía. Nunca dejaron de confiar en mí, ni en mis decisiones.

A Carlos Córdova, por acompañarme en todo el proceso y apoyarme en cada una de mis decisiones.

Al Dr. Angel Corchado, por aceptar el reto y levantarme en cada caída, por su profesionalismo y dedicación que tiene hacia cada uno de sus alumnos.

A las personas que participaron en este proyecto, por su confianza y dedicación.

¡GRACIAS!

ÍNDICE

Resumen

Introducción	1
1. Nociones generales sobre la obesidad	3
1.1. Concepto de obesidad	3
1.2. Elementos que componen la obesidad	6
1.2.1. Características físicas	6
1.2.2. Características psicológicas	7
1.3. Principales factores asociados a la obesidad	10
1.3.1. Factores sociales y culturales	10
1.3.2. Factores genéticos	12
1.3.3. Falta de actividad física	14
1.4. Principales complicaciones asociadas a la obesidad	16
1.5. Tratamiento para la obesidad	20
1.5.1. Tratamiento dietético y ejercicio físico	21
1.5.2. Tratamientos farmacológico	24
1.5.3. Técnicas quirúrgicas	26
1.5.4. Papel de la psicología dentro del tratamiento de la obesidad	27
1.6. Evolución de la obesidad en México	28
1.6.1. Estadísticas de la obesidad en México	30
2. El estigma de la obesidad y su impacto en la calidad de vida de la persona con obesidad	32
2.1. El Estigma de la obesidad a lo largo de la historia	30
2.2. El estigma de la obesidad en la actualidad	35
2.3. El impacto de los estigmas sociales en la calidad de vida de personas con obesidad	38
3. Historias de vida como método para conocer el impacto que tiene el estigma social en la calidad de vida de personas con obesidad	45

3.1.	La metodología cualitativa y las historias de vida	45
3.2.	Aspectos metodológicos de las historias de vida	47
3.3.	Las historias de vida y su aplicación en la psicología	51
4.	Metodología	53
4.1.	Justificación	53
4.2.	Método	54
4.3.	Procedimiento	56
	Descripción y análisis de resultados	105
	Discusión	115
	Conclusión	117
	Bibliografía	127

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue analizar el impacto que tiene el estigma social sobre la calidad de vida de personas con obesidad. Para desarrollarlo, con ayuda de una guía de entrevista semiestructurada, elaborada con base en los datos bibliográficos recopilados. Se enunciaron cinco historias de vida de dos hombres y tres mujeres quienes en su pasado padecieron de obesidad. A partir de éstas, se realizaron categorías con el propósito de identificar las esferas de calidad de vida afectadas por el estigma social. Finalmente se logró concluir que en las cinco historias de vida, las personas fueron más afectadas por las consecuencias del estigma social que por la misma obesidad. Palabras clave: *Estigma social, Obesidad, Historias de vida.*

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas los procesos de urbanización han traído a la sociedad nuevos estilos de vida, algunos asociados a la mala alimentación y al sedentarismo, los cuales han provocado un nuevo fenómeno llamado obesidad, que se ha desarrollado de forma muy amplia en la población, siendo México el país con mayor prevalencia de obesidad y sobrepeso a nivel mundial.

Hoy en día, la obesidad y sus complicaciones constituyen un problema epidemiológico de grandes dimensiones, puesto a que el tener unos kilos de más no solo afecta en cuestiones físicas y fisiológicas, sino también en las relaciones sociales y en aspectos psicológicos. Estos dos últimos causados por el estigma que existe hacia la obesidad, debido a que vivimos en una sociedad que la promueve pero al mismo tiempo la discrimina.

En este trabajo, se exponen detalladamente las características físicas y psicológicas de la obesidad, tratando de darle un enfoque de trastorno alimenticio, por lo cual se abordan los diferentes factores que participan en el surgimiento y mantenimiento del exceso de peso, así como las complicaciones que la obesidad puede causar en las personas. De la misma forma, se señalan los tratamientos más usuales para la obesidad, así como el papel que tiene el psicólogo dentro de estos.

Con la finalidad de conocer como este fenómeno se ha desarrollado con gran impacto en la sociedad mexicana, se explica como la obesidad surgió y evolucionó en México, comparando cifras de hace treinta y veinte años con la actualidad.

Además, se muestra como la sociedad ha percibido el fenómeno de la obesidad, por lo cual se revelan los cambios que ha tenido el estigma de la obesidad a lo largo de la historia hasta la actualidad y como este afecta en la calidad de vida de una persona obesa.

Por otra parte, se puntualiza la ayuda de las historias de vida como metodología cualitativa y su aportación a la investigación psicológica.

Con respecto a la parte metodológica, se describen los materiales, métodos y procedimientos empleados para cumplir el objetivo de esta investigación. Asimismo, se exponen las historias de vida de cada uno de los participantes y el análisis obtenido.

Por último, se presentan la discusión y la conclusión de los resultados obtenidos, dejando claro que el estigma de la obesidad puede causar más daño a la persona que la misma obesidad.

1. NOCIONES GENERALES SOBRE LA OBESIDAD

1.1. Concepto de obesidad

Hoy en día la obesidad es considerada como un problema de salud pública a nivel mundial, complejo y causado por múltiples factores. Se asocia a la mala calidad de vida, que deriva en diferentes complicaciones físicas y fisiológicas, entre las que se encuentran algunas enfermedades crónicas. Además, debido a su creciente impacto en la sociedad, es generadora de diversos gastos en sistemas de salud público y privado.

La Organización Mundial de la Salud, OMS (2016) califica a la obesidad como un problema de carácter social que aumenta de manera sostenida en el mundo, además de que se da con mayor frecuencia en países de bajos ingresos e impacta en todos los grupos de edad. Asimismo, la define como una acumulación anormal y excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

La obesidad también es entendida como un trastorno metabólico, crónico y nutricional de serias consecuencias para la salud, que se refleja con el aumento de peso provocado por la excesiva acumulación de tejido graso, siendo consecuencia del desequilibrio entre la energía ingerida y el gasto de tal energía. También, es el resultado de la interacción entre el genotipo y el ambiente, en donde se ven implicados factores sociales, conductuales, culturales, psicológicos, metabólicos, hormonales y genéticos, al igual que el estilo de vida de cada persona (Hemán, 2002 y Luckie, Cortés e Ibarra, 2009).

Bastos, González, Molinero y Salguero (2005) señalan que la obesidad puede ser clasificada de acuerdo a su origen, como *exógena* o *endógena*. La obesidad exógena es causada por la mala alimentación, es decir, por la sobre ingesta de alimentos altos en calorías y poco de poder nutrimental, mientras la obesidad endógena, es originada por problemas hormonales y/o metabólicos.

El factor definitorio de la obesidad es el exceso de compartimiento graso, ya que "...por lo general las personas obesas poseen un aumento muy desproporcionado de masa grasa que se asocia con la normalidad o el leve incremento de la masa magra o lo que conocemos como *musculo*" (Méndez y Uribe, 2002, p.10). En pequeñas cantidades, la masa grasa es muy útil como fuente de energía almacenada y como aislante, siendo también un

factor de almacenamiento y absorción de algunas vitaminas; pero en exceso, esta grasa puede ocasionar diversos problemas para la salud (Alvarado, Gusmán y Gonzáles, 2005). Esto quiere decir que los obesos por norma general tienen exceso de grasa y en consecuencia de peso. De acuerdo con Basilio, Monereo y Álvarez (2000), los porcentajes de grasa corporal que van por encima de los valores considerados normales son de 10 a 20% mayor en los hombres adultos y de 20 a 30% mayor en la mujeres adultas.

Existen distintos métodos y técnicas que ayudan a determinar si una persona padece de obesidad o no y qué tipo de obesidad padece.

La técnica principal está basada en la observación de la constitución física del cuerpo de una persona, ya que son notorias las diferencias corporales que hay entre personas obesas y no obesas. Para llevar esta técnica a puntos más exactos, existen *tablas de peso* basadas en el peso en promedio que debe de tener una persona de acuerdo a su talla, edad y sexo, lo cual ayudará a identificar si esta tiene sobrepeso u obesidad y que tipo de obesidad padece. En definitiva, esta técnica no es la más exacta y tiene que ir acompañada de otras pruebas, pero es un complemento para un buen diagnóstico (Ferreira, 2007).

Medir la masa grasa (MG) y la masa libre de grasa (MLG) es otro tipo de técnica que ayuda a determinar si la persona padece de obesidad o no, por lo cual, con ayuda de un plicómetro se hace una medición de los pliegues cutáneos (principalmente, del antebrazo, cintura y cadera), que ayuda a calcular el tejido adiposo a nivel subcutáneo. “Este procedimiento sencillo proporciona una estimación más exacta de la masa corporal que la que se obtiene con los índices de peso y talla” (Vargas, 2002, p.28). Algunos inconvenientes de esta técnica son la variabilidad que puede haber en las medidas según el profesional que la realice, la dificultad que hay para medir algunos pliegues y que solo se puede obtener los perímetros de la masa cutánea y no de la masa visceral.

Otro procedimiento y el más usado, es calcular el índice de Masa Corporal (IMC), este procedimiento solo puede ser calculado en adultos y, de acuerdo con García-Camba (2002); Vargas (2002); Méndez y Uribe (2002) se obtiene con una operación en la que se

relaciona la cantidad del peso de la persona en kilogramos, dividido entre la estatura en metros al cuadrado, como lo indica la siguiente formula:

$$IMC = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Estatura (m)}^2}$$

La obesidad se ha clasificado de acuerdo a dos criterios: uno es el cualitativo en donde se reflejan tres tipos de obesidad, *hiperplástica*, *hipertrófica* y *morbida*; y el segundo es el cuantitativo, el cual se mide por grados -*obesidad grado I*, *obesidad grado II*, y *obesidad grado III*-.

De acuerdo con Chiprut et al. (2001); y Bastos et al. (2005) la obesidad de tipo *hiperplástica*, se produce por un incremento en el tamaño y número de las células adiposas y por ende de la cantidad de la grasa en el cuerpo. Este tipo de obesidad aparece desde la infancia y tiende a aumentar de manera considerable durante la adolescencia y la adultez, después de esta etapa el peso se mantiene durante toda su vida. Se calcula que aproximadamente un 70% de los niños con obesidad seguirán siendo obesos en la edad adulta.

La obesidad de tipo *hipertrófica*, es propia de la etapa adulta, se caracteriza por una gran cantidad de grasa en los adipocitos sin aumento en el número de células grasas, por lo cual, las personas que padecen de este tipo de obesidad tienden a ser delgados o a mantener un peso en promedio hasta aproximadamente los 30 o 40 años de edad, momento en el que empieza la ganancia de peso. Las personas que padecen de este tipo de obesidad suelen tener una distribución de la grasa en las partes centrales del cuerpo (Chiprut et al., 2001; y Bastos et al., 2005).

La obesidad mórbida, es un tipo de obesidad propio de personas con más de 100% de su peso normal y recibe ese nombre porque se asocia a situaciones peligrosas para la salud ya que este tipo de obesidad incrementa hasta 12 veces el riesgo de muerte de la persona (Chiprut et al., 2001).

Por otra parte, de acuerdo a la clasificación cuantitativa, según la OMS (2016) se puntualiza la *obesidad grado I* con un IMC igual o superior a 30kg/m^2 , en este grado de obesidad el exceso de masa corporal es notorio, aunque, el porcentaje de grasa de la

persona obesa aún no se ha acumulado en alguna parte interna del cuerpo. La *obesidad grado II* se puntualiza con un IMC igual o superior a $35\text{kg}/\text{m}^2$ y, se caracteriza por un exceso de grasa ya acumulada en algunas partes internas del cuerpo, sobretodo en el abdomen. La *obesidad grado III* o mórbida se puntualiza con un IMC igual o superior a $40\text{kg}/\text{m}^2$, a estas alturas, el exceso de grasa no solo se ha acumulado en el abdomen, pues también se empieza a acumularse excesivamente en glúteos y piernas, principalmente.

Sin embargo, de acuerdo con Ferreira (2007), la clasificación de la obesidad presentada por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) contiene dos diferencias notables con respecto a la clasificación de la OMS. La primera de ellas es que aumenta el rango del sobrepeso, indicando que también está la existencia de un *sobrepeso grado II*, el cual oscila entre los 25 y $26.9\text{kg}/\text{m}^2$. Asimismo, introduce un nuevo grado de obesidad, *obesidad grado IV u obesidad extrema* para aquellas personas con un IMC igual o superior a $50\text{kg}/\text{m}^2$.

Es importante mencionar que el IMC para personas con *sobrepeso* es igual o superior a $25\text{kg}/\text{m}^2$ y para las personas con normopeso el IMC comprende entre los 18.5 y $24.9\text{kg}/\text{m}^2$.

1.2. Elementos que componen la obesidad

La obesidad es una enfermedad multifactorial que consta de características físicas y psicológicas que repercuten en la calidad de vida de la persona que la padece.

1.2.1. Características físicas

García-Camba (2002); Vargas (2002); Méndez y Uribe (2002) consideran que la obesidad es caracterizada por una acumulación de grasa corporal inusual y excesiva debajo de la piel, dando como resultado un aumento de masa y volumen corporal, por lo cual el peso de una persona con obesidad se presenta en una cantidad exagerada y desproporcionada en las diferentes partes del cuerpo, principalmente en cintura, cadera, abdomen y glúteos, que son algunas características físicas de un paciente obeso, por lo cual para hacer el diagnóstico es necesario tomar medida de los pliegues cutáneos, circunferencias corporales, estatura y peso, las cuales son utilizadas para aplicar el Índice

de Masa Corporal (IMC). Asimismo, se estima que para la población mexicana todo sujeto con un índice de masa corporal mayor de 27 es considerado como obeso (Bauza y Celiz, 2005).

También es importante destacar que la distribución de la grasa corporal del cuerpo de una persona con obesidad tiene distintas formas desproporcionadas puesto que la persona puede no tener un estómago o vientre abultado y grande, pero los pliegues de sus piernas, brazos, pecho y glúteos pueden ser enormes, por lo cual su masa grasa está mal distribuida y por ende su peso está mal proporcionado (Vargas, 2002).

Según Ferreira (2007), existen dos tipos de obesidad que son clasificados de acuerdo a la distribución de la grasa corporal, la *obesidad abdominovisceral o viscecorporal* y la *obesidad femoroglútea*:

La *obesidad abdominovisceral o viscecorporal* de tipo *androide*, es un tipo de obesidad en la que el tejido adiposo predomina en la parte superior del cuerpo, es decir, en la parte superior del abdomen, en cuello, papada, hombros y brazos. Este tipo de obesidad puede tener más riesgo a sufrir algún tipo de enfermedades cardiovasculares y tiene una apariencia corporal a la de una manzana.

Es fácil identificar este tipo de obesidad a simple vista pero también es importante definirlo utilizando los parámetros de circunferencia de la cintura; en la mujer una medida mayor a 90 cm. indica una obesidad de tipo *androide*, mientras en el hombre, la circunferencia debe ser igual o mayor a los 100 cm. (Zárate, Acevedo y Saucedo, 2001).

Por otra parte, la *obesidad femoroglútea* de tipo *ginecoide*, es más frecuente en mujeres que en hombres y se caracteriza por presentar tejido adiposo principalmente en la mitad inferior del cuerpo, es decir, en glúteos, caderas y la parte alta de las piernas, dando una apariencia corporal de forma de una pera (Ferreira, 2007).

1.2.2. Características psicológicas

La obesidad es un problema de salud que a la fecha no se ha relacionado a algún síndrome psicológico con síntomas propios, pues esta proviene más del ambiente que rodea a la persona, ya que lo único que provoca el aumento de peso es la sobre ingesta de

alimentos altos en calorías y el poco desgaste de ellas. Acorde con lo anterior, Montt, Koppmann y Rodríguez (2005), explican que la relación entre las variables psicológicas y la obesidad no se ha establecido, puesto que no tiene una clara relación causa-efecto en ninguno de los sentidos; más bien, se ha visto que personas con obesidad suelen presentar disgusto por su estado físico, lo que va aumentando el riesgo a desarrollar problemas psicológicos en el futuro, dado al impacto de la notable estigmatización sufrida por la sociedad. Por otra parte, existen personas con obesidad que están conformes con su figura y que no sufren ningún tipo de problemas psicológicos.

Madrid (1998); Álvarez (2006) y León (2001) plantean que la obesidad se ha considerado como una enfermedad en donde se presentan repercusiones físicas y psicológicas. Algunas características psicológicas se manifiestan principalmente en la asignación de aspectos emocionales a los alimentos, por los cuales una persona obesa recurre a una ingesta en exceso y en descontrol, principalmente para obtener una solución momentánea hacia alguna tensión emocional, tales como la ansiedad o el disgusto principalmente. Asimismo Alvarado, Guzmán y González (2005) aluden que esta sobre ingesta de alimentos se debe también a importantes alteraciones emocionales y elevados niveles de ansiedad y depresión. De acuerdo a los aspectos emocionales, las personas con obesidad tienden a mostrar miedo e inseguridad personal, pérdida de autoestima, distorsión de la imagen corporal, rigidez e impotencia, perturbación emocional por sus malos hábitos de ingesta, así como infelicidad.

Como muestra de esto, Sánchez y Pontes (2012) realizaron una investigación en la que estudiaron y compararon la influencia de las emociones en la ingesta de personas con sobrepeso y obesidad, y en personas que están en el *normopeso* a través de una encuesta llamada *Comedor Emocional*. En este estudio, encontraron que en las personas con sobrepeso u obesidad existían factores emocionales que los hacían comer más de lo debido (principalmente el cansancio, el estrés, la ansiedad y la culpa) dando como resultado su poco control de peso y dieta. Esto en comparación con las personas que están en el *normopeso*, quienes no asignaban algún factor emocional a la comida, dejando claro que las emociones y los sentimientos juegan un papel importante en los hábitos alimenticios de una persona con obesidad.

De este modo, Velázquez (2004), clasificó en tres mecanismos el patrón alimentario asociado con los aspectos emocionales:

- El comer funciona como un mecanismo de adaptación ante la presencia de signos de ansiedad, tensión, tristeza y frustración, principalmente.
- El hambre reemplaza situaciones de excitación, melancolía o ira.
- La comida actúa como una droga para hacer frente a la carencia de ajuste social.

Por su parte, Ríos et al. (2008), señalan que las personas con obesidad tienen dificultades principalmente con el reconocimiento y expresión de sus propios estados internos, tanto en sensaciones como emociones, dificultad para exponerse en situaciones sociales, rasgos de egocentrismo, incapacidad para el control e hipersensibilidad a la crítica. Asimismo, para estas personas, la sensación de poder influir sobre su imagen física y no hacer nada al respecto es una de las principales fuentes de estrés, frustración, compulsión de comer y el aumento de peso. Aunado a lo anterior, según Álvarez (2006) y León (2001), se suma la culpa por haber comido en exceso, además de que esta persona sufre de una falta de aceptación sobre el verdadero problema de exceso de peso y reprime sus sentimientos para entender que nunca podrá obtener su peso adecuado, además pierde el respeto hacia el mismo, pues su autoestima está dañada, lo que hace que se note triste, solo y aislado de su alrededor, manifestando celos y envidia por los demás y principalmente ocultando sus sentimientos.

En algunos casos, todo esto se trata de consecuencias psicosociales, o lo que se conoce como *trastornos adaptativos* de ser poseedor de la obesidad. Esta situación, repercute en la calidad de vida de estas personas, y puede ser causante de una serie de comportamientos inadecuados relacionados con la alimentación y el peso, los cuales pueden ocasionar un riesgo para el desarrollo de un trastorno alimenticio (Aitziber, 2013 y Bisseto, Botella y Sancho, 2012). Entre los principales problemas psicológicos, se ha reportado que los más frecuentes son la agorafobia (miedo obsesivo a determinadas situaciones), depresión mayor, fobia simple, bulimia, trastorno por atracón, dependencia al tabaco y elevada ansiedad (Vázquez, 2004).

Por otro lado, se sabe que un tercio de la población con obesidad que busca un tratamiento presenta ya trastornos de alimentación y se calcula que un 75% de estos presentaran a lo largo de su vida ansiedad, depresión y falta de autoestima (Calderón, Forns y Varea 2010).

1.3. Principales factores asociados a la obesidad

El peso excesivo representa un problema que empieza en los hábitos alimentarios pero, no solo la sobre ingesta de alimentos altos en calorías es el motivo del surgimiento de la obesidad, pues como menciona Bastos et al. (2005), no existe un factor único que induzca al desarrollo de la obesidad, pero si pueden intervenir varios condicionantes que conjunta o aisladamente determinan el aumento acentuado de grasa corporal.

De esta manera se puede decir que la obesidad es un problema complejo y multifactorial. Además de la mala alimentación, los principales factores asociados en el surgimiento de la obesidad son: el factor social y cultural, el factor genérico y la falta de actividad física.

1.3.1. Factores sociales y culturales

Salvador, Caballero, Frybech y Honorato (2002); Garcia-Camba (2002); Méndez y Uribe (2002) señalan que la prevalencia de la obesidad se encuentra influenciada también por elementos ambientales, principalmente por los sociales y culturales que repercuten directamente en nuestra forma de pensar, de actuar y en este caso de alimentarnos.

Comer es una necesidad biológica de todo ser vivo ya que de ello depende la conservación de la vida. Sin embargo, para el ser humano es mucho más que eso: es estímulo placentero para los sentidos, medio de expresión estética, instrumento eficaz de comunicación y vinculación social, elemento central de ritos, ceremonias festivas y ceremonias luctuosas, instrumento para mantener y fortalecer el sentido de identidad. En resumen, es la forma predilecta para expresar las peculiaridades de cada cultura (Bourgues, 2001).

Al ser la sociedad parte de una cultura, y la cultura una guía aprendida de comportamientos aceptables, los modos de alimentación deben ser necesariamente influidos

por esta, incluyendo preferencias y aversiones, prácticas en torno a la adquisición, distribución, preparación y consumo de alimentos (Fausto, Valdez, Aldrete y López, 2006).

México se encuentra en un proceso de desarrollo, lo cual implica cambios socio culturales acelerados. Entre los cambios observados en nuestro país que pueden tener una connotación negativa en los habitantes están aquellos asociados con la dieta y la nutrición, ya que se ha observado que en las últimas décadas, la población mexicana está teniendo una modificación en sus patrones de alimentación caracterizada por un consumo creciente de alimentos ricos en colesterol, grasas saturadas, azúcares y sodio, entre otros nutrientes (Fausto et al., 2006).

La familia representa un contexto dentro del cual el modo de alimentarse, las preferencias y el rechazo a determinados alimentos suelen gestarse durante la etapa infantil, puesto a que es en este periodo cuando se adoptan la mayoría de los hábitos y las prácticas alimentarias, siendo la madre la principal responsable de la transmisión a los hijos de los buenos o malos hábitos alimenticios (Vázquez y Raich, 2007).

Méndez y Uribe (2002), mencionan que en la mayoría de los casos, la obesidad empieza desde la gestación, a partir de la semana 30, cuando existe desnutrición intrauterina ya que si estos niños reciben un aporte de alimentos mayor al necesario en la etapa posnatal, y durante los primeros años de vida desarrollan obesidad con mayor facilidad, porque se inducen modificaciones en los centros reguladores del apetito, situados en el sistema nervioso central. Esos niños al ser adultos tendrán una mayor incidencia de resistencia a la insulina, causando diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica y enfermedades crónicas.

Desde los primeros años de vida de una persona, las ideas sociales tienen repercusión en sus hábitos alimenticios, pues es muy común la idea de que *un bebé gordo es un bebé hermoso y sano*, lo cual puede prevalecer durante toda su infancia e incluso convertirlo en un adulto obeso. Así, los hábitos alimenticios que la familia aporta al individuo se convierten en un factor de suma importancia, pues de esta depende como serán los hábitos alimenticios del niño durante toda su vida, ya que el niño por acción propia tiende a imitar el comportamiento de las personas más cercanas a él, quienes le pueden enseñar a ingerir dietas hipercalóricas y desequilibradas, así como el poco movimiento físico, convirtiéndose en una persona sedentaria que toma la costumbre de sentarse frente al

televisor en donde son vulnerables tanto niños como adultos a la gran seducción de la publicidad de distintos productos alimenticios que promueve el consumo del caramelo *sano con muchas vitaminas*, el chocolate *sano con mucho calcio y contenido lácteo*, entre otros productos. La publicidad no es la única culpable, pues también lo es el comer fuera de casa donde lamentablemente muchas de las comidas que se sirven no son adecuadas. Apegado a esto, se tiene la mala costumbre de celebrar cualquier ocasión especial con comidas o platillos altos en calorías y pocos nutrientes García-Camba (2002).

Asimismo, la mayor parte de las personas con obesidad comen menos veces en el día que las personas no obesas, pues la dieta de las personas obesas consta de dos o tres comidas diarias con porciones grandes y calóricas en comparación con las consumidas por las personas no obesas, las cuales tienen más de tres comidas al día con porciones regulares (Salvador et al., 2002).

De esta forma, el contexto social actual en el que se desenvuelve la familia moderna, da lugar a que los planes sobre la alimentación sean discutidos y frecuentemente negociados entre padres e hijos, por lo que en muchos casos, las decisiones finales se ven condicionadas por la insistencia y manipulación de los menores. Otro factor importante que está implicado en el desarrollo de la obesidad, sería el hecho de que la familia come junta o no y el tiempo que los padres pasan fuera del hogar por motivos de trabajo, pues se ha propuesto que los chicos que comen solos en su casa poseen un mayor riesgo a desarrollar sobrepeso u obesidad debido al poco o nulo monitoreo de los padres, quedando en las manos del niño su alimentación y nutrición (González et al., 2012).

1.3.2. Factores genéticos

La aparición del desarrollo de la obesidad se debe a aspectos sociales, culturales y familiares, los cuales son factor clave para desarrollar buenos o malos hábitos alimenticios que repercutirán en el cuerpo de cada persona al desarrollar obesidad o no. Asimismo, la obesidad también tiene sus repercusiones en las bases genéticas del organismo humano pues se cree que los genes influyen en la determinación del Índice de Masa Corporal (IMC) y en la distribución de la grasa corporal de cada persona. Esto se ha comprobado en diversos trabajos en donde se demuestra que tanto padres como hijos tienen un índice de masa corporal similar, por ello, se puede considerar que los genes tienen una función en la determinación del IMC y en la distribución del tejido adiposo (Salvador, Caballero y

Frubech, 2002). Además, según Bastos et al. (2005), la influencia genética puede contribuir en las diferencias metabólicas entre individuos, así como la distribución de la grasa corporal y el aumento de peso, lo que explica que algunas personas sean más propensas a la obesidad que otras en circunstancias ambientales similares.

El fenotipo de la obesidad se transmite de padres a hijos y se desencadena sin importar la edad, a medida que avanzan los años la obesidad aumenta y se estabiliza alrededor de los 50 y 65 años. En la actualidad existen más de veinte genes que son influyentes en el desarrollo de la obesidad, el principal responsables es el gen *ob* ubicado en el largo brazo del cromosoma siete humano, el cual codifica la hormona denominada *leptina* considerada como la *hormona de la saciedad* ya que actúa inhibiendo las acciones neurofisiológicas hipotalámicas de un neurotransmisor intracerebral, el *neuropéptido*, cuya acción es incrementar el apetito y disminuir la termogénesis. En las personas con obesidad existe una gran cantidad de producción de *leptina* así como una gran cantidad de tejido adiposo ya que no siempre resulta efectivo el control de la saciedad, por lo cual, la leptina parece tener una correlación con la cantidad de tejido adiposo y un efecto de género evidente, pues aunque hombres y mujeres tengan la misma cantidad de grasa corporal, la mujer secreta el doble de leptina que el hombre. Esto se puede tratar con un mecanismo de resistencia a la leptina, similar a la resistencia de insulina que se presenta en las personas con obesidad mórbida (García-Camba, 2002; y Bastos et al., 2005).

Tocando el tema de la insulina, en las personas con obesidad, es su mayoría, mórbida existe un estado de resistencia a la insulina, la cual disminuye la utilización de la glucosa en células musculares, tejidos periféricos y en algunas ocasiones en el hígado, por lo cual, seguido se ven en hospitales muchas personas con obesidad enfermas de estas partes del cuerpo. Además, la resistencia a la insulina ocasiona modificaciones de las enzimas que regulan el metabolismo energético, y esto solo puede mejorar (no por completo) hasta que el obeso baje de peso. Este problema también es responsable de originar la diabetes mellitus, que es un factor etiológico heredado que induce y favorece a la ganancia de peso (Salvador, 2002; y García-Camba, 2002).

Otros aspectos genéticos influyentes son los metabólicos y endocrinos en donde las personas con obesidad muestran que el gasto energético de su metabolismo basal está

reducido en ellos, así como también tienen un gasto calórico menor para mantener su temperatura estable y normal, ya que su termorregulación es más eficiente en ellos lo que les permite el ahorro hasta del 45% de calorías en actividades cualquiera y hasta en el deporte (Ogden, 2003).

Estos factores genéticos en su mayoría son hereditarios y provocan un aumento de peso en el organismo, sin embargo, García-Camba (2002) y Salvador et al. (2002) señalan que los aspectos genéticos no son razón por la cual el sujeto sube de peso, en la mayoría de los casos lo que repercute más son los malos hábitos alimenticios y la falta de actividad física.

Por su parte, Bersh (2006) hace énfasis en la importancia de señalar no sólo la predisposición a la adiposidad y distribución de la grasa corporal como los principales factores hereditarios, ya que estudios de genética de la conducta han indicado que factores conductuales tales como la preferencia a diversos sabores, así como la elección del intervalo entre comidas, o la compensación calórica por la ingesta de alimentos tienen componentes genéticos.

Salvador et al. (2002) menciona que la herencia cultural repercute en nuestros hábitos alimenticios un 25% y la herencia genética en un 30%, por lo cual ambos son los principales factores que promueven la aparición de la obesidad, y por ello, la herencia cultural y la herencia genética son elementos primordiales que llevan al exceso de peso, aunque, por supuesto, los factores ambientales en los que se desarrolle el individuo puede modificar el factor genético limitando el incremento excesivo de tejido adiposo.

1.3.3. Falta de actividad física

La falta de actividad física tiene parte de la culpa en el desarrollo del sobrepeso. Entre las causas se encuentran las cómodas y malas costumbres familiares en las cuales no se le inculcan a la persona desde su infancia las actividades físicas como el ejercicio o algún tipo de deporte que ayude como complemento importante para mantener una buena salud, además de la frecuente ausencia de espacios libres para realizar ejercicio o divertidos juegos que impliquen el movimiento constante. Otra causa muy importante es la mala costumbre que hoy en día todas las familias tienen, sentarse frente al televisor, pues existe

una relación lineal entre la obesidad y el sedentarismo, por lo cual este es uno de los factores más importantes que repercuten en el aumento de la prevalencia de la obesidad (Méndez y Uribe, 2002).

De acuerdo con los autores Hilde y Helmurt (2005), es importante introducir el ejercicio a la vida cotidiana, como parte fundamental del día y no como una forma obligatoria, rigurosa y cansada. El ejercicio puede comprender desde una caminata diaria, ir a pie a casa de un amigo, sacar la mascota a pasear, salir con la familia o amigos a dar un paseo en la bicicleta, jugar al aire libre, o simplemente ayudar u poco a los quehaceres del hogar. El truco es hacer hincapié en que se inculquen hábitos de movimiento o si es posible en alguna actividad física más rigurosa como la práctica de algún deporte o alguna clase de ejercicio que sea constante, tomando en cuenta que no se debe de exceder o pedir al cuerpo más de lo que puede dar. Un chequeo médico será útil para saber qué posibilidades acepta nuestro corazón, pulmones, piernas y otros órganos.

Rodríguez et al. (2011), mencionan que la práctica regular de actividad física se asocia de forma constante a una mejor calidad de vida, mayor bienestar y el mantenimiento de una buena salud mental, en comparación con aquellas personas sedentarias o que tienen un estilo de vida poco activo. Además, García-Camba (2002) señala que el ejercicio produce en personas con obesidad efectos psicológicos positivos, así como una buena auto estima, ya que la mayoría de las personas se consideran más sanas y con más ganas de vivir.

Es importante que con ayuda de la actividad física nuestro cuerpo llegue en un estado de homeostasis tanto en el gasto energético, como en el consumo energético, la medición del gasto energético debe de hacerse para saber cuántas calorías se queman por día y sobretodo cuantas se queman en el ejercicio físico. Esto se puede hacerse por calorimetría indirecta que calcula el cociente respiratorio (CR), es decir, el oxígeno consumido y el carbono producido durante el ejercicio o si no durante el día, con lo cual se le calcula una dieta cuya ingesta calorífica sea menor al gasto, y así poder tener un buen balance energético adecuado (Vargas, Lancheros y Barrera, 2011).

Por otra parte, es desagradable saber que mediante el ejercicio el desgaste energético es menor a comparación con el consumo, un ejemplo de esto es que un individuo necesita aproximadamente 10 minutos de natación para eliminar las calorías que contiene una caña. Aunque también cada cuerpo es diferente, es decir, cada individuo tiene diferentes respuestas ante el ejercicio físico en cuanto al desgaste energético y a la composición corporal, esto se debe a las diferentes bases genéticas. Lo que sí es claro es que el ejercicio produce un desgaste energético de una forma saludable. (Hilde y Helmurt, 2005)

El ejercicio, además de que ayuda a mantener un buen equilibrio en nuestro cuerpo, también ayuda a tonificar nuestro cuerpo, lo pone en forma y activa el metabolismo principalmente (Hilde y Helmurt, 2005).

1.4. Principales complicaciones asociadas a la obesidad

Al ser la obesidad caracterizada por un exceso de grasa corporal, especialmente de grasa visceral la cual es perjudicial para la salud, hoy en día, la obesidad es el principal factor de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares como enfermedades de la vesícula biliar, diversos tipos de cáncer, osteoartritis, entre otras. Asimismo, la obesidad es considerada el factor principal de riesgo para el desarrollo de *diabetes mellitus tipo 2* y de *hipertensión arterial*, siendo principalmente estas dos enfermedades las más comunes en México, ocupando las primeras causas de mortalidad del país (Sánchez, Pichardo y López, 2004).

El riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en personas obesas oscila entre 2.9 y 10 veces más con respecto a la población no obesa. En el mundo existen 170 millones de personas afectadas por diabetes mellitus que se duplicará para el 2030. Para ese año, en América Latina se calcula un incremento de 148% de los pacientes con diabetes y en México se estima que de 6.8 millones de afectados se pasará a 11.9 millones (Gill, Sil, Domínguez y Torres y Medina, 2013).

En México, la prevalencia total de diabetes mellitus tipo 2 es de 6.6% en hombres y 7.2% en mujeres de la población en general, sin embargo, debe de tenerse en cuenta que

por cada paciente diabético conocido existe otro no diagnosticado (García-Camba, 2002; y Sánchez, Pichardo y López, 2004).

La diabetes tipo 2 es una enfermedad crónica, incurable y con agravamiento progresivo si no hay seguimiento y cuidados constantes, ya que esta enfermedad puede llegar a la muerte. La obesidad favorece el desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2 ya que promueve la insulinoresistencia, en donde el cuerpo no aprovecha o no produce la suficiente insulina, por lo cual existe un aumento de los niveles de glucosa en la sangre y mala distribución de esta. Lo anterior puede causar alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos de carbono, las proteínas y las grasas, teniendo complicaciones a largo plazo en distintos órganos, principalmente en el árbol arterial, ojos, riñones, nervios y corazón (García-Camba, 2002; y Grosso, 2012).

Este tipo de diabetes, suele presentarse en personas mayores de 40 años, aunque con los estilos de vida sedentaria y los malos hábitos alimenticios, cada vez es más frecuente que aparezca en personas más jóvenes (Grosso, 2012).

Los síntomas principales de la diabetes mellitus tipo 2 son emisión excesiva de orina (poliuria), aumento anormal de la necesidad de comer (polifagia), incremento de la sed (polidipsia), y pérdida de peso sin razón aparente. En ocasiones se toma como referencia estos tres síntomas (poliuria, polifagia y polidipsia, también conocida como *la regla de las tres P*) para poder sospechar de la diabetes tipo 2 ya que en su mayoría son los más comunes en la población (Gill, et. al., 2013).

Ogden (2003) menciona que el diagnóstico de esta enfermedad se basa en la medición continua de la concentración de glucosa. Además, La Organización Mundial de la Salud (2016), estableció los siguientes criterios para instaurar con precisión el diagnóstico:

- Síntomas clásicos de la enfermedad (poliuria, polifagia y polidipsia y pérdida de peso) más una toma sanguínea con cifras mayores o iguales de 200mg/dl (11,1 mmol/L)
- Medición de glucosa en plasma (glucemia) en ayunas mayor o igual a 126mg/dl (7,0 mmol/L). *Ayuno* se define como no haber ingerido alimentos en al menos 8 horas.

- La prueba de tolerancia a la glucosa oral (curva de tolerancia a la glucosa). La medición en plasma se hace dos horas posteriores a la ingesta de 75g de glucosa en 375 ml de agua; la prueba es positiva con cifras mayores o iguales a 200 mg/dl (11,1 mmol/L).

La diabetes es una condición definitiva, que necesita de una educación continua del paciente, que le permita adaptarse a los cambios y posibles complicaciones que puedan manifestarse en el transcurso de la enfermedad. Un equipo médico profesional y adecuado, además de una educación, información y un control metabólico riguroso, son capaces de prevenir o retardar la aparición de las complicaciones crónicas de la diabetes. La educación debe involucrar tanto al paciente como a su entorno familiar, así se lograra un mejor conocimiento sobre la enfermedad y se podrá conseguir que el tratamiento resulte eficaz. Dicha educación debe estimular hábitos saludables, como el auto cuidado, el monitoreo constante y control de la glucosa, realización de actividad física, reorganización de una nueva alimentación, tomar adecuadamente los medicamentos citados por el especialista y asistir regularmente a consulta (Selli, et. al., 2005).

Por otro lado, las personas con sobrepeso u obesidad también están expuestas a tener más alta la presión arterial que un individuo con peso normal, debido a un complejo de alteraciones que se encuentran alrededor de la resistencia a la insulina, la cual se reconoce cuando la obesidad llega a un índice de masa corporal mayor de 27 kg/m^2 , y a una circunferencia de la cintura mayor de 94 centímetros para los hombres y mayor de 80 centímetros para las mujeres (García-Camba, 2002). A medida que se aumenta de peso se eleva la presión arterial y esto es mucho más evidente en las personas mayores de 40 años y sobretodo en las mujeres. En México, su prevalencia es de 33% en los hombres y 25.6% en las mujeres (Grosso, 2012).

La presión arterial es la medición de la fuerza que ejerce la sangre en contra de las paredes de los vasos sanguíneos (arterias) como resultado de la función de bombeo que tiene el corazón, el volumen sanguíneo, la resistencia de las arterias al flujo y el diámetro de la luz arterial. Dicha presión es la que consigue que la sangre circule por todo el cuerpo (Salvador et al., 2002).

Cada vez que una persona se toma la presión arterial le dan dos cifras: la primera de ellas registra la presión *sistólica*, que es aquella que se produce en las arterias cuando late el corazón, y la segunda es la presión *diastólica*, la cual registra cuando el corazón descansa entre latidos. Si la presión de una o ambas sube por encima del límite normal (que se podría cifrar en 140mm de Hg/90mm de Hg en los adultos) se produce lo que denominamos hipertensión arterial. Si no hay control de la hipertensión arterial, ésta puede afectar el funcionamiento del corazón, cerebro y riñones, ya que la hipertensión es un factor de riesgo cardiovascular y que aumenta el peligro de sufrir un derrame cerebral. (García-Camba, 2002).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud, ENSA (2012), la hipertensión arterial es una enfermedad que en su mayoría no genera síntomas, es decir, esta enfermedad puede evolucionar sin manifestar algún síntoma o ser estos leves, por ello, muchas personas suelen tener hipertensión arterial y sentirse bien. Por esta razón, se estima que alrededor del 61% de las personas pueden no saber que padecen de esta enfermedad.

Una vez diagnosticada la enfermedad y establecido un tratamiento, el objetivo de este deberá ser reducir la presión arterial, de tal manera que el paciente tenga un riesgo menor de desarrollar complicaciones, por lo cual, el paciente y su médico deberán establecer una meta de presión arterial. El médico le recomendará cambios en el estilo de vida para bajar la presión arterial a un rango normal, como consumir una alimentación cardiosaludable, incluyendo potasio y fibra y tomar bastante agua, hacer ejercicio regularmente, ayuda para dejar de fumar, reducir la cantidad de alcohol que toma, reducir la cantidad de sodio, reducir el estrés mediante alguna actividad como la meditación o yoga y permanecer en un peso corporal saludable. De la misma forma, el tratamiento también puede llevarse a cabo con fármacos que ayudaran a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares y posiblemente la muerte, por lo cual debe de iniciarse inmediatamente después de haberse establecido el diagnóstico (Castaño, et. al., 2011).

Aunque los investigadores no han encontrado causas específicas de la hipertensión, si han determinado algunos factores de riesgo que hacen que una persona pueda ser más propensa a padecerla; la obesidad, consumo elevado de sal, alcohol, tabaco, falta de ejercicio y estrés son algunos de ellos. Hay que tener en cuenta que si se posee antecedentes

familiares de hipertensión es más probable tener este padecimiento. Por eso es fundamental que se realice controles periódicos y, de padecer hipertensión, combine el tratamiento prescrito por su médico con una dieta más saludable y ejercicio físico (García-Camba; 2002).

Estas enfermedades son muestra de las tantas consecuencias que origina la mala alimentación y el poco ejercicio físico, además de que estas dos enfermedades son portadoras de varios padecimientos los cuales se pueden evitar con un cambio de rutina alimenticia así como también de rutina física, además de que es importante hacerse un chequeo para evitar cualquier anomalía.

1.5. Tratamiento para la obesidad.

De acuerdo con Martin y Roche (2001), la actual epidemia de la obesidad se debe fundamentalmente a una serie de factores ambientales que promueven la ingesta excesiva de alimentos y reducen los niveles de actividad física. En otras palabras, la obesidad surge cuando aparece el balance energético positivo debido a que la entrada de energía es superior al gasto de la energía misma. Esto favorecido por el entorno actual que se caracteriza por una gran facilidad para ingerir alimentos muy apetitosos y ricos en energía junto con unos niveles de actividad física muy bajos, lo que promueve una alta entrada de energía y un bajo gasto de ella.

El tratamiento de la obesidad debe ser personalizado y para ello debe efectuarse un buen diagnóstico. El objetivo del tratamiento es reducir la grasa corporal induciendo un balance energético negativo, por lo cual, este tratamiento puede enfocarse desde dos perspectivas: la reducción de la ingesta calórica o el aumento de gasto energético. Esto puede ser a través de una reducción de la ingesta y de la realización de ejercicio físico, los cuales en conjunto son más efectivos que cualquiera de los dos por separado. Asimismo, se cuenta con medios farmacológicos que pueden apoyar a la reducción de peso según el tipo de obesidad o alguna patología específica que presente la persona obesa (Galicia y Siamal, 2002; y Rivera, et. al., 2007).

Calero (2005), señala que antes de iniciar el tratamiento contra la obesidad es necesario definir las realidades y limitaciones de cada paciente, pues se ha demostrado que

moderadas y mantenidas pérdidas de peso, son un efecto beneficioso para la salud. Por ello, es de vital importancia plantear objetivos individualizados y convencer al paciente de que lo más importante es mantener el peso y no caer alcanzando el peso inicial. Asimismo, se requiere del compromiso de las partes implicadas, en este caso, la persona con obesidad, los familiares o individuos que conviven con él y todo el personal sanitario envuelto en su seguimiento.

De la misma forma, el tratamiento de la obesidad debe ser un tratamiento global en el que se aborden todos los problemas que han llevado a la persona a esa situación, ya que de nada le servirá hacer dieta y mucho ejercicio si no cambia sus hábitos de por vida y en poco tiempo vuelve a lo que inició el problema. Esta situación suele ser la razón de la recuperación de peso y abandono del tratamiento (Monereo, Iglesias y Guijarro de Armas, 2012).

1.5.1. Tratamiento dietético y ejercicio físico

La palabra dieta proviene que la palabra griega *dayta*, que significa *forma de vida*, sin embargo, hoy en día esta palabra se ha mal entendido como sinónimo de *restricciones alimentarias*, lo cual ha complicado siempre el tratamiento a la obesidad. El objetivo de una dieta no es tanto establecer un patrón fijo de restricciones, sino insistir en la modificación del patrón alimentario en el que se reduzcan las calorías totales cuya composición en macronutrientes sea saludable y que se adapte a las características y necesidades del individuo (Monereo, Iglesias y Guijarro de Armas, 2012).

Por otra parte, para brindar una dieta adecuada y personalizada es importante atender a las necesidades calóricas de cada persona, sus hábitos alimenticios, sus deficiencias nutricionales si las hubiere, sus necesidades relacionadas con la edad o las condiciones fisiológicas, sus horarios, su disponibilidad culinaria y su comorbilidad que pudiera condicionar el ritmo de la pérdida de grasa (Rivera, et. al., 2007).

Bourges, Casanueva y Rosado (2005), señalan que las características de una dieta correcta para el organismo humano deben ser las siguientes:

- **Completa:** La dieta completa es aquella que aporta todos los elementos necesarios para el organismo, si falta algún nutriente para el organismo padecerá los efectos negativos de la falta de estos. Así, la dieta de adelgazamiento no debe omitir ningún elemento ni tenerlos en menor cantidad a las cantidades mínimas recomendadas. El secreto es reducir las calorías pero manteniendo los nutrientes en su proporción adecuada.
- **Equilibrada.** La dieta equilibrada es aquella que se adapta a las necesidades del organismo y le aporta la cantidad adecuada de cada uno de los de los nutrientes esenciales, los cuales son necesarios para el crecimiento, la salud y la reproducción. Además, la dieta debe ser proporcionada, con su cantidad de grasa, proteínas e hidratos de carbono. Lo ideal sería un 15 o 20% de proteínas, un 30% de grasas que deberán ser en su mayoría insaturadas (de origen vegetal) y un 55 o 60% de hidratos de carbono.
- **Adecuada:** La dieta debe de ser adecuada o adaptada a cada persona teniendo en cuenta su edad, sexo, actividad física, patologías asociadas, etc. También debe adaptarse a los hábitos o gustos individuales, estado económico, región donde habite, estacionalidad de los alimentos, etc.
- **Hipocalórica:** La dieta hipocalórica es aquella que tiene menos calorías de las que la persona necesita gastar, de modo que parte de esta energía se obtiene de las grasas acumuladas que así se van perdiendo. En condiciones normales, una dieta debe ser suficiente para permitir las exigencias energéticas diarias, para realizar las funciones básicas de mantenimiento (respiración, digestión, función cardiovascular, nerviosa, muscular, etc.) y mantener la temperatura corporal. Pero en la dieta de adelgazamiento los ingresos han de ser menores al gasto energético, con lo que se gastará la energía acumulada en forma de grasa y se conseguirá adelgazar.
- **Variada:** la dieta debe integrar diferentes alimentos de cada grupo en las diferentes comidas.
- **Inocua:** El consumo habitual de los alimentos no debe implicar riesgos para la salud, ya que deben de estar libres de microorganismos dañinos, toxinas y contaminantes.

- **Repartida en cantidades a lo largo del día:** Lo ideal es repartir los alimentos totales en cinco tomas a lo largo del día, de modo que se realice su ingesta en desayuno, media mañana, almuerzo, merienda y cena.

De igual forma, las personas con sobrepeso u obesidad (a excepción de personas con obesidad extrema que tengan alguna enfermedad cardiaca, pulmonar o metabólica descompensada) pueden participar en un programa de ejercicio físico, lo que estimulara la pérdida de peso. Estudios recientes demuestran que el ejercicio deberá practicarse en intensidad moderada, es decir, con frecuencias cardiacas máximas corregidas a la edad del paciente entre 55 y 70%, de preferencia entre 30 y 60 minutos por día, mínimo cinco veces a la semana (Cobo, Fabián y Moreno, 2006).

El tipo de ejercicio más recomendado es el aeróbico o cardiovascular combinado con ejercicios de fuerza que, aunque gastan menos energía durante el ejercicio, aumentan el consumo de oxígeno posejercicio, que a su vez repercute en el gasto energético (Monereo, Iglesias y Guijarro de Armas, 2012). Sin embargo, Cobo, Fabián y Moreno (2006) sugieren que antes de iniciar un programa de ejercicio, un médico tendrá que considerar varios factores que impacten en la seguridad de la persona obesa, pues es necesario realizar una evaluación médica antes del ejercicio.

Los efectos del ejercicio físico no solo se notan en la reducción de peso, pues de acuerdo con Martin y Roche (2001) y Calero (2005), los efectos beneficiosos del ejercicio en los pacientes obesos se hacen también más evidentes en el metabolismo, el aparato cardiovascular y el sistema músculo-esquelético:

El metabolismo mejora con el ejercicio porque este contribuye a un mayor gasto calórico –cuyos efectos son acumulativos, por lo que pueden ser producto de una actividad física ligera pero constante y no necesariamente intensa–, a mejorar el metabolismo de los carbohidratos –se consigue asimilar la glucosa, se almacena más glucógeno y se es más sensible a la insulina–, así como a mejorar el metabolismo de los lípidos –existe una mayor capacidad para asimilar los ácidos grasos y una disminución de un 25% a 35% de los niveles plasmáticos y colesterol–.

Por otra parte, los efectos del ejercicio físico sobre el aparato cardiovascular son una mejor circulación coronaria, producto de una disminución de la presión aórtica, una vasodilatación coronaria y una proliferación vascular. Asimismo, existe una disminución de la presión arterial que dura hasta 24 horas después de haber terminado el ejercicio.

Por último, el sistema músculo-esquelético se ve beneficiado porque al reducir el peso hay menor impacto sobre las articulaciones y los problemas osteoarticulares disminuyen. Además, el ejercicio aumenta la masa muscular y la intensidad ósea, con el consiguiente aumento de fuerza y flexibilidad.

También, es importante mencionar que el ejercicio tiene efectos psicológicos positivos, ya que mejora el autoestima y reduce el riesgo de depresión: una mejora de autoestima es fundamental en personas con obesidad, dado el rechazo social que en cierto modo padecen debido a su apariencia física (Hansen, 2007).

1.5.2. Tratamientos farmacológico

Los fármacos son otra de las armas terapéuticas para el tratamiento de la obesidad.

El tratamiento farmacológico debe utilizarse como apoyo al tratamiento dietético y del ejercicio, pero no debe utilizarse nunca como único tratamiento. Además, requiere una estricta indicación y supervisión médica, por lo cual, la posibilidad de su prescripción solo puede considerarse en obesos con un IMC de 30 kg/m^2 o más, en los que haya fallado la dieta y el ejercicio, o en aquéllos con un IMC de 27 kg/m^2 o más si se asocian factores importantes de morbilidad como diabetes, hipertensión, dislipemia, etc. (Galicia y Siamal, 2002).

Igualmente, el tratamiento farmacológico está indicado para mujeres con circunferencia de cintura mayor a 88 cm y para hombres con circunferencia mayor a 102 cm. Sin embargo, el tratamiento está contraindicado para mujeres embarazadas o durante el periodo de lactancia (Mancillas y Morales, 2004).

Vega, Sánchez y Zaragoza (2013) señalan que un *fármaco antiobesidad* ideal debe de estar exento de riesgos, carecer de potencial adictivo y permitir al individuo mantener la reducción de peso lograda. Sin embargo, la historia de la farmacoterapia para la obesidad ha estado llena de contratiempos y dilemas relacionadas a seguridad, eficacia, abuso y

efectos adversos, por ello algunos fármacos fueron retirados del mercado por sus efectos colaterales, principalmente en la esfera cardiológica y pulmonar (Chiprut, et. al., 2001 y Álvarez, 2012).

Díaz (2005) y Rivera, et. al. (2007) explican que el diseño de los fármacos antiobesidad se clasifican en:

- Fármacos anorexígenos, que son aquellos que ayudan a reducir la ingesta calórica disminuyendo el apetito o aumentando la saciedad.
- Fármacos que disminuyen la absorción intestinal de grasas y aumentan el metabolismo de los nutrientes.
- Fármacos que aumentan el gasto energético ampliando la capacidad de generar calor en el organismo para quemar las grasas en lugar de almacenarlas.
- Fármacos que actúan sobre la adiposidad corporal.

Hoy en día los fármacos autorizados para el tratamiento de la obesidad es el *orlistat* y la *sibutramina* (Monereo, Iglesias y Guijarro de Armas, 2012).

“El *orlistat* es un fármaco inhibidor de las lipasas gástrica y pancreática que impide la hidrólisis de los triglicéridos por lo que reduce hasta en un 30% la absorción de grasa dietética la cual aparece en las heces” (Monereo, Iglesias y Guijarro de Armas, 2012, p. 177). La dosis indicada es de 120 mg tres veces por día antes de cada comida durante un año, lo cual ayudara a lograr una pérdida de peso entre 2.8 y 4.5 kg más que solo el tratamiento dietético y ejercicio (Mancillas y Morales, 2004).

Este fármaco tiene varios efectos secundarios beneficiosos como la reducción del colesterol LDL postprandrial, mejora la infiltración grasa del hígado y tiene un posible efecto en la prevención de la diabetes. Sin embargo, también tiene efectos secundarios indeseados los cuales son de tipo gastrointestinal como diarreas de grasa, flatulencia, gases con olor fecal, etc., sobre todo cuando no se sigue una dieta baja en grasas (Díaz, 2005 y Monereo, Iglesias y Guijarro de Armas, 2012).

Por otro lado, la *sibutramina* facilita la absorción del consumo de alimentos al aumentar la sensación de saciedad colaborando de forma significativa a la pérdida de peso. Sin embargo, cuando se suspende el tratamiento, tiende a recuperarse el peso perdido, siendo los efectos más significativos durante los primeros tres meses del tratamiento (Mártires, Ventura y Núñez, 2001). Se recomienda iniciar con dosis vía oral de 10mg al día

y ajustar según la eficacia y tolerancia. Además, la sibutramina está contraindicada en pacientes con insuficiencia renal, insuficiencia hepática, hipertensión descontrolada o enfermedades cardiovasculares (Mancillas y Morales, 2004).

De esta manera, los fármacos han sido de gran ayuda para la pérdida de peso en personas que se les dificulta hacerlo, de tal forma que el porcentaje de personas con obesidad que logra un descenso de peso de por lo menos el 5% es mucho mayor que con los tratamientos que solo incluyen dieta y/o ejercicio (Díaz, 2005).

1.5.3. Técnicas quirúrgicas

De acuerdo con Barbosa (2004), el tratamiento quirúrgico de la obesidad tiene como objetivo prevenir la morbilidad ligada a la obesidad, reduciendo las enfermedades asociadas y mejorando la calidad de vida a través de una pérdida de peso suficiente y prolongado con un mínimo de complicaciones.

Este tratamiento “ofrece los mejores resultados tanto en la cantidad de peso que se quiere perder, como en el mantenimiento de dicha pérdida de peso, a mediano y largo plazo” (Pantoja, 2004, p. 85).

El tratamiento de la obesidad mórbida (personas con un IMC mayor a 40kg/m²) requiere en determinadas ocasiones el tratamiento quirúrgico. Sin embargo, es importante mencionar que la cirugía debe ser el último recurso para estas personas, por lo que debe intentarse la dieta, el ejercicio y fármacos antes de indicar el tratamiento quirúrgico (Martin y Roche, 2001; y Pantoja, 2004).

Las técnicas más aplicadas en la actualidad son la gastroplastia con bypass, la banda gástrica ajustable y la gastrectomía vertical en manga. El bypass gástrico es la técnica más recomendada en la actualidad, ya que ha mostrado inducir y mantener una pérdida satisfactoria de peso (Carrasco et al., 2009).

Algunas de las complicaciones postoperatorias tardías se presentan después de 30 días de la cirugía. Una de las principales complicaciones es la carencia de nutrientes debido a la drástica disminución de la ingesta, por lo cual se puede presentar déficit de vitaminas y minerales. Sin embargo, un adecuado manejo y seguimiento postoperatorio permitirá evitar y controlar estas complicaciones (Carrasco et al., 2004).

1.5.4. Papel de la psicología dentro del tratamiento de la obesidad.

Como el resto de los problemas de alimentación, en el tratamiento de la obesidad es importante una valoración integral, teniendo en cuenta los aspectos físicos y biológicos, así como los sociales y psicológicos (Martin y Roche, 2001). En este sentido, el papel que tiene el psicólogo dentro del tratamiento para la obesidad está ligado al control de peso del paciente a través de técnicas cognitivo-conductuales, las cuales han mostrado cierta efectividad (Amigo y Fernández, 2013).

La modificación de la conducta desempeña un papel importante en el tratamiento de la obesidad. Con ella se pretende ayudar al obeso a cambiar su actitud frente a la comida, sus hábitos alimentarios y de actividad física, así como combatir las consecuencias que se producen después de una trasgresión dietética (Galicia y Siamal, 2002).

De acuerdo con Martínez (2007), los programas de modificación conductual de la obesidad están basados en una serie de supuestos relacionados con los hábitos de la conducta de ingesta, como son:

- La obesidad es un aprendizaje que tiene como consecuencia el consumo excesivo de calorías, por lo cual, una persona obesa come más que una no obesa.
- Existen numerosas diferencias en el estilo de alimentación de una persona obesa y otra no obesa.
- Las personas obesas responden más a estímulos externos relacionados con la comida que las personas no obesas.
- Entrenar y reeducar a una persona obesa a comer adecuadamente resolvería el problema.
- Las personas obesas aprenden patrones de escasa actividad física y de sedentarismo que se mantienen debido a estímulos ambientales como la excesiva exposición a los alimentos, modelos sociales incorrectos o refuerzos del ambiente socio-familiar.
- Se hace innecesario considerar los problemas emocionales para tratar y evaluar el problema de la obesidad, pues estos tratamientos conductuales se basan en la hipótesis de la externalidad y en particular en el tipo de alimentación de las personas obesas.

Amigo y Fernández (2013), destacan que cada persona es distinta y tiene una biografía diferente. Por ello, no se debe tomar la obesidad de una persona como una simple

función de causa y efecto prejuzgando el peso que puede perder a través de técnicas como las que mencionan los autores Cardozo y Rondón (2014): para consumir menos calorías es necesario comprar alimentos bajos en calorías, colocar la dieta en un lugar visible, evitar comidas hipercalóricas y no entrar a panaderías; o, para evitar conductas inadecuadas como el comer más de lo que dicta la dieta es necesario alejar los alimentos con alto contenido calórico y colocarse una máscara cuando se esté picando comida fuera de la dieta. Asimismo, los autocastigos y las autorecompensas son de vital importancia para la modificación de estas conductas.

Por lo anterior, es necesario tratar a la persona con obesidad de una forma más humanizada, promoviendo en ella cambios paulatinos respetando sus decisiones y animándolos a hablar de los sentimientos que les provoca la dificultad de perder peso, ayudándoles con soporte emocional en todas las fases del tratamiento, especialmente en las recaídas. Esto, sin tener como objetivo único la reducción de peso, ya que también es importantes tomar en cuenta que cada persona llega a la obesidad por distintas causas y su consecuencia afecta a cada una de distinta manera (Amigo, 2010).

1.6. Evolución de la obesidad en México

Con respecto a la evolución del fenómeno de la obesidad en México, se puede decir que históricamente a principios y mediados del siglo pasado, el principal problema de salud relacionado con la nutrición eran padecimientos epidemiológicos de desnutrición por hambre, principalmente en los grupos con nivel socioeconómico bajo, localizados en el 80% de la población en general de ese entonces. Actualmente en México, la desnutrición continua siendo un problema de salud pública, sin embargo, la principal causa no es el hambre, sino, el consumo de alimentos con pocos nutrientes llevando de la mano el padecimiento de la obesidad, el cual va en ascenso constante ya que más de la mitad de la población la padece (Fausto et al., 2006).

Este fenómeno se relaciona con los acelerados procesos de urbanización, que en los últimos años han provocado la migración de las comunidades rurales a las comunidades urbanas, generando que las comunidades rurales disminuyeran al grado de que hoy en día solo ocupan el 20% de la población mexicana. Aunado a esto, los nuevos estilos de la vida actual como el crecimiento de la clase media, la mayor ocupación formal de la mujer, los

cambios en la oferta de alimentos y en sus precios relativos, en los valores, en la normas sociales y en la conducta alimentaria han provocado que la alimentación este ligada a los procesos de urbanización, el consumismo y a la llamada globalización, lo que implica la disponibilidad abundante de alimentos altos en colesterol, grasas saturadas, azúcares y sodio, menor actividad física y cambios en las costumbres alimentarias que favorecen a la obesidad (Ortiz, Vázquez y Montes, 2005; Fausto et al., 2006; y Rivera et al., 2013).

De acuerdo con Rivera, (2013), a mediados del siglo XX, en México existía una alimentación en la que se mezclaban los aciertos de la cultura alimentaria mesoamericana con la de origen mediterráneo y árabe traída por los colonizadores, esta gastronomía permitía una alimentación equilibrada, variada y saludable. No se trataba sólo de los alimentos usados y las preparaciones empleadas, sino de una serie de costumbres que dan al acto de comer la importancia que merece y brindan un conjunto de satisfacciones sensoriales y culturales bien apreciadas.

En la actualidad, para la población urbana la alimentación comienza a ser una prioridad secundaria a la que se le escatima tiempo y atención y se despoja cada vez más de sus componente hedónicos, sociales y rituales para reducirla a una simple acto de supervivencia biológica que se hace en cualquier momento y lugar junto con otras actividades (Bourges, 2001).

Por otro lado, la publicidad comercial contribuye a la introducción de un concepto nuevo de alimentación y dieta, en donde los productos de baja calidad son dirigidos a los sectores con menor poder adquisitivo. Cuanto más bajo es el poder de compra del público al que se dirige el producto, más alto es el contenido de grasas, azúcares y aditivos de este. El modelo alimentario que se propone a través de la publicidad, rompe con el vínculo cultural entre el lugar y el alimento, dejando aún lado las comidas hechas en casa con valor nutricional para reemplazarlas por la comida industrial, homogénea, exagerada y rápida (Oseguera, 1996).

Adame (2013), menciona que en México cada día va en aumento el fenómeno de la *chatarización de la alimentación*, pues hoy en día los alimentos se están dejando de preparar y consumir en los espacios domésticos debido a que las personas prefieren alimentarse de una forma más rápida y fácil: con productos de la tienda o *garnachas* de los

puestos insalubres de la calle. Esta comida *chatarra* esta elaborada con cantidades excesivas de azúcar, sal y grasas hidrogenadas, harinas refinadas y una serie de químicos como conservadores, colorantes y saborizantes. Además, son graves las consecuencias que tiene este fenómeno sobre la salud de las personas ya que en diversos estudios se ha demostrado que estos alimentos *chatarra* o *súperindustrializados* pueden provocar nuevas alergias, tumores cancerígenos o resistencia a algunos antibióticos.

1.6.1. Estadísticas de la obesidad en México

De acuerdo con la OMS, en el 2014 más de 1900 millones de personas mayores de 18 años tenían sobrepeso, de los cuales más de 600 millones padecían de obesidad, es decir, el 13% de la población mundial adulta, de los cuales el 11% eran hombres y el 13% eran mujeres. Mientras que en el 2013 más de 45 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso.

En la actualidad México y Estados Unidos ocupan los primeros lugares de prevalencia mundial de obesidad en la población adulta. De esta manera, la población mexicana manifiesta problemas de exceso de consumo de alimentos no nutritivos, además se estima que en el país hay 700 millones de personas obesas y que uno de los principales problemas de salud es la diabetes mellitus tipo 2, la cual ha aumentado su prevalencia un 30% en las últimas dos décadas (Aguirre, 2012 citado en Toral, et. al., 2012)

En México existe la prevalencia de obesidad y sobrepeso más alta a nivel mundial, ya que estas se presentan en el 69.3% de la población adulta. Además, la tendencia es creciente ya que ha aumentado sustancialmente en los últimos 13 años un incremento cercano al 30% (Tusié, 2008). De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016 se observó una prevalencia de obesidad de 34.5% en mujeres mayores de 20 años, mientras que en los hombres fue de 24.2%. En cuanto al sobrepeso la prevalencia en mujeres fue de 37.4%, mientras que en los hombres fue de 42.5%. Dicho aumento ha posicionado a la obesidad y al sobrepeso como unos de los principales problemas de salud pública en el país.

En cuanto a la obesidad infantil, México tiene el primer lugar en el mundo. La obesidad infantil tiene una repercusión negativa en si misma que influye en la morbilidad y

mortalidad del adulto, pues es en la infancia, la época que condiciona en buena medida, el comportamiento de la edad adulta y la adquisición y mantenimiento de la obesidad, en otras palabras, es más probable que niños con sobrepeso se conviertan en adultos con obesidad (Rivera, 2013).

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016, tres de cada 10 menores padecen sobrepeso u obesidad, es decir, 33.2% de la población infantil en edad escolar (de 5 a 11 años). Mientras que en adolescentes (de 12 a 19 años), casi cuatro de cada 10 presentan sobrepeso u obesidad, es decir, el 36.6% de la población adolescente.

Córdova (2009), menciona que atender este fenómeno de la obesidad conlleva un fuerte impacto en recursos financieros, humanos y de infraestructura, pues el porcentaje de personas con un índice de masa corporal mayor a $25\text{kg}/\text{m}^2$ (porcentaje que es representativo de las enfermedades crónicas) aumentó 13% en el periodo de 1994 a 2000 y hubo un aumento de 33.5% del año 2000 al 2006. De igual forma indica que la misma tendencia se observó en el síndrome metabólico, lo cual muestra un mayor riesgo de desarrollar diabetes o enfermedades cardiovasculares.

2. EL ESTIGMA DE LA OBESIDAD Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LA PERSONA OBESA

La obesidad ha sido mal vista no solo desde un enfoque médico, sino también desde un enfoque social y cultural, debido a su estigmatización. Bolaños (1993), señala que la estigmatización es un fenómeno de origen social en el que se manifiesta la reacción de desaprobación de la sociedad frente a hechos que quebrantan los patrones que marcan los límites de la convivencia pacífica, provocando así una situación de separación del individuo infractor; esta separación de no ser realmente experimentada por el sujeto no daría lugar a dicho fenómeno.

El *fenómeno estigmatizante* es un proceso conformado por dos fases; en la primera de ellas se encuentra la reacción que produce en la sociedad el quebrantamiento de la regla de conducta, así como la situación que vive el sujeto en razón de su nueva colocación dentro de la sociedad como consecuencia de la reacción social. En la segunda fase se encuentran todas aquellas consecuencias que se producen para el sujeto que es alienado por dicha estigmatización.

El problema del padecimiento de la obesidad y el significado social que trae consigo ha estado presente a lo largo de la historia humana.

2.1. El Estigma de la obesidad a lo largo de la historia

De acuerdo con Villaseñor, Esqueda y Cárdenas (2006), los cuerpos han sido diferentes a lo largo del tiempo, no solo físicamente, sino también, socialmente. Las ideas de lo que es, significa, vale física y socialmente dependen de cada cultura y del tiempo en el que se encuentre. Por lo cual, la palabra *cuerpo* depende de diferentes percepciones de la realidad.

Desde la época de la prehistoria, el hombre prehistórico se alimentaba básicamente de plantas, tubérculos y otros vegetales, así como de insectos, huevecillos de insectos y animales pequeños, sin embargo con el desarrollo de la vida comunitaria y de mejores herramientas para la cacería, el hombre pudo convertirse en un depredador de manadas de animales salvajes o grandes, como el mamut y el bisonte, o de peces una vez que inventó

las redes. El hombre prehistórico no mantenía una dieta equilibrada y en muchos casos su alimento consistía en carne. En esta época, la obesidad era concebida como una representación clara y simbólica de maternidad y fecundidad, ya que las mujeres de gran cuerpo eran significado de vida: al fin y al cabo, la mujer era como una madre tierra, ella guardaba el sobrante de la cosecha y de la caza, disponía de todos los bienes, y encendía o apagaba el hogar según lo creyera necesario. Entonces, la obesidad era vista como sinónimo de salud y de supervivencia (Foz, 2006).

En la época antigua, en el imperio egipcio, las autopsias de momias muestran que la obesidad y las enfermedades relacionadas a esta como la arteriosclerosis coronaria y el infarto de miocardio estuvieron presentes en esa época. La obesidad solo se presentaba en personas con un rango social elevado (Foz, 2006). Asimismo, en las enseñanzas del Kagemni, puede leerse por primera vez en la historia una asociación de la glotonería con la obesidad y una condena y estigmatización del comer con exceso, por tanto, esto era sinónimo de envidia y codicia pues aquel que era glotón se olvidaba de aquellos que viven en la casa cuando devoraba (Basilio, Monereo y Álvarez, 2000).

Por otra parte, en Grecia, Hipócrates, se ocupaba de la obesidad siendo el primero que asoció la obesidad y la muerte súbita (Foz, 2006). Señaló que “la muerte súbita es más frecuente en los obesos que en los delgados”, y que la obesidad es una causa de infertilidad en las mujeres. Igualmente, Platón hablaba de la importancia de una dieta equilibrada y moderada para mantener la salud, pues asocia la obesidad con la disminución de la esperanza de vida (Alonso, 2005).

En la edad media, la glotonería era un sinónimo de salud y bienestar. En esta época, el estar gordo u obeso no era mal visto ni relacionado con la glotonería, pues los caballeros debían de ser robustos y fuertes para poder competir en los torneos y batallas en donde la corpulencia era algo fundamental. Incluso, los artistas de esta época pintaban cuerpos obesos como algo hermoso, solo cuando la gordura resultaba algo incapacitante para la persona, se le intentaba poner remedio. Asimismo, en esta etapa la iglesia católica convirtió a la glotonería en un pecado, tanto así que el papa Inocencio III insistió en que la gula era un pecado y reprendió contra todos los sacerdotes y monjes obesos. De tal modo que San

Agustín en el siglo V y Gregorio I en el siglo VII, incorporaron la gula entre los siete pecados capitales (Vigarello, 2011).

En la edad moderna, ya en el siglo XV, el sobrepeso y la obesidad, eran vistos como símbolos de fecundidad y atractivo sexual, así como de salud y bienestar. No obstante, en el transcurso de los siglos y en el avance de la ciencia y la medicina, el sobrepeso y la obesidad empezaron a tener papeles más importantes pues durante el siglo XVII se publicaron al menos 34 tesis doctorales en relación con la obesidad, y en 1727 se publicó la primera monografía escrita en inglés sobre la obesidad: *Discourse on the causes and effects of corpulency together with the method for its prevention and cure*. En ella se afirma que la *corpulencia* es un estado mórbido, y describe como causa de obesidad el sedentarismo y la ingesta de algunos alimentos como dulces, grasas y sustancias ricas en aceite. Además, la obesidad se ve claramente estigmatizada, ya que queda vinculada a la pereza y a la glotonería (Foz, 2006). Asimismo, de acuerdo con el autor Vigarello (2009), en esta época la gordura y la delgadez empieza a ser una cuestión estética, por lo cual, las prendas y la moda también ocuparon un tema central con respecto al significado social de la obesidad, en donde las mujeres fueron las protagonistas en el nuevo escenario de la moda debido a que las pequeñas cinturas eran la atracción de ese momento y con ello se empezaron a usar las cinchas de piel con cordones, los corsés y contenciones a base de láminas de acero para contener los vientres excesivos.

Según los autores González, Sanz y García (2008), es a finales del siglo XVIII donde algunos textos médicos refieren que la principal causa de la gordura es un exceso de ingesta calórica en relación a las necesidades del organismo ya sea por glotonería, por mayor aprovechamiento de los alimentos o por circunstancias que alteran el equilibrio entre necesidades y aporte. Al finalizar el siglo, concretamente en 1799, J. Tweedie delimita el concepto de “enfermedad” para la obesidad mórbida.

Ya en el siglo XIX el estigma social sobre la gordura ahora también recae en hombres y burgueses pues ahora el nuevo modelo de hombre activo y luchador era físicamente con un buen torso, hombros anchos, cintura marcada y pantalones ceñidos; aunque la obesidad mediana era bien aceptada, lo que no sucede con las mujeres ya que la delgadez era forzosa (Bravo, 1996).

Así, a mediados del siglo XIX Paul Émile Daurant-Forgues y Jean Jacques Grandville, escriben la obra “Las pequeñas miserias de la vida humana” en donde nos dan a conocer la vida del obeso, víctima de bromas y desaires y con un sentimiento constante de desgracia (Foz, 2006).

Es en la última parte del siglo XIX cuando se empiezan a popularizar los trajes de baño, por lo cual, los cuerpos robustos se convierten en objetivo de burlas y críticas. Asimismo, la moda femenina cambia y desaparecen los vestidos con formas acampanadas que ocultaban la figura, pues surgen nuevos modelos. Además de que a finales de este mismo siglo, surgen las dietas baja en calorías y remedios farmacéuticos para bajar de peso. (Bravo, 1996).

A finales del siglo XIX, según el autor Foz (2006) la obesidad se había descontrolado en los cuerpos de algunas personas, incluso en ferias estas personas eran exhibidas como atracción. A partir de del siglo XX esos espectáculos empiezan a ser intolerables para la mayoría y la persona obesa pasa a ser un caso clínico. Sin embargo el obeso también pasa a ser considerado como alguien que evita el cuidar de sí mismo, falto de voluntad y de dominio: un fracasado, alguien incapaz de cambiar. Por lo cual, continúa siendo un ser estigmatizado.

Después de la primera guerra mundial, surge un nuevo cambio de belleza Femenino, estereotipando cuerpos en extrema delgadez y sin figura, este estereotipo se extiende hasta Europa, aunque en los años treinta, hubo un breve retorno con el estereotipo de mujeres con curvas, lo cual se podía ver con las actrices de moda de esa época, pero tras el estallido de la segunda guerra mundial, la moda de la delgadez extrema vuelve, la cual ha persistido hasta nuestros días.

2.2. El estigma de la obesidad en la actualidad

En la actualidad, la obesidad desde el punto de vista social y cultural ha arrastrado un estigma que ha afectado a personas que padecen de esta, atrayendo consigo una presión social ligada a los nuevos estándares de moda y hasta médicos ya que estos han participado en la visión negativa de la obesidad (García, 2007).

Hoy en día, nuestra sociedad no solo rechaza a la obesidad, si no a quien la padece, sobrevalorando a los cuerpos delgados (López y Salléz, 2005). Las modas, estereotipos y prejuicios de la sociedad ponen en manifiesto que el cuerpo delgado es bueno, mientras que

es socialmente aceptable expresar actitudes negativas hacia las personas con sobrepeso y obesidad, todas estas relacionándolas con la dejadez, descuido, insalubridad, enfermedad, fealdad, pereza y soledad (Gago et al., 2012). Y aunque la belleza esté sujeta a cánones cambiantes, en la actualidad, el sobrepeso y la obesidad no constituyen aspectos físicos agraciados y, por ende resultan poco o nada atractivos (Jáuregui et al., 2008).

La obesidad está considerada por la sociedad como una consecuencia de un vicio, por lo cual, la persona se entrega a este vicio y pasa a tener obesidad porque él así lo quiere, es decir, por que come sin control y con glotonería (Toro, 2003).

Como muestra de ello, los autores Jáuregui et al. (2008) es su artículo *Influencia de los estereotipos en la percepción de la obesidad*, señalan que a la hora de categorizar a las personas obesas, en contraposición con las personas delgadas, existe una clara bipolaridad entre perezoso/motivado, estúpido/inteligente y de escaso valor/valioso. Por lo cual, torpeza, desmotivación y escaso valor serían algunas características propias asignadas a las personas obesas, en función de los estereotipos.

En casi todas las culturas el cuerpo obeso o próximo a serlo se asocia con la ausencia de atractivo físico. Además, estudios sobre la apariencia y el atractivo físico han demostrado que una persona considerada atractiva, comparada con quienes no lo son, reciben más apoyo y aliento para desarrollar mejores habilidades sociales (Toro, 2003).

Esta mala visión de la obesidad ha llevado a que personas que la padecen sufran de malos comentarios, burlas y discriminación (Peralta, 2013). Con demasiada frecuencia el término *gordo* se asocia, bajo la burla, con la fealdad y ridiculez, las cuales son características perfectas para el acoso hacia estas personas, el cual se reproduce en ciertos ámbitos de convivencia, ya sea en la escuela, el trabajo o en la propia familia (Rivas, 2015).

Por otro lado, los medios de comunicación son los que más han influido en la idealización de la delgadez y en la desaprobación de la obesidad desde la infancia mediante programas, caricaturas, películas, publicidad, libros, revistas y más, hasta la edad adulta (Gago et al., 2012). Toro (2003), señala que el constante bombardeo de la televisión, la publicidad y demás vehículos de información son un lavado de cerebro peligroso para la salud mental de una gran parte de la población. En donde las normas de belleza deben de estar ligadas a la delgadez y a la juventud, las cuales no solo están impuestas para las mujeres, sino también para los hombres (Peralta, 2013).

En este sentido, la delgadez está relacionada a la buena salud, a la buena forma física, al deporte y por ello, una persona joven y delgada es una persona responsable y, desde el punto de vista social, es considerado como alguien bello. Obviamente, todo esto influenciado por los estereotipos corporales estandarizados según el género (Jáuregui et al., 2008 y Peralta, 2013).

“El estereotipo cultural femenino exige juventud, belleza y delgadez, por lo cual se divulga la necesidad de ejercicio físico para poder tener caderas y muslos pequeños y fuertes, hombros anchos y brazos perfilados. Mientras que el estereotipo cultural del hombre exige una elevada estatura, abundante pelo y una musculatura firme y potente” (Gago et al., 2012, p. 38).

En consecuencia, los medios de comunicación, la publicidad y la mercadotecnia, nos da a admirar y envidiar cuerpos juveniles y esbeltos. En el mundo de la moda, las siluetas cada vez son más tubulares (el busto y las caderas son más pequeños, mientras que la altura y la cintura son más grandes), además la extrema delgadez de las modelos parece ejercer influencias decisivas en muchas de las mujeres, sobretodo en adolescentes. Toro (2003), asegura que los medios de comunicación influyen de una forma escalofriante que la grasa corporal de las actrices y modelos se sitúa entre el 10 y el 15% del total, sin embargo, la proporción grasa media de una mujer debe ser del 20 al 22%. Esto significa que la esbelta figura de modelos y actrices se sitúa en el borde de lo patológico, pues aproximadamente el 50% de estas sufren de algún trastorno del comportamiento alimentario. Esto ha llevado a que una gran cantidad de personas se preocupen por su peso, las grasas en su cuerpo y las calorías que consumen, con el afán de poder ser delgas. Además, estos modelos publicitarios han incitado a que gran parte de la población desee la delgadez y le tenga miedo obsesivo a la gordura (Contreras, 2002).

Esto sin olvidar las consecuencias psicológicas del seguimiento de dietas, pues para una persona con obesidad esto puede significar aumento de depresión, ansiedad, nerviosismo, debilidad e irritabilidad. Asimismo, estas personas se llegan a sentir culpables, avergonzados y criticados por su fracaso con las dietas (Vázquez, 2004).

Por otra parte, la población más vulnerable ante estos criterios sociales de belleza son los adolescentes, ya que la obesidad o la delgadez pueden referir en ellos un sinnúmero de

significados que propician la construcción de su identidad e imagen corporal que puede o no ser favorable en la satisfacción de sí mismos (Rodríguez et al., 2008).

Como resultado, hoy en día nos encontramos en una sociedad en la que el valor absoluto del ser humano está relacionado con el físico, con lo que se ve (Martin, 2002, citado en Gago et al., 2012). En donde “la obesidad constituye uno de los principales estigmas sociales con una marcada repercusión a nivel psicológico individual” (Villaseñor, 2006, p. 86). Los problemas psicológicos de las personas con obesidad son vistos más como consecuencia del prejuicio, la discriminación de los otros y del choque con su propia internalización de la delgadez como ideal de belleza, y no como una causa de obesidad. (Álvarez, 2006).

Desde esta perspectiva, la obesidad es visualizada como el síntoma o la consecuencia de un problema de ajuste psicológico o social. No obstante, se debe recordar que “la obesidad es en sí misma un estado patológico, investida de estigmas sociales, que no tiene que ver exclusivamente con un problema de estética corporal, sino que atenta incluso contra las cualidades emocionales, de carácter o personalidad, afectando a cualquier tipo de población a cualquier edad” (Vázquez, 2004, p.138).

2.3. El impacto de los estigmas sociales en la calidad de vida de personas con obesidad

Los estigmas sociales que parten de la obesidad, han tenido como resultante un costo psicológico, con alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica. Estos problemas psicológicos y psiquiátricos que acompañan a la obesidad se pueden considerar como factores causales, complicaciones o enfermedades como un componente inevitable y aunque la obesidad, por sí misma no es un trastorno psiquiátrico, la alta prevalencia de psicopatología de los pacientes con obesidad y la mayor tasa de padecimientos psiquiátricos entre los mismos que buscan la ayuda médica, en comparación con la población general permite visualizarlo como un problema psiquiátrico (Villaseñor, Esqueda y Cárdenas, 2006).

De esta manera, la obesidad se expone a las consecuencias de la desaprobación y las personas que la padecen se ven afectadas en la educación, el empleo y la atención a la salud. “Es decir, la obesidad se transforma en un daño psíquico y moral que no hemos

cuantificado y que se traduce en un serio deterioro de la calidad de vida, además de múltiples problemas emocionales...” (Álvarez, 2006, p.45).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) inició en 1980 un proyecto para conceptualizar y medir la calidad subjetiva de la vida de un individuo. Como resultado, el grupo de la OMS sobre la calidad de vida, definió dicho concepto como la percepción individual de la propia posición que se tiene dentro del entorno cultural y en el sistema de valores en que se vive en relación con los objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones personales (The WHOQOL Group, 1995).

Para Cardona y Agudelo (2005), el concepto de calidad de vida no puede ser netamente objetivo, pues se refiere a la experiencia que tienen los sujetos de su propia vida según un sistema de valores y perspectivas que varían de persona en persona, así como en cada época y sociedad. Es, entonces, una sensación de bienestar que se da como producto de la combinación de condiciones objetivas (como, por ejemplo, los recursos materiales) y subjetivas (la satisfacción que alguien obtiene con esos recursos según sus propios criterios), tomando en cuenta dimensiones positivas y negativas (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012).

Aunque el concepto de calidad de vida es tan subjetivo y variable como los de bienestar y felicidad, el grupo de la OMS sobre la calidad de vida (The WHOQOL Group, 1995) considera seis esferas para evaluar este término multidimensional: el dominio físico (que considera facetas como la energía, el descanso y el dolor), el dominio psicológico (que abarca pensamiento, memoria, sentimientos y autoestima, entre otros aspectos), el nivel de independencia (movilidad, capacidad para trabajar y dependencia de medicamentos), las relaciones sociales (relaciones interpersonales, apoyo social y actividad sexual), el entorno o medio ambiente (implica seguridad, entorno doméstico, recursos financieros, servicios sociales y de salud, contaminación, clima, tráfico, transporte y oportunidades para realizar actividades recreativas o de esparcimiento) y la espiritualidad, religión o creencias personales.

La obesidad repercute en la calidad de vida relacionada con la salud no solamente en el plano físico, sino también en el psicológico y el de relaciones sociales. Fernández-López, Fernández-Fidalgo y Cieza (2010) aseveran que “como seres sociales nuestra salud

depende sustancialmente de un intercambio interpersonal favorable en términos de recompensas materiales o emocionales y de aprobación cognoscitiva”. De esta manera, la percepción del cuerpo tiene que ver con una valoración que el individuo hace a partir de la información sensorial que ha adquirido, al ver y escuchar los patrones significativos forjados en la infancia, desde lo cultural y social. Asimismo, se relaciona con sentimientos y apreciaciones del mundo interno y externo del individuo (Padilla et al., 2006).

Ante la demanda social, donde contradictoriamente se exige una figura delgada en un ambiente que facilita el sobrepeso y la obesidad, la persona con este problema experimenta altos niveles de frustración. Asimismo, las ilusiones de tener una figura demasiado delgada, que en ocasiones es poco sana y muy difícil de adquirir, hace que se le pida a la persona afectada una figura que muchas veces difiere considerablemente del peso que podría alcanzar (Padilla et al., 2006).

En consecuencia, la discrepancia entre el cuerpo real y el ideal socialmente impuesto, unido a los prejuicios y estereotipos asociados, hace que las personas que se perciben como obesas o con sobrepeso vean seriamente deteriorada su autoestima al no lograr alcanzar el ideal. Provocando una infravaloración de su competencia atlética y su apariencia física por una mayor preocupación por el peso y la forma corporal (Gago et al., 2012).

Este estigma no solamente ha afectado en el autoestima, pues algunas personas obesas sufren de depresión, tiene ideas suicidas e incluso pueden llegar a sufrir de algún trastorno de la alimentación. Conjuntamente, el estigma provoca una pesada carga física y psicológica que puede conducir a las víctimas a experimentar tipos de control peso poco o nada saludables, con la ilusión de llegar a un peso y a una figura más aceptable. Todo esto debido a una imagen corporal que la sociedad señala como negativa (Zabala, 2011). El resultado siempre es un daño físico, psíquico, social, económico o, una combinación de todos ellos que se ven reflejados en cada etapa de la vida (Padilla et al., 2006).

En la infancia, los niños que tienen unos kilos de más sufren por ello, pues en esa etapa de la vida los niños suelen ser muy sinceros y a la vez crueles, por ello, el pequeño desde los cuatro o cinco años sabe que es diferente al resto de sus compañeros, que es el

gordito del salón y que por ello se ha ganado apodos, chistes y ofensas. Asimismo, algunos niños con este problema pueden ser excluidos en la hora del recreo, por lo cual son poco sociales y tratan de ser aceptados por maestros y compañeros. Esto también suele aparecer en el núcleo familiar (Álvarez, 2004). Alrededor de los seis años de edad, la presión social contra la obesidad es tan clara que los niños ya la han interiorizado perfectamente (Toro, 2003). Estudios han identificado como posibles fuentes de transmisión de estas creencias a la familia, los amigos y los medios masivos de comunicación, principalmente, donde los niños son los más vulnerables. En la familia, dicha transmisión podría ocurrir de dos formas: directamente, a través de las verbalizaciones de los padres relacionadas con el cuerpo y la apariencia física; e indirectamente, a través de conductas observables relacionadas con el control de peso corporal o con el cuidado de la apariencia física que tienen los padres hacia ellos mismos y hacia sus hijos (Jiménez y Silva, 2013). Hay que tomar en cuenta que los comentarios tanto negativos como positivos acerca del cuerpo del niño tienen un peso suficiente como para ser recordados toda la vida (Toro, 2003).

Como muestras del rechazo y discriminación que existe en niños obesos, Richardson et. al. (1961) citado en Toro (2003), desarrollaron un estudio en donde a un grupo de niños y niñas de 10 y 11 años de edad se les mostraron seis láminas que reproducían a otros niños o niñas, según el sexo del participante: un niño sin ninguna discapacidad; un niño con su pierna enyesada y en muletas; un niño en silla de ruedas; un niño sin la mano izquierda; un niño con su boca y mejilla izquierda desfiguradas; y un niño con obesidad. Los niños participantes debían de elegir uno a uno las figuras que les resultaban más atractivas. En todos los casos el niño con obesidad fue el último en ser elegido.

Este mismo estudio se llevó a cabo con un grupo de adultos. Los resultados fueron similares a los obtenidos en el grupo de niños, pues ellos también presentaron un idéntico grado de rechazo hacia el niño obeso. Al ser interrogados sobre su preferencia muchos de ellos respondieron que los niños con discapacidad eran víctimas desafortunadas de su ambiente, mientras que el niño obeso era responsable de su padecimiento (Toro, 2003).

Los niños y adolescentes obesos enfrentan la estigmatización y discriminación a diario, y a menudo son juzgados y son víctimas de exclusión social (Zabala, 2011). Para los

adolescentes el aspecto físico del cuerpo obeso puede considerarse como algo desagradable, incómodo, feo e incluso puede llegar a generar al adolescente miedo a estar en esa condición. Los jóvenes con obesidad, muchas veces, dentro de las instituciones escolares asumen actitudes prejuiciosas por parte de compañeros y maestros, esto puede generar que el adolescente acepte su posición de persona obesa ante la vida, lo cual es particularmente peligroso, porque produce una actitud de culpabilidad que podría conducir a la depresión o provocar actitudes negativas a su persona y su cuerpo (Bermúdez y Hernández, 2012).

La vergüenza de ser obeso puede inducir en los adolescentes a la angustia por querer bajar de peso, lo cual puede conducir a la realización de dietas poco saludables y a su vez a desórdenes en la alimentación, pues la adolescencia es la etapa de más riesgo para los trastornos del comportamiento alimentario y es evidente que la presión social contra la figura obesa se ejerce de forma más acentuada sobre las mujeres que sobre los hombres (Bermúdez y Hernández, 2012).

De esta manera, el joven adolescente con obesidad usa ropa que oculte sus kilos de más, "...ropa grande, holgada, fea e incluso repulsiva, para que nadie se fije en él; puede incluso descuidar su aseo personal, porque cree que así pasara desapercibido." (Álvarez, 2004, p. 90).

Amador y Musitu (2011) aseguran, que las mujeres experimentan de modo muy especial la presión en favor a la delgadez, lo cual, ha afectado en ellas sus relaciones sociales y afectivas. De la misma forma ha podido determinarse que, comparadas con hombres de peso excesivo, la mujeres con sobrepeso u obesidad tienen menos citas, experimentan menos satisfacción en sus relaciones con el otro sexo y son más criticadas por sus compañeros.

Un estudio realizado con estudiantes de bachillerato demostró que estigmatizaban y rechazaban a las personas obesas con la misma contundencia con que lo hacían a prostitutas y desfalcadores. Estos estudiantes preferían casarse con adictos a las drogas, antiguos enfermos psiquiátricos o divorciados, antes que hacerlo con obesos (Toro, 2003).

Por otra parte, la gente insegura por su peso se siente en desventaja siempre, sobretodo en el ámbito laboral en donde el estigma y la discriminación en torno a la

obesidad existen, pues Magallares (2007), menciona que a las mujeres trabajadoras a las que se les otorga mayores competencias son aquellas que tienen menor peso. En términos generales, las personas con sobrepeso u obesidad, comparadas con las que no lo tienen, a efectos laborales tienden a ser consideradas como menos competentes, menos productivas y con menos éxito. En el caso de la mujeres la situación es peor porque la discriminación suele ser más marcada para ellas (Toro, 2003).

En el entorno de trabajo y en los procesos de selección la discriminación laboral se puede ver cuando tanto jefes como compañeros llegan a rechazar a personas con una figura obesa o próxima a serlo. Asimismo, los empleos como recepcionista, secretaria o similares, que tienen que ver con la presentación de la empresa son los que más rechazan a personas con obesidad (Peralta, 2013).

Otro problema que pueden enfrentar estas personas con respecto a su físico tiene que ver con el mostrar su cuerpo, esto los hace sentirse vulnerables y en desventaja en distintas situaciones sociales, por ello, tratan de aislarse o escapar de ellas (Peralta, 2013).

Un ejemplo claro, es a la hora de tener relaciones sexuales con el sexo opuesto, en donde, sobre todo mujeres buscan tener las luces apagadas o no desnudarse por completo (Calado, Lamieras y Rodríguez, 2004). Otra situación es cuando la persona no va a la playa o buscan pretextos para no ir y si va nunca usa traje de baño, usa camisetas largas que ocultan su figura (Álvarez, 2003). Esto mismo puede suceder en fiestas o reuniones, en donde las personas con problemas de obesidad mórbida difícilmente encuentran un atuendo adecuado a la ocasión que les guste como les luce (Peralta, 2013).

Día a día, estas personas con kilos de más sufren de los prejuicios, la discriminación y el rechazo de otras personas, compañeros de trabajo o de la escuela, de los propios amigos y hasta de la misma familia. En un trabajo realizado por Peralta (2013) llamado *La cuidad me queda chica: discriminación por obesidad en Santiago de Chile*, muestra testimonios de personas con obesidad y obesidad mórbida, quienes exponen las dificultades a las que se encuentran día a día debido al estigma:

Una de las principales dificultades a las que se enfrentan es en el transporte público, pues de acuerdo a los testimonios, las miradas de la gente son bastante molestas, sobre todo

a la hora de sentarte, los asientos son algo pequeños y suele ser frecuente tomar espacio del asiento de la persona de alado (Peralta, 2013).

Otra dificultad, es a la hora de ir a comer a un restaurante, muchas veces las sillas suelen ser algo molestas e incómodas por el poco espacio que se les da. Además, a la hora de comer, la gente les mira como con cara de asco o sorprendida por la cantidad de comida que hay en sus platillos, incluso una de las personas entrevistadas mencionó “me molesta mucho que no puedo comer nada tranquila, porque la demás gente me mira feo. Como que por ser gorda no me diera hambre” (Peralta, 2013, p.36).

También, a la hora de comprar ropa todo se vuelve un caos, pues cuando se ven puesta la prenda, esta luce muy diferente al maniquí, además hay veces que la ropa suele ser muy pequeña y, como menciona una de las personas entrevistadas “el vestuario para gorda es muy feo, no tiene forma y creen que una gorda siempre tiene que parecer un cojín floreado. Hay que comprar lo que a uno le cabe, no lo que le gusta” (Peralta, 2013, p.38). Hay veces que mejor evitan hacer estas compras y solo renuevan su closet cuando su ropa está demasiado rota o gastada.

Con lo anterior, se puede ver que hoy en día es normal que gran parte de las personas con sobrepeso u obesidad cuenten con un autoconcepto negativo y una autoestima baja. En el caso de estas personas es muy frecuente la ansiedad social y el miedo al rechazo social. Asimismo, corren más riesgo de sufrir trastornos psicológicos, trastornos en donde siempre aparece la ansiedad y suelen implicarse en conflictos interpersonales (Toro, 2003).

Desde este punto de vista, es conveniente no solo tomar en cuenta los aspectos fisiológicos de este fenómeno, sino también trabajar con aquellas variables psicológicas que se manifiestan en torno al padecimiento del sobrepeso y la obesidad, debido a que igualmente tienen un gran impacto en la calidad de vida de la persona.

3. HISTORIAS DE VIDA COMO MÉTODO PARA CONOCER EL IMPACTO QUE TIENE EL ESTIGMA SOCIAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON OBESIDAD

3.1. La metodología cualitativa y las historias de vida

De acuerdo con Quecedo y Castaño (2002), el término metodología hace referencia al modo en que enfocamos los problemas, buscamos las respuestas y a la manera de realizar la investigación. Por consiguiente, para alcanzar el conocimiento en cualquier campo de la investigación, el investigador debe de tener una metodología que le permita actuar de manera ordenada, organizada y sistemática (Gómez, 2012).

El surgimiento de distintas corrientes de pensamiento tales como el empirismo, el materialismo dialectico, el positivismo, la fenomenología y el estructuralismo han originado diferentes métodos de búsqueda del conocimiento. Por ello, dichas corrientes se han polarizados en dos enfoques: el enfoque cuantitativo y el enfoque cualitativo de investigación (Sampieri, Fernández y Baptista, 2003). “Cada uno tiene su propia fundamentación epistémica, diseños metodológicos, técnicas e instrumentos acordes a la naturaleza de los objetos de estudio, las situaciones sociales y las preguntas que se planteen los investigadores” (Monje, 2011, p. 10). Y aunque cada uno se sustente en supuestos diferentes, no son métodos excluyentes, pues estos también se complementan (Gómez, 2012).

La metodología cuantitativa se inspira en el positivismo y lo que importa en el positivismo es la cuantificación y la medición, pues a través de ellas es cómo se llega a formular tendencias, plantear nuevas hipótesis y construir teorías (Monje, 2011). Por lo cual, esta metodología confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con mayor exactitud patrones de comportamiento de una población (Sampieri, Fernández y Baptista, 2003).

Por otro lado, la metodología cualitativa está inspirada en la hermenéutica, la fenomenología y el interaccionismo, pues esta, parte del supuesto de que los actores sociales no son meros objetos de estudio, como si fuesen cosas, sino que también significan, son reflexivos y hablan (Monje, 2011). Por ello, esta metodología produce datos descriptivos, como las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable. Está sometida a una perspectiva naturalista y a la comprensión interpretativa de la experiencia humana (Pérez, 2002). Con frecuencia se basa en técnicas de recolección de datos sin medición numérica, como las descripciones y las observaciones, por lo cual, el proceso de investigación es flexible. Su propósito consiste en reconstruir la realidad tal y como la observan los actores de su sistema social. “A menudo se llama holístico porque se precia de considerar el todo, sin reducirlo al estudio de sus partes.” (Sampieri, Fernández y Baptista, 2003, p. 10).

Dicha metodología concibe a la vida humana como un proceso de transformación y cambio permanente, de tal manera, que una situación actual puede cambiar el futuro por la propia acción humana. Por ello, se percibe al ser humano como una síntesis de los elementos que conforman a la sociedad (tradiciones, valores, papeles y normas, etc.), estos elementos son acomodados en su estructura interna y los manifiesta en su comportamiento (Hernández, 2008). Mientras que el fenómeno social es comprendido a partir del sentido que adquiere para los individuos, por tanto esta metodología se interesa por captar la realidad social a través de los ojos de la gente que está siendo estudiada, es decir, a partir de la percepción que tiene el sujeto de su propio contexto (Monje, 2011).

Existe una diversidad de diseños cualitativos entre los cuales figuran el método etnográfico, los estudios de caso, la teoría fundada, las historias de vida, entre otros.

Las historias de vida representan una modalidad de investigación cualitativa que provee información acerca de las acciones del individuo como actor humano y participante de la vida social mediante la reconstrucción de los eventos que vivió y la transmisión de su experiencia vital. Pretende mostrar el testimonio subjetivo de una persona, por lo cual, se recogen tanto los acontecimientos como valoraciones que dicha persona hace de su propia existencia y se matiza en un relato autobiográfico. Incluye información sobre la vida de la

persona: escolaridad, salud, familia, entre otros, la cual es acumulada por el investigador, quien actúa como narrador, transcriptor y relator (Charres, 2012; y Gómez, 2012).

Esta metodología busca las raíces sociopsicológicas de los fenómenos organizativos, es decir, de las historias de vida emergen áreas problemáticas y momentos de crisis determinantes que pesan en el individuo, los cuales pueden suceder en el área familiar, escolar, sexual, laboral, etc., en los vínculos con la pareja, con los hijos o con la sociedad (Ferraroti, 2007). Busca esclarecer las relaciones entre individuos y sociedad, entre pasado y presente, y entre experiencias públicas y privadas de las personas. Este método se vale de la memoria, el lenguaje y la auto representación de los individuos (Hernández, 2008).

Las historias de vida favorecen a los enfoques interdisciplinarios y permite superar las visiones fragmentarias de la ciencia, la técnica o el arte. Ya que en esta metodología, el investigador a través de las experiencias vividas, los sentimientos, los recuerdos, la manera de interpretarlos, los valores y las creencias de una persona, encuentra puntos de inflexión o hitos que permitan entender con mayor profundidad, desde la perspectiva interpretativa de las personas involucradas, los contextos y fenómenos sociales o científicos (Ander-Egg, 2003). Su utilización nos permite obtener ciertos datos e informaciones que a través de la metodología cuantitativa no podríamos obtener (Goodson, 2004). De esta manera, las historias de vida nos permiten visualizar entender e interpretar las voces que siempre han estado, pero los discursos dominantes de nuestra sociedad nos ha imposibilitado ver (Cortés, 2011).

3.2. Aspectos metodológicos de las historias de vida

De acuerdo con Torres y Lorenzo (2004), la historia de vida desde el punto de vista metodológico favorece a la descripción y comprensión de las propias conductas de las personas en sus respectivos contextos de desarrollo, tratando de dar respuesta al ¿qué hacen los seres humanos para dar sentido y significado a sus propias vidas?

Asimismo, el investigador mediante entrevistas sucesivas obtiene el testimonio subjetivo de una persona, de los acontecimientos y valoraciones de su propia existencia. Y,

así se narra algo vivido con su origen y desarrollo, con progresiones y regresiones, con contornos sumamente precisos, con sus cifras y significados (Ferrarotti, 2007).

Ocaña (2011), menciona que las personas que participan como los interlocutores de las historias de vida deben cumplir los siguientes criterios de selección:

1. No debe de tener algún deterioro cognitivo grave o alguna discapacidad de comunicación verbal.
2. Debe de vivir bajo el mismo fenómeno social, cultural o científico que es el de interés para la investigación.
3. Debe de cumplir con los estándares de edad, sexo, cultura, etc., que sean necesarios para cumplir con los objetivos de investigación.

Por otra parte, Hernández (2008), señala las etapas que se deben seguir para realizar una historia de vida, las cuales son:

1. Formular las preguntas o el problema de investigación.
2. Establecer los objetivos de la investigación.
3. Delimitar los temas o tópicos a tratar.
4. Definir a los sujetos de estudio.
5. Recolectar los datos necesarios.
6. Diseñar y realizar las entrevistas: listar los temas de interés, seleccionar un lugar tranquilo y silencioso para hacer las entrevistas.
7. Registrar la información: se sugiere que sea a través de grabaciones de audio y/o video..
8. Recuperar aquellos documentos que complementen la información de las entrevistas.
9. Analizar los datos recolectados.
10. Organizar y presentar los datos.

La recopilación de la información no se plantea en un número determinado de sesiones, si no que éstas irán sucediendo a medida que vayan siendo necesarias y a lo largo de estas sesiones, tanto el investigador como el interlocutor se irán comprendiendo, dialogando y respondiendo, creando lazos de unión y confianza (Cortés, 2011). Esto

implica, para el investigador, algunas renunciaciones y la aceptación de algún principio ético. Es decir, debe de olvidar sus creencias, estereotipos y todo aquello que permita una confrontación de ideas con el interlocutor, por lo cual el investigador debe aceptar y colocarse en la misma longitud de onda del interlocutor y reconocer que ahora ambos están en el mismo tema de reflexión social (Ferraroti, 2007).

Asimismo, en la recolección de datos, el investigador se apoya en la utilización de un memorando, es decir, de una entrevista, una guía temática o una guía de conversación, los cuales son un medio importante para obtener la información adecuada y no desviarse a otros temas (Ocaña, 2011). Además, los relatos de vida cruzados, que consisten en comprobar testimonios diversos, aumentan la validez de los datos. Se trata de entrevistar a diversos informadores y poner en relación las informaciones obtenidas, lo que permite un mejor análisis de un único relato (Monje, 2011).

Las respuestas que se obtienen de esta entrevista deben ser todas registradas de una forma sistematizada, para lograrlo, Pérez (2002) sugiere realizar cuatro tipos de registros:

1. Básico: son aquellas notas y grabaciones (transcritas literalmente) hechas durante la entrevistas.
2. Temático: son los apuntes, descripciones, reflexiones y ensayos que se deben hacer de acuerdo con los temas o tópicos determinados, tomando en cuenta que pueden surgir nuevos temas que también se deberán considerar.
3. Logístico: son las anotaciones que se hacen sobre los sucesos que pudieran enriquecer el estudio; los problemas que se hayan manifestado y los pensamientos que surgían.
4. Complementario: es el resultado del análisis de los documentos, fotografías, cartas, entrevistas a personas próximas, etcétera, que aporten datos a la investigación.

Una vez recogido los datos e informaciones necesarias hay que someter a estos a una serie de tratamientos y análisis complementarios.

La edición de una historia de vida supone básicamente ordenar la información cronológica y temáticamente; recortar las divagaciones, desviaciones y reiteraciones; e

introducir notas a lo largo del texto que contextualicen y/o remitan a otras partes (Monje, 2011).

De acuerdo con Monje (2011), en este tipo de metodología se recauda un gran volumen de información textual, producto de las entrevistas, notas y grabaciones de audio y/o video. El análisis consiste en la compaginación y reunión del discurso a modo que capte la subjetividad del informante de una forma descriptiva, con el objetivo de construir un documento coherente. Y al igual que todos los estudios de tipo cualitativo, el análisis de los datos obtenidos de las historias de vida se efectúa en varias fases:

1. Fase del descubrimiento: en esta fase, el investigador examina los datos de todos los modos posibles, para ello, es necesario leer y releer los datos cuantas veces sean necesarias, identificar los temas emergentes de las conversaciones, elaborar tipologías (según el criterio del interlocutor o el investigador), intentar la elaboración de conceptos y proposiciones teóricas al respecto (por medio de palabras clave en los discursos que se someten a comparación), leer material biográfico y desarrollar una guía de la historia para integrar los temas principales.
2. Fase de codificación: es la fase en la que se reúnen y analizan los datos según su semejanza, desarrollando categorías con la finalidad de realizar comparaciones y posibles contrastes, de manera que se puedan organizar conceptualmente los datos y presentar la información siguiendo algún tipo de patrón. Un dato importante es que la categorización puede hacerse antes o después de haberse hecho la historia de vida, ya que esta puede estar predefinida por el investigador o puede surgir a medida que se analizan los datos ya recogidos.
3. Fase de análisis: en esta última fase el investigador empieza a interpretar la información obtenida según el contexto en el que fue recolectada. En esta fase, lo que se busca es reducir aún más la información recogida mediante cualquier recurso que permita mostrar conclusiones acerca de las respuestas que se obtuvieron para cada categoría y así dar respuesta a los objetivos específicos de forma directa.

Por último, es importante mencionar el tema de la ética profesional en las historias de vida, pues por el tipo de información que obtiene el investigador de los informantes, los datos recogidos solo deben ser utilizados para fines de investigación y por ello el investigador debe aclarar este punto con los informantes y es recomendable que sea de manera escrita (Chárriez, 2012).

3.3. Las historias de vida y su aplicación en la psicología

Las historias de vida, resulta ser una herramienta que aporta al investigador información subjetiva acerca del sentido que tiene la vida para las personas ante cierto fenómeno social, tomando como principal interés el entendimiento del fenómeno social desde la visión del actor. Por lo tanto, la historia de vida no solo permite conocer a la persona entrevistada en sus diferentes etapas de la vida, sino que también deja ver la realidad de diferentes contextos, es decir, desde el punto de vista de la persona o informante y no del investigador.

Según Vidal (2015), la aplicación de las historias de vida dentro de la psicología se puede ver reflejada en el ámbito clínico y de investigación.

En el ámbito clínico, los inicios de las historias de vida se pueden ver con Freud, quien recurrió a la interpretación psicoanalítica para el estudio de casos individuales, en donde más tarde utilizó también documentos personales para entender mejor el desarrollo de la personalidad de los sujetos (Chárriez, 2012).

En la actualidad, la elaboración de la historia de vida puede llevarse a cabo en cualquier etapa de la vida, sin embargo, suele ser habitual que se realice con personas mayores por la extensa información que se puede recolectar. Por esta razón, las historias de vida son una herramienta que se utiliza frecuentemente en la gerontología, con la finalidad de mejorar la intervención terapéutica del paciente (Villar, 2006).

En el ámbito clínico, la historia de vida es de ayuda para el terapeuta, ya que esta brinda datos básicos del paciente o usuario, los cuales pueden ser utilizados para la historia clínica del mismo. Asimismo, la historia de vida sirve para obtener el punto de vista

subjetivo del paciente, es decir, el cómo ve su vida en el momento de acudir a una terapia, lo que permite planificar de mejor forma el proceso terapéutico (Chárriez, 2012).

Del mismo modo, las historias de vida tienen un sentido terapéutico, pues las personas reflexionan sobre sus alegrías, tristezas y logros pasados, lo que les ayuda a entender lo sucedido y encontrar nuevas direcciones en el futuro (Vidal y Triado, 2006).

Según, Vidal (2015), dentro del ámbito de la investigación psicológica, las historias de vida son una herramienta cualitativa dentro de la corriente fenomenológica que aporta información subjetiva de la vida de las personas y de su relación con la vida social. Por lo cual, este tipo de investigación revela información que va más allá de los números sobre diversos fenómenos sociales que son de interés para entender mejor las diversas dimensiones del ser humano y por ende para la psicología.

4. METODOLOGÍA

4.1. Justificación

El sobrepeso y la obesidad, así como sus complicaciones asociadas constituye hoy en día un problema epidemiológico de grandes dimensiones en donde tener unos kilos de más no es tan solo un problema estético, sino que repercute directamente sobre la salud física y mental, disminuyendo su calidad de vida. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012), la prevalencia de sobrepeso y obesidad en México en adultos es de 71.28% (que representan a 48.6 millones de personas). Esto nos muestra que en México más de la mitad de la población vive con problemas de sobrepeso y obesidad, y por ende, estas personas no solamente viven con problemas de salud física, sino también con problemas psicológicos y discriminación, ocasionados por los prejuicios sociales que existen en torno a la obesidad, por lo cual, la presente investigación se realiza con la intención de conocer a profundidad el impacto que tiene el estigma social en la calidad de vida de las personas con obesidad a través de tres historias de vida, y así tener una perspectiva completa sobre las dimensiones psicológicas, sociales y culturales de este fenómeno.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el impacto que tiene el estigma social sobre la calidad de vida de personas con obesidad?

Objetivo general

Analizar el impacto que tiene el estigma social sobre la calidad de vida de personas con obesidad.

Objetivos específicos

1. Examinar las variables psicológicas y sociales que se manifiestan en torno al fenómeno de la obesidad, así como el impacto que tienen estas en la calidad de vida de las personas que la padecen.

2. Explorar la perspectiva y realidad de cada persona entendiendo sus experiencias, con la finalidad de conocer a fondo el impacto del estigma social sobre su calidad de vida.
3. Enunciar cinco historias de vida con el propósito de identificar aquellas consecuencias que genera el estigma social en personas con obesidad.

4.2. Método

Para realizar la intervención se llevaron a cabo historias de vida, las cuales, según Chárries (2012), son una herramienta metodológica que ayuda al investigador a recoger aquellos eventos de las vidas de las personas que son dados a partir del significado que tengan de los fenómenos y las experiencias que éstas vayan formando a partir de aquello que han percibido como una manera de apreciar su propia vida, su mundo, su yo y su realidad social. Por lo cual, las historias de vida no sólo permiten conocer a la persona que narra, sino que también ayuda a desentrañar realidades que se viven en muchos contextos y fenómenos sociales, pues como menciona Ferrarotti (2007), todo acto individual es una totalización de un sistema social.

Descripción de la muestra:

Para realizar esta intervención, se realizaron cinco historias de vida de cinco personas que tengan o hayan tenido sobrepeso u obesidad y que quieran contar de manera voluntaria sus experiencias respecto a esta.

Las personas que participen en estas cinco historias de vida y cumplan el rol del historiador o narrador serán pertenecientes a un gimnasio llamado *Fortius GYM*, ubicado en Naucalpan de Juárez, Estado de México. Estas personas reúnen en dicho lugar por las mañanas para realizar ejercicio o a tomar consulta con la nutrióloga del gimnasio, con el propósito de bajar de peso y tener una mejor salud física.

Descripción de los participantes:

Las personas que fueron seleccionadas para llevar a cabo las historias de vida eran hombres y mujeres que en su pasado padecieron de sobrepeso u obesidad y desearon contar sus experiencias, sin importar edad, sexo ni aspectos socioeconómicos.

Escenario de aplicación:

Los relatos de las historias de vida se llevaron a cabo en un consultorio psicológico ubicado en Av. Minas Palacio #93 A, Colonia San Luis Tlatilco, Naucalpan de Juárez, Estado de México.

Materiales:

- Infografía acerca del tema (Anexo 1).
- Consentimiento informado (Anexo 2).
- Guía de entrevista semiestructurada (Anexo 3).

La guía se utilizó para la obtención de la información y se elaboró de acuerdo a la bibliografía consultada. Consta de seis apartados: Presentación (que incluye preguntas sobre los datos generales de la persona), Familia (incluye preguntas relacionadas a los antecedentes de sobrepeso u obesidad en la familia, enfermedades ocasionadas por estos y hábitos de alimentación), Infancia (con preguntas relacionadas a la influencia que tuvo la obesidad o sobrepeso en el dominio físico, psicológico y de relaciones sociales en la infancia de la persona), Juventud (con preguntas relacionadas a la influencia que tuvo la obesidad o sobrepeso en el dominio físico, psicológico y de relaciones sociales en la juventud de la persona), Adulthood (con preguntas relacionadas a la influencia que tuvo la obesidad o sobrepeso en el dominio físico, psicológico y de relaciones sociales en la adultez de la persona), y un último apartado para aquellas personas que hayan bajado de peso (con preguntas relacionadas a los cambios físicos, psicológicos y de relaciones sociales que tuvo la persona al perder peso). Esta guía tiene un total de 99 preguntas abiertas, sin embargo, de acuerdo con el tipo de metodología utilizada en esta investigación dentro del relato pueden surgir nuevas preguntas.

Aparatos:

- Grabadora de audio.
- Cámara fotográfica.

4.3. Procedimiento

Para realizar la intervención y convocar a las personas que participaron en las historias de vida, con ayuda de la nutrióloga Wendolyn Sánchez se dio una plática grupal a las personas que se reúnen en el gimnasio *Fortius GYM*.

La plática tuvo una duración aproximada de una hora, con enfoque informativo y llevó como título *Obesidad y sobrepeso, una perspectiva nutricional y psicológica*. Ésta constó de tres partes:

La primera parte fue impartida por la nutrióloga ya que en esta se presentaron todas aquellas complicaciones físicas o de carácter médico que trae consigo la obesidad y el sobrepeso, además se le pidió a las personas que participaran con algunas anécdotas o conocimientos acerca del tema.

En la segunda parte de la plática, se abordaron todos aquellos factores que intervienen en el surgimiento y mantenimiento de la obesidad o sobrepeso, mientras que en la tercera parte de esta se resaltaron todas aquellas complicaciones psicológicas y de relaciones sociales que puede llegar a tener una persona con obesidad o sobrepeso, igualmente se le pidió a las personas que participaran contando algunas anécdotas o conocimientos acerca del tema.

Finalmente, en la tercera parte se les explicó el motivo de la investigación a realizar, así como sus objetivos y se les hizo la invitación a que participaran de forma voluntaria.

Una vez confirmadas las personas que participarían como interlocutores del proyecto, se les dio a cada una de ellas una fecha distinta para que asistan al consultorio y poder llevar a cabo su historia de vida. Asimismo, se les solicitó a estas personas que asistieran con uno o dos familiares de confianza, fotografías de su pasado y presente que quiera mostrar y objetos o documentos que simbolicen algo para ellas (diarios, cartas, un dije, etcétera), todo de acuerdo a la temática que se abordó en la plática informativa. La duración de la sesión dependió de la persona; es decir, no hubo tiempo límite.

Antes de empezar con las historias de vida, se le dio a cada persona un consentimiento informado en dónde cada una de ellas autorizó de forma escrita que la información recolectada podía ser utilizada para esta investigación, tanto en la elaboración del análisis como en la comunicación de los resultados.

La recopilación de la información para las historias de vida se llevó a cabo de la siguiente forma:

Una vez que la persona y sus acompañantes se encontraban dentro del consultorio se le pidió a la persona que hablase de momentos y sucesos importantes que ocurrieron en las distintas etapas de su vida: infancia, juventud y adultez (de acuerdo a su edad). Para que no existiera ninguna desviación con el tema del relato, se utilizó la guía de entrevista semiestructurada. Los acompañantes escucharon todo y podían mencionar aspectos que fueran relevantes o que brindasen mayor información de la historia de la persona. Durante el relato, las personas podían ir mostrando aquellas fotografías y objetos o documentos que simbolizan algo para ellas y decidieron traer para la investigación.

Asimismo, se grabó el audio del relato y se tomaron fotografías de aquellos objetos que trajeron las personas.

Ya concluida la recolección de la información, se agradeció a cada uno de los participantes.

25 de Septiembre del 2017

Karina Bautista

“Una mujer bonita es una mujer delgada”

Karina nació el 17 de Octubre de 1994 en Naucalpan de Juárez, Estado de México, en donde vive hasta la fecha. Su familia está compuesta por su padre Ernesto, su madre Claudia, su hermana mayor Liliana y su hermano menor Miguel.

Desde que tiene memoria, sus padres siempre han estado ocupados o trabajando, por lo cual, a partir de los dos años fue criada por unos nanos, Nana Julia y Papá Julio, así era como ella los llamaba. Estas personas fueron para Karina quienes ocuparon el rol de padres durante toda su infancia hasta los 12 años.

Al estar ausentes sus papás en la mayor parte del tiempo, Karina la pasaba con su nana quien era la responsable de su alimentación. La Nana Julia tenía muy malos hábitos alimenticios y por consecuencia obesidad, por lo cual, la comida que le daba a Karina no era balanceada ni nutritiva, y que lo que más comía era arroz con mayonesa y frijoles.

La hora de la comida no existía en la familia de Karina, pues cada quien comía a la hora que quería, mientras que Karina siempre lo hacía junto con su nana.

Durante su infancia, Karina recuerda ser adicta a las galletas y al chocolate, le gustaban muchísimo y las comía con mayor frecuencia cuando se sentía ansiosa, o tenía alguna tensión emocional ocasionada por problemas familiares como peleas entre sus padres y sus nanos.

A los siete años, Karina ya estaba diagnosticada con sobrepeso, exactamente con cinco kilos de más. A los nueve años la cifra se duplicó a 10 kilos de más y aunque su familia lo sabía, nunca prestaron atención a su alimentación ni a su actividad física.

En vacaciones su familia acostumbraba ir a la playa y a Karina le gustaba, aunque la parte incómoda surgía cuando era la hora de ponerse el traje de baño, pensaba que no se le veía igual que a otras niñas y en las fotos trataba de taparse el cuerpo con lo que tuviera en las manos.



Figura 1. En la fotografía de la izquierda aparece Karina a los 8 años en un día de vacaciones en la playa. En la fotografía de la derecha aparece Karina a los 10 años junto a sus hermanos.

Cuando Karina tenía 11 años, sin querer escuchó una conversación de su tía con su mamá, en la cual la tía le decía que tuviera mucho cuidado con el nano Papa Julio, pues ella veía como él miraba a Karina e incluso como la tocaba. Cuando su mamá le preguntó si esto era cierto, ella no recordaba nada, no tenía ni una imagen en la cabeza de que Papá Julio le hiciera esas cosas, al contrario, solo recordaba cosas buenas como cuando le regalaba un huevo kínder antes de ir a dormir.

Esta situación causó en Karina mucha ansiedad e inseguridad, la cual aumentó a los 12 años cuando una de las tías que más quería muere a consecuencia de la diabetes. Sumado a esto semanas después, por causas que hasta la fecha desconoce, sus nanos se van de la casa, lo que ocasionó que empezara a sentirse sola.

Cuando se fueron los nanos, Karina sintió que había perdido a alguien en quien confiar, pues sus papás ya eran como personas desconocidas para ella y aunque diario los veía por las noches no era lo mismo que estar con sus nanos, pues ellos la consentían e incluso eran los que le celebraban y organizaban sus fiestas cumpleaños.

Estos eventos causaron en ella más ansiedad, inseguridad y por una parte tristeza, por lo cual comía cada vez más galletas, chocolates y helados, pues esto la hacía que por un momento olvidara que estaba sola. A los 13 años, Karina ya tenía 14 kilos de más. A esta edad empieza a chuparse el dedo pulgar cada vez que se sentía nerviosa o ansiosa.

Al irse los nanos, la mamá de Karina se vuelve la responsable de su alimentación y le pide que baje de peso. Le empieza a dar de comer verduras y platillos más saludables, pero Karina se niega a seguir ese régimen alimenticio pues no le gustaban las verduras. Durante este tiempo, Karina descubrió que su mamá tenía una obsesión por bajar de peso, por lo cual cambió los hábitos alimenticios de casi toda la familia aumentando las porciones de frutas y verduras y disminuyendo todos aquellos productos de origen animal, sobretodo la carne que era lo que más le gustaba comer a Karina. Esto desencadenó peleas entre ellas antes, durante y después de la comida y malos comentarios por parte de su mamá, como: “Por tu culpa tengo que hacer otro tipo de comida”, “Si sigues comiendo así la ropa no te va a quedar por gorda”, “Cuando seas grande no vas a poder usar ropa de señorita, tendrás que comprarte ropa de señora” y “¿Por qué no tienes el cuerpo como tu hermana o tus primas?; ¿todas esas cochinadas te vas a comer?”.



Figura 2. En la fotografía de la izquierda aparece Karina a los 11 años en la boda de una tía. En la fotografía de la derecha aparece Karina a los 13 años.

Estos comentarios le daban tristeza y a la vez vergüenza a Karina, pero nunca se lo dijo a nadie porque tenía muy poca comunicación con su papá, sus hermanos y sus primos. Por esta misma razón, decide encerrarse en su casa y ser menos sociable.

En ese entonces, Karina se dedicó a ver la tele, sobretodo telenovelas infantiles. Una de sus favoritas era *Cómplices al rescate*, y se imaginaba que era la protagonista (Belinda)

y que tenía el mismo cuerpo que ella, pero al ver que no era así se frustraba y sentía mucha ansiedad.

Tiempo después Karina empieza a menstruar. Este evento fue muy traumatizante para ella, pues pensaba que ya había llegado el momento de ser esa señorita que por su cuerpo gordo tenía que comprarse ropa de señora, tal y como lo decía su mamá. Esto fue factor para que Karina se lo ocultara a su mamá por unos meses.

En general, Karina percibe que tuvo una infancia llena de tristeza y soledad. Siente que no tenía espíritu de niña, ya que siempre fue como la niña apartada, y el hecho de tener que agradecerles a los demás para ser incluida era muy estresante.

Al entrar a la secundaria empezaron los problemas para Karina, pues sentía muy marcada la discriminación hacia ella por parte de sus compañeros y maestros.

Una de las primeras experiencias desagradables que vivió en la secundaria fue cuando tenía que entregar un trabajo que exigía mucha creatividad. El mejor de los trabajos de todo el salón sería presentado ante toda la escuela en la ceremonia de todos los lunes. En ese trabajo Karina se esforzó mucho y logró el primer lugar, sin embargo, el día de la presentación del trabajo el maestro le pidió que se lo diera a una de sus compañeras (que era mucho más delgada) para que lo presentara ante la escuela ya que ella tenía una mejor presentación física.

Otra experiencia que fue significativa para Karina en la secundaria fue a en una presentación de tablas rítmicas, pues tenía que hacer con sus compañeros una pirámide humana en donde todos los hombres iban a ser la base de la pirámide para cargar a las mujeres, pero por su peso Karina tubo que formar parte de la base de dicha pirámide y por ello se ganó burlas y comentarios hirientes.

Lo mismo pasaba a la hora de jugar futbol con sus compañeros, pues la mandaban a la portería con la excusa de que ella era la más indicada para tapar el mayor espacio posible de la portería con su cuerpo para que no entrara el balón, y de que ella no era capaz de correr tan rápido como lo hacían los demás.

Por otro lado, Karina jamás pudo hablarle al chico que le gustaba, pues su cuerpo la hacía sentirse insegura y poco femenina. Pensaba que solo las chicas delgadas y bonitas podían tener novio. También sentía que el uniforme que ella usaba nunca le favoreció a su físico ya que desde que iba en la primaria prefería que se lo mandaran hacer un poco más grande para que su cuerpo se marcara menos. Esto también fue factor para que Karina empezara a comparar su cuerpo con el de sus compañeras que eran delgadas. Ella siempre se preguntaba ¿por qué siendo la misma falda del uniforme a ella se le ve mejor?

Estas experiencias, entre otras, fueron para Karina algo incómodo, humillante y triste: sentía que no era valorada como persona y que aunque tuviera talento para realizar muchas cosas, ese talento no era valorado pues un cuerpo delgado y una cara bonita eran más valiosos que todos sus talentos juntos. Todo esto provocó que Karina llegara a creer que tanto los maestros como sus compañeros y su mamá tenían razón, por eso ella nunca se defendía de todos esos comentarios, se quedaba callada y lloraba a escondidas.

Por otra parte, algo que fue muy significativo para Karina, fue que sus logros nunca fueron reconocidos por sus padres. Desde la primaria tuvo los mejores promedios y nunca tuvo un elogio por parte de sus padres, maestros o compañeros. Esto llevó a que Karina pensara que por algo más bueno que lograra hacer no merecía recibir elogios o buenos comentarios de los demás.

En esta época Karina empezó a recibir sobrenombres por parte de su familia, especialmente de sus primos, como “gordita” y “lechoncita”. Ella sentía mucho enojo cuando escuchaba que le llamaban así y no por su nombre. Esto hizo que se alejara de los primos que eran de su edad y buscara juntarse con sus primos más pequeños, ya que con ellos ella se sentía como la jefa o la popular.

A los 14 años Karina y sus primos de la misma edad empezaron a trabajar para su tío que era dueño de un salón de fiestas, en donde la mayoría de los eventos eran de XV años, por lo cual a cada rato veían entrar quinceañeras delgadas y gorditas. Un día, en un evento llegó una quinceañera gordita con un vestido color verde, al verla su tío y sus primos se empezaron a burlar de ella y a llamarla Fiona. Esto provocó que ellos pusieran la mirada en Karina y empezaran a decirle que fuera cuidando su alimentación y que bajara de

peso, pues ya mero tenía a hacer sus XV años y no podía ser ella la próxima Fiona. Asimismo, su tío le decía: “Hija tienes que bajar de peso, si no lo haces tus chambelanes no te van a poder cargar y vamos a tener que contratar toda una flota de cadetes”. Todos esos comentarios despertaron miedo en Karina, no quería ser la próxima Fiona entrando al salón de fiestas.

Esto fue factor para que seis meses antes de sus XV años se pusiera a dieta. Empezó a aceptar la comida que le hacía su mamá y a hacer un poco de ejercicio, lo que ayudó a que perdiera ocho kilos para el día la fiesta.

El día de la fiesta de XV años, Karina empezó a sentirse incómoda, sobre todo a la hora de la sesión de fotos, pues en ninguna foto salía como ella quería, no era la quinceañera guapa que quería ser.



Figura 3. Karina en el día de la fiesta de sus XV años.

Días después de los XV años, la mamá de Karina llegó a la casa con las fotografías de la sesión de fotos y las colgó en la sala de la casa. Al verlas, Karina las odió tanto que las quitó de la sala y las escondió.

Aunque Karina había perdido peso, no era el suficiente como para que ella se sintiera delgada y a gusto con su cuerpo, pero sí empezó a tener un poco más de confianza en ella, a tener amigos y hasta un novio, quien era un compañero de la preparatoria.

La relación que tenía con su novio era buena, era el novio que desde pequeña había querido tener: era atento, amable y cariñoso. Después de un tiempo se dio cuenta que algo raro pasaba. Karina notaba que su novio la ignoraba dentro de la escuela y la trataba como una completa desconocida, sin embargo, a la hora de la salida cuando no había compañeros de la escuela volvía a ser ese novio perfecto.

Karina poco a poco se fue dando cuenta que a su novio le daba vergüenza tenerla a ella como novia, y pensaba que esto pasaba por que aún seguía siendo gordita, todavía no había llegado a su peso ideal.

Un día Karina habló por teléfono a la casa de su novio y contesto la mamá del novio, al pasarle la llamada a su hijo, Karina escuchó a la mamá del novio decir “¡Hijo, te habla tu novia la gordita!”, y a otras personas reírse. En ese momento Karina empezó a sentir mucha vergüenza y colgó.

Poco después, su novio la cortó sin pretexto alguno, lo cual fue doloroso para ella. El dolor aumentó cuando lo vio en la escuela pasear de la mano con su nueva novia, una chica delgada.

En la preparatoria, Karina se hizo un poco más sociable, empezó a tener amigas que la invitaban a salir, pero ella nuevamente se refugió en su casa ya que el salir y tener que buscar algo que ponerse y que le gustara cómo se le veía era algo muy estresante, al igual que ir a comprar ropa y notar la diferencia entre cómo le lucía al maniquí y a su cuerpo. Esto hizo que poco a poco sus amigas la dejaran de invitar a salidas.

A los 18 años, ya en el último semestre de la preparatoria, Karina empezó a salir con otro chico. Al inicio de la relación todo era muy bonito, él era cariñoso y muy detallista con ella, pero después de los tres meses de relación dejó de serlo y sus comentarios dejaron de ser cumplidos para convertirse en ofensas: “Oye, como que ahora te ves más gordita”, “¿Has intentado ponerte a dieta?”, “Estás muy guapa de la cara, solo te faltan bajar unos kilos”. Estos comentarios bajaban mucho la autoestima de Karina pues pensaba que su novio tenía razón y que si quería ser una chica atractiva para él, debería de perder peso.

En el transcurso de su relación, Karina se fue dando cuenta que su novio comentaba fotos en Facebook de otras chicas que eran muy guapas y sobretodo delgadas ya que la mayoría de ellas eran edecanes. Los comentarios casi siempre eran: “Que guapa”, “Hay que vernos”, “Me encantas”, “Pásame tu teléfono” o “¿Te mando mensaje y hablamos?”. Cada vez que Karina encontraba estos comentarios se ponía muy triste y ansiosa, por lo cual empezaba a comer sin tener hambre o ser hora de la comida, esto hizo que poco a poco aumentara de peso.

Pasaban los días y el comportamiento de su novio iba empeorando: cada día la ignoraba más, le hacía críticas ofensivas que la herían, y en Facebook publicaba comentarios cada vez más fuertes en las fotografías de otras chicas. Karina nunca le reclamó nada por miedo a que él se enojara y terminara con la relación, pero siempre pensaba ¿Por qué está conmigo si yo no soy esa chica guapa y delgada que él busca?

Un día Karina le prestó el celular a su novio, cuando se lo regresó, ella se dio cuenta de que él no había cerrado su sesión de Facebook, en ese momento ella empezó a revisar todas sus conversaciones y vio que al menos la engañaba con otras dos mujeres. En ese momento, Karina más que enojada se sentía triste, herida y humillada, pero ella aún quería arreglar las cosas con su novio y cuando le dijo lo que había visto en las conversaciones, él tomo como pretexto la falta de respeto de Karina por revisar su Facebook y terminó la relación.

La etapa posterior a la ruptura de la relación fue muy difícil para Karina: empezó a sentirse sola, sin novio y sin amigas, por ello se refugió nuevamente en la comida, sobre todo en galletas, chocolates y helados, dejó de hacer ejercicio y subió de peso.

El aumento de peso que empezó a tener fue tan notorio que de nuevo surgieron las críticas y malos comentarios por parte de su madre y sus primos. Estos comentarios cada día la herían más, tanto que cayó en una depresión. Al poco tiempo, los papás de Karina se dieron cuenta de que algo no andaba bien con ella y la mandaron al psicólogo.

En el proceso terapéutico, Karina trabajó en su depresión y su autoestima. Por lo cual empezó a salir con sus amigas y a conocer nuevas personas. Una de las personas que conoció fue Fernando, con quien empezó a tener una relación de noviazgo. Fernando era

una chico muy lindo con ella y especial, porque aunque Karina estaba gordita él la aceptaba tal y como era.



Figura 4. En ambas fotografías aparece Karina a los 18 años y con 11 kilos de sobrepeso

Durante el noviazgo, Fernando le regaló a Karina una muñeca, la cual decía que le recordaba mucho a ella: con los mismos cachetes y los mismos ojos. También le regaló un dibujo del rostro de Karina. Estos regalos fueron muy especiales para ella, pues había sido un hermoso detalle, sin embargo, no fueron de su agrado porque era una muñeca gorda y un dibujo gordo.



Figura 5. En la fotografía de la izquierda aparece la muñeca que Fernando le regaló a Karina y en la fotografía de la derecha el dibujo que Fernando le hizo de ella.

Tiempo después, Fernando le pide a Karina que se vaya a vivir a su casa. Esto significó para ella la oportunidad perfecta para dejar de sentirse sola, recibir amor y ser feliz, sobretodo porque en su familia ella era la excluida, pues su hermano era el consentido de papá y su hermana siempre tenía la atención de sus papás ya que a cada rato estaba metida en problemas.

Al contarles a sus papás sobre los planes que tenía con su novio, ellos se enojaron y no la apoyaron, pero Karina deseaba tanto estar con Fernando que una noche cuando todos dormían se escapó de la casa.

Cuando sus padres se dieron cuenta de que Karina se había escapado de la casa para irse con su novio, muy enojados hablaron con ella para que regresara y dejara su relación, pero Karina se negó, por lo cual sus padres tuvieron que aceptar que ella ya había tomado esa decisión, pero también le advirtieron que Fernando no era un hombre para ella y que tarde o temprano le iba a fallar.

Esta nueva etapa en la vida de Karina fue muy difícil, pues desde la primer semana Fernando y ella empezaron a tener problemas económicos, los cuales poco a poco provocaron problemas en la relación. Estos problemas hacían que Karina se sintiera infeliz y triste, sobretodo porque pensaba que por fin iba a sentirse acompañada y amada pero no era así.

Dos meses después Fernando le pide a Karina que regrese con sus padres ya que el estar juntos había atraído más problemas a la relación que felicidad.

El día que regresó con sus papás fue muy triste para ella, pensaba que Fernando la había corrido de su casa porque había encontrado una mujer guapa y delgada, sin complejos con su cuerpo y con quien podía hacer el amor sin apagar la luz. También ese día sus padres y hermanos empezaron a decirle a Karina que había sido muy tonta al irse, pues sus papás le habían advertido que Fernando no era un hombre para ella.

Al entrar a la Universidad, Karina se hace amiga de tres chicas muy atractivas físicamente, ellas eran de esas mujeres que cuidan su físico con cremas, dietas y operaciones. Esto significó para Karina mucho estrés y ansiedad ya que ella se sentía como la fea del grupo.

Al estar con estas tres chicas, Karina escuchaba de ellas como eran los cuidados que a diario tenían con su cuerpo y cómo había sido cada una de las operaciones por las que habían pasado. A raíz de esto, Karina empieza a obsesionarse con hacerse una liposucción y le pide a sus padres que la apoyen. Ellos se niegan a darle el dinero pero su mamá le dice que a cambio puede llevarla con un nutriólogo que la ayude a perder peso, pero Karina se niega.

Durante todo ese semestre, Karina vio como estas tres chicas eran sobrevaloradas, eran muy populares y le hablaban a los chicos más guapos de la escuela.

En esta etapa Karina no recibía algún tipo de burla o comentario hiriente sobre su físico de parte de sus compañeros de la universidad, pero sí era notorio como sus compañeros y los chicos guapos preferían la amistad de sus tres amigas que de ella. Asimismo, empezó a ver por internet el antes y después de personas que habían bajado de peso: entre ellas el caso de la Payasita Gomita. Esto la convenció en que tenía que bajar de peso ya.

Durante las vacaciones intersemestrales de primero a segundo semestre, Karina harta de ser la persona que no quiere ser decide tomarle la palabra a su mamá e ir al Nutriólogo. Las primeras dietas que le dieron eran muy difíciles de cumplir para ella, por lo cual cada vez que comía algo que no estaba incluida en la dieta se ponía ansiosa e iba al baño a vomitarlo. Esto lo hizo hasta que sus papás se dieron cuenta y la mandaron al psicólogo.

Durante su proceso de pérdida de peso, Karina empezó a refugiarse en su casa aún más, dejó las redes sociales y la comunicación con sus amigos. Lo único que quería era bajar de peso y ser su mejor versión para demostrarle a todos los que se burlaron y jugaron con sus sentimientos que era una mujer valiosa y sobretodo con gran belleza.

Con ayuda del psicólogo y el nutriólogo, Karina dejó de vomitar la comida, pudo cumplir su dieta al 100%, se metió al gimnasio y a zumba. Empezó a perder peso significativamente pero de forma saludable y lo mejor es que nació en ella la confianza y una mejor autoestima.

Después de que Karina perdiera aproximadamente 15 kilos se sintió a gusto con su cuerpo, retomó las redes sociales y a subir fotos de su cambio. Todo pasó como ella quería que pasara: sus fotos recibían muchos *likes* y buenos comentarios por parte de aquellas personas que la habían lastimado o se habían burlado de ella. Los chicos que siempre la habían ignorado ahora la invitaban a salir y de le decían comentarios como “¡Qué guapa te pusiste!”, “¡Eres hermosa!”, “Me gusta como luces ahora”. Estos comentarios fueron parte de la motivación que recibía Karina para seguir bajando de peso.

Al regresar a clases Karina de inmediato siente un cambio en sus compañeros, ahora muchos le hacían comentarios positivos sobre su cuerpo, los chicos guapos de la escuela empezaron a invitarla a salir y se sentía más aceptada por todos. Esto generó en ella confianza, autoestima y la capacidad para ser más sociable.

En su familia, todos sus primos dejaron de decirle cosas sobre su cuerpo, ya no tenía sobrenombres humillantes y empezó a sentir que su mamá mostraba más afecto hacia ella. Ahora tanto sus primos como su mamá eran los que tenían sobrepeso y ella la que se burlaba de ellos.

Asimismo, todos sus exnovios que en el pasado la humillaron y la dejaron para irse con otras mujeres, empezaron a buscarla, a pedirle perdón por todo lo que le hicieron y pedirle que volvieran a ser novios, le mandaban regalos a su casa, la invitaban a salir e incluso uno de ellos se tatuó su nombre en el pecho. Pero ella se negaba, no les hacía caso y a veces los humillaba. Esto significaba para Karina una forma de vengarse de todos ellos.

Con el paso del tiempo, Karina llegó a su peso ideal, pero aún no tenía la confianza suficiente en su cuerpo. Lo que ahora le molestaba era la flacidez de sus brazos y piernas. Esta característica en sus brazos influyó mucho a la hora de comprar ropa, pues todas sus blusas pasaron de ser talla grande a talla chica pero seguían siendo de manga larga. Esto

también influyó para que Karina no quisiera ir a su fiesta de graduación, pues prefirió evitar el estrés de tener que buscar un vestido con el que se viera y se sintiera bien.

En lugar de ir a la fiesta de graduación, Karina les pidió a sus papás que la llevaran a un grupo de Coaching para trabajar en las inseguridades que aún quedaban en ella, tanto en su cuerpo como en su persona.



Figura 6. En ambas fotografías aparece Karina hoy a los 23 años, con un peso y una figura corporal que la hace sentir con mayor autoestima y saludable.

Al terminar las sesiones con el grupo de Coaching, Karina sale sintiéndose una Barbie, lo que siempre había querido. Asimismo, en este grupo aprende a perdonar a todas aquellas personas que la lastimaron, a valorarse como persona, a ser feliz y a tener una mejor relación con su familia.

La relación que hoy en día tiene con la ropa es buena, incluso ha llegado a pensar que tiene obsesión con la ropa, con el cuidado personal y con verse bien todos los días.

Para Karina el contar la historia de su vida, sus experiencias relacionadas con su peso, sus hábitos alimenticios y sus sentimientos es un motivo de orgullo, porque muchas personas no logran perder peso como ella lo hizo. Además, cree que es importante una orientación psicológica para todas aquellas personas que sufren a causa de su sobrepeso.

29 de Septiembre del 2017

Enrique González

“Tienes que caer muy bajo para poder darte cuenta que todo lo malo que te pasa es por tu sobrepeso”

Enrique nació el 16 de Abril de 1995 en Naucalpan de Juárez, Estado de México, lugar en donde vive hasta la fecha. Su familia está compuesta por su padre Ernesto, su madre Cecilia y su hermana Wendolyn, que es diez años mayor que él.

Desde que tiene memoria, sus padres han trabajado en el mundo del fitness y del cuidado personal, al ser propietarios de dos gimnasios, lo que los ha mantenido ocupados la mayor parte del tiempo.

Cuando Enrique cumplió cinco años, sus papás lo llevaron a vivir con sus abuelos paternos quienes vivían a dos cuadras de la casa de sus padres. En ese entonces, sus abuelos ya estaban diagnosticados con obesidad, diabetes y problemas del corazón ocasionados por los malos hábitos alimenticios que tenían.

Sus abuelos eran de esos que consienten a los nietos, pero Enrique era el más consentido de todos los nietos, pues era casi como un hijo para ellos. En la casa de sus abuelos se comía de todo y a todas horas, por lo cual Enrique pronto fue adquiriendo los malos hábitos alimenticios de los abuelos.

La hora de la comida era un momento muy agradable para Enrique pues comía acompañado de sus abuelos y a veces de sus primos. A los ocho años, Enrique era un niño que comía porciones muy grandes y su cuerpo lo reflejaba con algo de sobrepeso, sin embargo a él no le importaba ya que en ese entonces no prestaba atención a la figura de su cuerpo, lo que más le importaba era jugar con sus videojuegos o salir con sus primos a jugar fútbol.

En la escuela Enrique era un niño muy tímido, casi no hablaba ni socializaba con sus compañeros porque tenía miedo de decir o hacer algo mal y que se burlaran de él, por esa razón no tenía amigos, pero esto no significó un problema para él ya que dos de sus

primos iban en su salón y con ellos se juntaba a la hora del recreo, por lo cual sus primos fueron parte importante en su infancia.

Por otro lado, Enrique casi no pasaba tiempo con sus papás, pues a pesar de que vivían muy cerca de la casa de sus abuelos solo los veía los fines de semana, lo mismo pasaba con su hermana. Algunas veces Enrique deseaba no ser hijo de Ernesto y Cecilia y ser hijo de sus abuelos, puesto que los amaba muchísimo y se sentía feliz viviendo con ellos.



Figura 7. En la fotografía aparece Enrique a los ocho años acompañado de su primo después de un partido de fútbol.

En general, Enrique siente que su infancia fue una época muy bonita, sobretodo porque tenía la compañía y el amor de las personas que más ha amado en su vida: sus abuelos y sus primos.

Al entrar a la secundaria, Enrique empezó a vivir la primera etapa más difícil de su vida. Esta etapa estuvo llena de cambios, y el primero fue ya no tener a sus primos haciéndole compañía en la secundaria y tener que empezar a hacer nuevos amigos. Esto significó mucho estrés y ansiedad en los años posteriores.

Otro cambio que vivió en la secundaria fue que sus hábitos alimenticios empeoraron: sus desayunos en la secundaria consistían en hot-dogs, tortas o hamburguesas acompañadas de papas fritas y un refresco o jugo. A la hora de la salida volvía a comprarse otra bolsa de

papas fritas, y al llegar a su casa comía el guisado que había preparado su abuela y su postre favorito, medio litro de leche con chocolate y un pan de dulce relleno de nutella. En la noche cenaba nuevamente lo que sobrara del guisado o un pan con leche.

A pesar de que Enrique siempre pensó que comía la suficiente cantidad de comida como para no pasar hambre, por una extraña razón su cuerpo le pedía más y más comida. Había veces que no sabía controlar esa ansiedad de tener algo en su boca que poco a poco fue tomando la costumbre de ir al refrigerador y coger un trozo de lo que se le antojara o ir a la tienda por unas papas fritas, dulces o un refresco.

El primer año de secundaria significó para Enrique mucho estrés, pues por sus aproximadamente 15 kilos de sobrepeso empezó a recibir sobrenombres e insultos por parte de sus compañeros y, lo que era peor para él, también de las niñas que le gustaban, esto producía en Enrique mucho enojo y rencor hacia ellos, por lo cual tomó la opción de defenderse con golpes. Esto a su vez le ocasionó problemas con sus padres, abuelos y profesores, porque empezaron a catalogarlo como el niño agresivo y no como el niño que quería defenderse.

Después de muchos reportes y regaños Enrique decidió aguantar y, si se podía, evitar cada uno de los insultos que le decían sus compañeros, lo que generó en él mucha desconfianza e inseguridad, no solo en su físico, también en su persona.

Para Enrique era agotador tener que hacer todo bien: hablar sin equivocarse en una palabra, evitar participar en clase, o cualquier otra cosa que lo hiciera quedar en la mira de todos ya que por cualquier mínimo error que cometiera todos los del salón se burlaban de él.

Para pasar desapercibido, Enrique cambió sus vestimenta, empezó a vestir con ropa una o dos tallas más grande y al entrar a segundo año de secundaria les pidió a sus abuelos que le compraran su uniforme más grande. No quería que nadie mirara su cuerpo o que hicieran comentarios sobre él.

Por otro lado, en la casa ya no era el mismo niño, sentía que ya había perdido esa alma de niño que antes tenía, ahora en su vida solo pasaban cinco cosas: la escuela, comer,

dormir, hacer tarea y otra vez dormir. Durante esta etapa empezó a dormir mucho, aproximadamente 10 horas diarias o más.

Todos los cambios que estaba teniendo Enrique y su incremento rápido de peso hicieron que sus abuelos se preocuparan por él y que le hicieran comentarios como: “Ya no comas tanto”, “Estas muy gordito”, “Te hace falta perder peso” o “Un día de estos te vas a enfermar”. Además sus primos empezaron a llamarlo “el Gordis”.

Al escuchar todo lo que le decían tanto su familia como sus compañeros de escuela Enrique sentía mucha tristeza y a la vez impotencia porque ya no quería tener una vida llena de insultos, burlas, con una apariencia fea y con ropa que no le gustaba como se le veía. Enrique sabía que tenía que bajar de peso, pues ya tenía 25 kilos de más pero no sabía cómo bajarlos, no podía dejar de sentir esa necesidad de comer y no le gustaba hacer ejercicio.



Figura 8. En la fotografía aparece Mario a los 15 años, cuando pesaba 97 kilos.

Cuando Enrique cumplió 15 años se fue a vivir con sus padres y su hermana, quienes ahora eran para él personas desconocidas pues ya tenía 10 años de no convivir con ellos.

La alimentación que tenían sus padres y su hermana era muy rigurosa para Enrique, pues sus padres al ser dueños de dos gimnasios y su hermana al ser nutrióloga tenían que

cuidar su alimentación y el hecho de que Enrique viviera con ellos hacía que todos pusieran atención en el tipo de alimentación que él llevaba.

Su padre era el que más le decía de cosas acerca de su alimentación y su físico, siempre que encontraba a Enrique comiendo papas fritas, dulces o tomando refresco lo regañaba, lo mismo pasaba a la hora de la comida cuando veía que Enrique se volvía a servir.

Poco a poco Enrique se fue dando cuenta de que su papá vigilaba lo que comía, por esa razón la hora de la comida era un momento muy incómodo para él, tanto que a veces sentía que comía con sus papás más a fuerzas que de ganas y prefería ir a comer a casa de sus abuelitos, en donde nadie le decían que comer y que no comer.

Al pasar el tiempo, Enrique y su papá empezaron a tener problemas, pues cada que su papá podía le decía: “Están muy gordo, mírate”, “Come menos”, “Comes como animalito, no tienes control” o “Deberías de ir al gimnasio como tus primos, ellos sí se cuidan”. Todos estos comentarios que le hacía su papá le dolían mucho, pues estaba acostumbrado a que sus abuelitos no le dijeran nada que lo hiciera sentir mal.

Un día, su papá le dijo que tenía que hacer algo para bajar de peso, pues no quería verlo con diabetes o con problemas del corazón como sus abuelos y lo obligo a ir al gimnasio y aunque a Enrique le daba mucha vergüenza ir porque pensaba que todos iban se a burlar de su cuerpo, tuvo que hacerlo. Sin embargo, no era muy constante, pues para él, el gimnasio era una actividad muy aburrida.

Con el paso del tiempo a Enrique le empieza a llamar la atención tener una novia y pone el ojo en una compañera de la preparatoria pero nuevamente su inseguridad le gana, pues cada vez que se le acercaba a ella, recordaba los insultos y reproches que le habían hecho las niñas en la secundaria y prefería no hablarte. Además, Enrique creía que con sus 97 kilos no iba a poder llamar la atención de nadie. Fue entonces cuando se dio cuenta de que tenía que cambiar su vida, no solo por salud, sino, porque para él ya no era vida vivir con inseguridad, vergüenza de su físico, baja autoestima y sin novia ni amigos.

La primera meta que Enrique se propuso fue bajar 10 kilos y para lograrlo le pidió ayuda a su hermana con una dieta y empezó a ser constante en el gimnasio. Su motivación fue tanta que a los seis meses ya los había perdido.

Al notar cambios significativos en su cuerpo, en cómo le lucía la ropa y sobretodo en su autoestima, Enrique se motiva aún más y en cinco meses pierde otros cinco kilos.

Otro cambio que notó fue que su familia empezó a decirle buenos comentarios sobre su aspecto físico, lo mismo pasaba con las personas que lo habían conocido desde niño. Asimismo, dejó de tener problemas con su papá, pues ya no le decía comentarios que lo herían, al contrario, ahora le hacía comentarios que lo motivaban.

Empezó a hacer amigos en el gimnasio, en la calle y en la escuela. De esta manera, Enrique notó que todo lo que le estaba pasando era por su pérdida de peso, fue entonces cuando decidió que no solo quería perder peso, que ahora quería algo más.

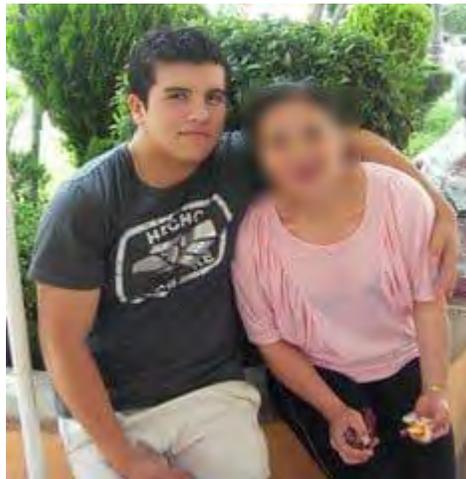


Figura 9. En la fotografía aparece Enrique a lado de su mamá, después de haber perdido 15 kilos.

La meta de Enrique era perder más peso en grasa y ganar musculo para poder ser fisicoculturista, para lograrlo tuvo que hacer el doble de esfuerzo: empezó a tener una dieta rigurosa y hacía dos horas de ejercicio todos los días.

Con el tiempo, los cambios en su físico y en su autoestima empezaron a ser notorios. Ahora se sentía más confiado en su persona, tanto que se volvió muy vanidoso y egocéntrico, solo pensaba en él y ser mejor cada día.



Figura 10. En la fotografía aparece Enrique después de haber perdido 27 kilos de grasa para aumentar masa muscular.

A los 19 años, después de mucho esfuerzo, Enrique tenía el cuerpo que jamás imaginó tener y esto le abrió las puertas que antes había tenido cerradas: su seguridad y confianza le permitieron tener todos los amigos que quisiera. Las mujeres le empezaron a hablar y hasta lo invitaban a salir. Por otra parte, la ropa ya no la usaba con tallas de más, al contrario, ahora la usaba ajustada, le gustaba que su cuerpo se marcara. Ahora nadie se podía burlar de él, porque ya no tenía nada malo en su cuerpo.

A los 20 años, Enrique entró a las competencias de fisicoculturista, lo que significó un gran logro para él. Sumado a esto, su papá le dio la oportunidad de trabajar en sus dos gimnasios como instructor, y actualmente está estudiando la carrera de Ciencias del Deporte ya que tiene como objetivo ayudar a personas con problemas de sobrepeso u obesidad a tener una mejor figura y por ende una mejor autoestima.



En ambas fotografías aparece Enrique participando en las competencias de fisicoculturista.

Para Enrique el contar la historia de su vida, sus experiencias relacionadas con su peso, sus hábitos alimenticios y sus sentimientos ocasiona en él sentimientos encontrados: por una parte, se siente feliz y orgulloso por poder cambiar lo que le molestaba de su persona y por otra parte, le da tristeza pensar que la gente siempre se deja guiar por el físico de una persona para poder aceptarlo en cualquier grupo social.

Hoy en día su sobrino de 10 años está enfrentando situaciones semejantes a las que Enrique vivió de niño y piensa que no es justo que la sociedad haga sufrir a un niño tan pequeño por su aspecto físico ya que el peso no es la única característica que compone a una persona y no es parámetro para saber si esa persona es buena o mala.

30 de Septiembre del 2017

Mario Martínez

“Ser obeso significa ser „bulleable“ y la única solución es dejar de ser obeso”

Mario nació el 6 de Agosto de 1997 en Naucalpan de Juárez, Estado de México, lugar en donde vive hasta la fecha. Su familia está compuesta por su padre José, su madre Martha y su hermano Enrique, que es tres años mayor que Mario.



Figura 11. En la fotografía aparece Mario a los tres años.

Desde que era niño, los hábitos alimenticios de su familia han sido muy malos debido a que sus padres pasaban la mayor parte del tiempo trabajando. Casi siempre sus papás les dejaban dinero a Mario y a su hermano para que se compraran de comer y la mayor parte del dinero se la gastaban en pizza y golosinas, ya en la tarde llegaban sus papás con comida de la calle para cenar, por lo regular eran tacos, tortas, quesadillas o gorditas y nunca hacía falta el refresco.

Debido a los malos hábitos alimenticios y al sedentarismo que tenía la familia, sus padres desarrollaron obesidad y esta originó en su mamá diabetes mellitus tipo 2 y en su papá problemas en las arterias del corazón.

Desde que Mario tiene memoria fue un niño gordito, incluso recuerda que a los 10 años un doctor le dijo a su mamá que debería de tener mucho cuidado con la alimentación de Mario, pues tenía 25 kilos de sobrepeso y necesitaba una dieta y ejercicio pronto.

Sus padres nunca hicieron caso a lo que decía el doctor y los malos hábitos alimenticios siguieron no solo en la calidad de la comida, sino también en la cantidad, pues Mario comía en exceso, tanto que hubo ocasiones en donde sus padres llegaron a quitarle o esconderle la comida.

Para Mario la hora de la comida era el momento más feliz del día, no solo porque sus papás llegaban a casa y se sentaban todos juntos como familia, sino también porque la comida era el amor de su vida, ya que al no tener ninguna supervisión de sus padres en todo el día, lo que más hacía era comer: comía por aburrimiento, por ansiedad, por lo que sea, pues para Mario la comida era algo placentero que no tenía fin.

La relación que Mario tenía con su familia era buena, sin embargo, por sus 25 kilos de sobrepeso, todos le llamaban “El gordito”. Asimismo, empezaron las comparaciones con su hermano, ya que a pesar de los malos hábitos alimenticios que la familia tenía, Enrique era el único que no subía de peso, de hecho era muy delgado. Sin embargo, Mario no prestaba mucha atención a los comentarios que decía la familia, él era feliz comiendo.

La secundaria fue una etapa difícil para Mario, fue aquí en donde pasó de ser un gordito feliz a ser un gordito triste y acosado. Desde que entró a primer año de secundaria fue muy agredido por su cuerpo, se burlaban de él y fue apodado como “el Bola de boliche”.

La parte más estresante para Mario era la hora de Educación Física ya que por su peso, cualquier actividad física era sofocante para él y esto causaba más burlas de sus compañeros y comentarios del maestro acerca de su cuerpo, como: “Si quieres sacar 10 en esta materia vas a tener que bajar de peso”. Todos esos comentarios eran muy humillantes para Mario, tanto que al llegar a su casa se ponía a llorar a escondidas.

Con el paso del tiempo Mario empezó a sobrellevar la situación siendo parte de la burla, pues ahora él también hacía chistes sobre su cuerpo, no obstante, con el paso del

tiempo esto permitió que sus compañeros se burlaran aún más de él, por lo cual Mario tuvo que recurrir a los golpes. Muchas veces los maestros mandaron a llamar a la mamá de Mario por las peleas en las que lo veían participar, sin embargo, sus papás nunca lo regañaron porque sabían que Mario estaba defendiéndose de la burla de sus compañeros.

Esta etapa de secundaria fue en donde Mario empezó a sentir el dolor de las palabras, las burlas, los sobrenombres y de las comparaciones de su cuerpo con el de su hermano y fue por esta razón que empezó a repudiar su cuerpo y desear ser como su hermano.

La parte que más odiaba de su cuerpo eran sus pechos pues todos le decían que parecían de mujer y por esa razón su vestimenta cambio, ahora vestía con ropa más grande y se tapaba mucho aunque hiciera calor. Fue entonces cuando ir a la playa con su familia dejó de ser divertido y se convirtió en algo estresante pues era penoso usar una playera gruesa y de manga larga en pleno calor para tratar de ocultar sus lonjas y sus pechos. De la misma forma, cuando tenía que ir a un evento con una vestimenta formal no dejaba de sentirse sentía como el Pingüino (un villano de Batman). Además, cada que sus compañeros de la secundaria o que su familia quería tomar una foto, Mario prefería no salir en la foto y se escondía.

En general, Mario percibe que su infancia fue muy pesada y triste, debido a las comparaciones que hacían sus tíos, abuelos y primos con su hermano, lo que más le decían era: “Tu hermano se ve mejor” o “¿Por qué no estás así de delgado como tu hermano?”. Sumado a esto, las burlas y comentarios ofensivos de sus compañeros eran para Mario un arma mortal.

Por otro lado, en esa época (año 2010) estaba de moda usar ropa muy ajustada, como los pantalones entubados y playeras de licra súper ajustada, además el estereotipo para usar esas prendas sin que se te vieran mal, era de personas extremadamente delgadas. Esto significó un problema muy serio para Mario ya que a consecuencia de estos estándares de moda no podía verse bien de ninguna forma.

Al entrar a segundo año de secundaria, Mario habló con uno de sus tíos que era corredor para que lo llevara a correr con él, también, empezó a gastar el dinero que le daban

sus papás para la comida en alimentos más saludables, como comida asada, al vapor o hervida. Estas conductas hicieron que Mario perdiera en el segundo año de secundaria 12 kilos.



Figura 12. En la fotografía aparece Mario a los 14 años después de haber perdido 12 kilos.

Los resultados que Mario estaba teniendo con su nuevo régimen alimenticio y el ejercicio eran alentadores para él. Su familia y compañeros de secundaria empezaron a decirle que se veía mejor, además de que ya no recibía burlas ni comentarios negativos de su cuerpo. Ahora todo era positivo.

Poco a poco Mario fue obsesionándose con su peso hasta llegar a una etapa en donde ya no quería comer, le tenía miedo a todo lo que tuviera grasa y azúcar en exceso, ahora solo hacía una pequeña comida en todo el día.

Seis meses después, Mario ya no tenía 25 kilos de sobrepeso, sino que ahora le hacían falta 12 kilos para tener un peso saludable, pues de haber pesado 90 kilos llegó a pesar 53 kilos.

Tanto su familia como sus compañeros de secundaria empezaron a ver cambios muy rápidos en el cuerpo de Mario, incluso llegaban a decirle que ya no siguiera bajando de peso, que ya se estaba viendo como enfermo. Estos comentarios no fueron de mucha importancia para Mario, pues él se sentía con más confianza y mejor autoestima, ya no

tenía esos pechos de mujer que tanto le molestaban, ya no se burlaban de él, ya no compraba pantalones talla 42, ahora eran talla 28 y toda la ropa se le veía mejor.

Fu entonces cuando Mario dejó de ser el niño gordito bulleado y, para desquitarse de todo lo que había pasado, empezó a molestar a otros compañeros de secundaria que estaban gorditos, pues ya había cambiado su lugar de gordo a flaco y si eres flaco ya nadie te puede hacer nada porque eres normal.



Figura 13. En la fotografía aparece Mario a los 15 años, cuando pesaba 55 kilos.

A Mario le estaba gustando la vida de persona delgada, ahora tenía una mejor relación con los compañeros de la secundaria, incluso ganó la confianza suficiente para hablarle a las mujeres, ya no estaba en una esquina lamentándose por ser gordo. Sin embargo, su estómago estaba pagando las consecuencias de ser delgado, pues pasaba mucha hambre y al poco tiempo le dio gastritis.

El proceso de pérdida de peso fue duro para Mario ya que tenía que lidiar con los comentarios de todas las personas que lo rodeaban. Las personas siempre opinaban, que si estaba gordo o si estaba flaco, nadie veía lo que había dentro de Mario: sus talentos, su inteligencia o sus valores, y lo peor es que Mario también dejó de ver lo que había dentro de él y prestó más importancia a lo de afuera.

Por un tiempo, Mario se sintió orgulloso de haber perdido tantos kilos y de poder verse bien como su hermano, sin embargo, con el paso del tiempo, ya no quería verse tan delgado, ni ser la copia de su hermano, quería simplemente ser Mario.

Al entrar a la preparatoria Mario tomó la decisión de cambiar su cuerpo y aumentar de peso para verse mejor y más sano. Fue entonces cuando se metió al gimnasio y con ayuda de un entrenador y un nutriólogo llegó a un peso saludable (75 kilos) y con el que se sentía augusto. Dejó de ser el flaco de la familia, para convertirse en el deportista o el musculoso de la familia.

Poco a poco perdió la ansiedad, ya comía cinco o seis veces al día y de una forma balanceada y saludable, tuvo más confianza que cuando era más delgado y empezó a aceptarse tal y como es, por lo tanto ya se sentía orgulloso de ser quien era.



Figura 14. En la fotografía aparece Mario a los 20 años, con un peso saludable y mejor autoestima.

Actualmente, Mario sigue cuidando de su cuerpo con alimentación y ejercicio, ya que se convirtieron en un hábito para él. También hace aproximadamente cuatro meses decidió cuidar la parte interna de su cuerpo, por lo cual con ayuda de un psicólogo logró aumentar su autoestima, lo que le ayudó a sentirse como una persona única y valiosa.

Para Mario el contar la historia de su vida, sus experiencias relacionadas con su peso, sus hábitos alimenticios y sus sentimientos ocasiona en él algo de tristeza al recordar esa época en la que tenía que defenderse de todo el ataque social, sintiendo que estaba solo contra el mundo. Por otra parte, también dice sentirse orgulloso de él por lograr el gran cambio, de pasar de no valer nada a valer mucho.

Algo que recalca Mario es que desgraciadamente los medios de comunicación imponen ese chip en la sociedad para que hagan sentir que no valen nada a todas las personas gorditas, porque en la televisión siempre se ve que las personas obesas son las feas, la sirvienta, el chofer, el bulleado o el ignorado y esto muchas veces llega a afectar más a las mujeres.

05 de Octubre del 2017

Arely Mendoza

“Lo más feo que te puede pasar es vestir con aquello que te queda y no con aquello que te gusta”

Arely nació el 13 de Diciembre de 1988 en aquel entonces Distrito Federal. Actualmente vive en Naucalpan de Juárez, Estado de México. Su familia está compuesta por su padre José Antonio, su madre Analilia y sus hermanos menores Suhey, José y Yamelly.



Figura 15. En la fotografía aparece Arely a los 5 años.

Desde que Arely era pequeña, los hábitos alimenticios de su familia estuvieron a cargo de su mamá, que era una persona muy cuidadosa con su peso, por lo cual, lo que comía ella, lo comían todos. La mayor parte de los platillos que hacía su mamá era comida hervida, asada o al vapor, siempre procura tener verduras y evitaba que en la casa se tomara refresco. Como postre, su mamá les daba a todos un pequeño chocolate después de cada comida. Estos hábitos alimenticios que tenía su mamá lograron que Arely y sus hermanos tuvieran un peso saludable. Por otro lado, su papá era el único de la familia que tenía sobrepeso, debido a que casi no comía en casa por cuestiones de su trabajo.

Durante toda su infancia el ambiente familiar siempre fue muy ameno, sobre todo a la hora de la comida, que era cuando todos se reunían a platicar y a ver la televisión.

La relación que tenía Arely con sus padres era buena, sin embargo, aunque siempre había sido una niña muy obediente, Arely desde pequeña empezó a sentir que tenía una madre muy estricta y poco afectiva con ella, por lo cual tuvo más acercamiento y confianza con su papá, quien siempre fue muy cariñoso con ella, incluso le decía *Mi chaparra*.

En la escuela Arely siempre tuvo las mejores calificaciones del salón, pues desde niña su mamá la presionaba mucho para que sacara excelentes calificaciones porque si no lo hacía la regañaba y castigaba, sin embargo, a pesar de los logros académicos que tenía, su mamá nunca se lo reconoció. Asimismo, Arely desde niña notaba que su mamá tenía cierta dureza con ella que con sus hermanos no.

En general, Arely siente que tuvo una infancia muy tranquila, llena de amigos, de juegos y de una unión familiar muy bonita, pues en ese entonces no le tomaba mucha importancia a la dureza que tenía su madre hacia ella.

Antes de que Arely entrara a la secundaria, su mamá habló con ella para advertirle que la secundaria iba a ser más difícil que la primaria, porque iba a tener muchos maestros y cada uno le iba a dejar mucha tarea, por esa razón tenía que ser más lista que todos sus compañeros para sacar las mejores calificaciones. En ese momento, Arely empezó a ponerse muy nerviosa, puesto que iba a ser muy difícil sacar buenas calificaciones para darle el gusto a su mamá, y por ese motivo la secundaria fue una etapa de mucha ansiedad para Arely.

La ansiedad que le generó a Arely el sacar buenas calificaciones para su mamá, empezó a provocar en ella mucho apetito, por lo cual aumentó su consumo de alimentos, sobretodo en la escuela en donde vendían mucha comida clasificada como chatarra. La mayoría de los alimentos que Arely consumía ahí eran papas fritas, tortas, quesadillas con exceso de grasa y hamburguesas.

Fue entonces, cuando Arely aumento de peso en una forma significativa. Del mismo modo, surgieron algunos comentarios por parte de compañeros del salón como: “¿Qué te

está panzando?, “Pareces una bolita por chiquita y redondita”, o “Sacas puro 10 por que te fuiste a comer los libros de la biblioteca”. Todos estos comentarios causaban algo de vergüenza en Arely, pero a la vez trataba de no prestarles tanta atención, ya que lo más importante para ella era sacar un 10 en todas las materias, lo cual siempre lograba.

Al entrar a la preparatoria, la presión por la calificaciones siguió siendo la misma, por lo cual sus malos hábitos alimenticios continuaron y con el paso del tiempo Arely se fue dando cuenta que ya no comía por hambre, si no por ansiedad y que lo hacía de una forma descontrolada. Había veces que solo por ansiedad se comía tres tortas, cinco barras de chocolate o tres paquetes de frituras antes de llegar a su casa a comer nuevamente. Como consecuencia su peso fue aumentando hasta tener 8 kilos arriba e su peso normal.

En segundo año de preparatoria Arely fue diagnosticada como comedora compulsiva, por lo cual tomo terapia psicológica para que le ayudaran a controlar su ansiedad, pero por su poca constancia con las visitas al psicólogo no pudo terminar el tratamiento y su ansiedad siguió igual.

Aunque en la preparatoria ya nadie se burlaba de los kilos de más de Arely como lo hacían en la secundaria, en su casa sus hermanos empezaron a llamarla “la Gorda” o “la puerquita”. También su mamá le decía que ya no lucía bien con el físico que tenía, que fuera bajando sus porciones de comida o que evitara la comida chatarra de la escuela, ya que si seguía con esos malos hábitos alimenticios que tenía iba a ser la gorda de la familia.



Figura 16. En la fotografía aparece Arely con sus compañeros en el último año de preparatoria.

Al escuchar estos comentarios, Arely empezaba a sentirse muy incómoda con su cuerpo, por lo cual a veces realizaba dietas para bajar de peso que veía en una revista o en internet, y aunque intentaba cambiar sus porciones de comida no podía hacerlo, ya que la ansiedad o la misma rutina le ganaban y seguía comiendo igual.

Otra situación incómoda para Arely, era el ir a comprar ropa, ya que le gustaba mucho usar vestidos pegados, pero a la hora de comprar uno su mamá le decía “Cómo te lo vas a poner si no se te va a ver bien”, “Necesitas adelgazar para que puedas lucir ese vestido” o “Tienes que comprarte aquello que te queda y no lo que te gusta”, por esa razón Arely prefería no comprarlo o evitar ir comprar ropa ya que siempre terminaba desilusionada y con ropa que no le gustaba.



Figura 17. En la fotografía aparece Adymene a los 18 años, con 8 kilos de sobrepeso.

Por otro lado, en su familia empezaron las comparaciones entre Arely y su hermana Yamelly: todos decían que Arely era la hermana gorda y Yamelly la hermana delgada. Además, su mamá le decía a Arely que debería de cuidar su alimentación y salir a correr como lo hacía su hermana y así iba a poder tener el cuerpo como ella. Estos comentarios causaban en Arely mucha tristeza pues quería bajar de peso y tras muchos intentos su ansiedad le ganaba.

Con el paso del tiempo Arely se fue preocupando cada vez más por su figura y por cómo le lucía la ropa, muchas veces se comparaba con las modelos que salían en la revistas y sentía mucha impotencia al no estar así de delgada como ellas, esto le generó interés por usar fajas, y en fiestas Arely ayunaba en todo el día para que el vestido se le viera mejor.

Al terminar sus estudios de bachillerato, Arely se enfrentó a un reto muy importante en su vida: obtener un lugar en la universidad. Este evento fue muy estresante para ella, ya que no quería quedarle mal a su mamá y permanecer sin estudiar una licenciatura.

Tras varios intentos, Arely no pudo tener un lugar en la universidad, lo cual no solo ocasionó reproches hacia ella por parte de su mamá, sino también baja autoestima y miedo a su futuro.

Al quedarse sin universidad, Arely se la pasaba en su casa encerrada comiendo y sin desarrollar alguna actividad física, esto causó que nuevamente empezara a subir de peso y llegara a pesar 10 kilos arriba de su peso normal. Asimismo, en lugar de estar tranquila porque ya no tenía que hacer tareas, trabajos ni exámenes, Arely vivía en un estado de inconformidad con ella, sintiendo que le estaba fallando a su mamá en todos los aspectos y que nunca iba a estar orgullosa de ella.



Figura 18. En la fotografía aparece Arely con sus amigas. En ese entonces ya tenía 10 kilos de sobre peso.

Pronto Arely encontró una solución a su malestar y se metió a trabajar para poder pagarse la universidad. El trabajo que tenía era como secretaria de un despacho de abogados, por lo cual decidió estudiar la carrera de derecho en un horario sabatino.

Durante su estancia en el trabajo se dio cuenta de que los abogados le daban más valor y cargos más importantes a otra secretaria que tenía un cuerpo muy bonito y demasiada presentación, aunque Arely siempre la catalogó como una cabeza hueca ya que no sabía realizar muchas cosas que su función le exigían. De la misma forma en la escuela se dio cuenta que los muchachos seguían más a las compañeras que tenían un buen cuerpo y que eran delgadas.

Arely nunca sufrió de malos comentarios por parte de sus compañeros del trabajo ni de la universidad, pero si se daba cuenta de las diferencias que había en el trato entre una mujer delgada y una mujer gordita. Fue entonces que llegó a pensar que aunque tratara de ser mejor cada día, si no era delgada no iba a servir de nada todo su esfuerzo, pues nadie se iba a fijar en la persona que ella era por dentro si no se interesaba primero por cómo se veía por fuera.

Un momento muy significativo para Arely fue cuando un chico que era muy atractivo para ella y con el cual siempre había deseado salir, la invitó a un evento por parte de su trabajo en donde tenía que llevar pareja. El día del evento, Arely fue muy arreglada y como de costumbre había ayunado en todo el día para verse mejor, sin embargo, notaba que el chico estaba algo incómodo con ella, incluso la ignoraba y salía a bailar con otras mujeres que estaban en el evento.

Al llegar a casa Arely publicó en Facebook una foto del chico y ella, y lo etiquetó para que la foto también saliera en el perfil de él. Al día siguiente Arely encontró en la fotografía comentarios de otras mujeres diciendo: “¿Eso fue lo mejor que te pudiste encontrar?”, “Mejor hubieras ido solo”, “A la otra te presento a una amiga”, “Se veía que de verdad estabas desesperado por ir no ir solo”, entre otros comentarios. Esto fue para Arely algo muy doloroso y una señal de que debía de bajar de peso. A esto se sumó que ya faltaba muy poco tiempo para su graduación y Arely no quería usar un vestido que le quedara, quería usar uno que le gustara.

Al poco tiempo Arely se metió a un gimnasio, al que iba después del trabajo, además fue con un nutriólogo para que le diera una dieta adecuada y para ayudarse un poco más fue al psicólogo para tratar su problema con la ansiedad. A los seis meses Arely había bajado 8 kilos de los 10 kilos que tenía de más.

Al bajar de peso Arely notó muchos cambios, los cuales no solo fueron en su físico, dado que el trato de su familia cambió: sus hermanos dejaron de decirle *La gorda* o *Puerquita*, sentía que ahora tenía una mejor relación con su mamá, sobre todo porque el bajar de peso y tener un título universitario era lo que más le pedía y ya lo estaba cumpliendo, y ya no había comparaciones entre su hermana y ella. Por otro lado, los vestidos que siempre quiso usar ya los podían comprar sin problema de que se le vieran mal, ya se sentía más segura con su cuerpo, e incluso llegó a notar como algunos muchachos la miraban.



Figura 19. En la fotografía aparece Arely con sus compañeros de universidad, semanas antes de la graduación.

Al llegar el día de la graduación Arely bajó otros dos kilos más, por lo cual ya estaba en su peso ideal y ella se sentía súper bien con su cuerpo, su vestido y su seguridad.



Figura 20. En la fotografía aparece Arely el día de su graduación.

Hoy en día, Arely sigue cuidando de su alimentación, aunque ya no es tan rigurosa como antes cuando buscaba bajar de peso, ahora solo busca mantenerse en un peso saludable. También sigue ejercitándose en el gimnasio al cual solo va tres veces a la semana y ya no come solo por ansiedad.



Figura 21. En la fotografía aparecen Arely y su hermana Yamelly en la actualidad.

Para Arely el contar la historia de su vida, sus experiencias relacionadas con su peso, sus hábitos alimenticios y sus sentimientos, la hicieron reflexionar sobre la clase de sociedad en la que estamos viviendo, pues le da mucho coraje saber que la sociedad y a veces la propia familia suele ser muy superficial al darle mayor peso a lo que una persona

es por fuera. Asimismo, señala que conforme a su experiencia una persona obesa sufre más por los prejuicios de la sociedad que por las enfermedades que el sobrepeso o la obesidad ocasionan, ya que ella a pesar de tener 10 kilos de más nunca sufrió de alguna enfermedad o dificultad para realizar algunas actividades, pero si sufrió por comentarios de otras personas.

09 de Octubre del 2017

Mariana Rodríguez

“Las palabras son un arma que matan lenta y dolorosamente”

Mariana nació el 3 de Marzo de 1996, en Naucalpan de Juárez, Estado de México, lugar en donde vive hasta la fecha. Su familia está compuesta por su padre Ernesto, su madre Francisca y sus hermanas menores Lizbeth y Frida.

Creció en una familia muy tradicional, en donde su padre era el encargado de llevar el dinero a la casa y su madre la encargada de administrarlo, por lo cual, la persona responsable de la alimentación de toda la familia siempre ha sido su mamá.

Desde que Mariana recuerda, la comida que hacía su mamá no era balanceada ni nutritiva y casi siempre servía las porciones muy grandes. Lo que más se comía en su familia eran platillos fritos y pan, además nunca hacía falta el refresco a la hora de la comida. Estos malos hábitos alimenticios que tenía toda la familia causaron que sus padres desde muy temprana edad padecieran de sobrepeso.

Cuando Mariana tenía tres años, la familia sufría problemas económicos, por lo que su papá se fue a trabajar a los Estados Unidos y su mamá quedó a cargo del hogar. Asimismo, a pesar de que su mamá no era muy cariñosa, hizo todo lo posible para llenar el hueco que había dejado su papá, ya que jugaba mucho con Mariana y Liliana, las sacaba a caminar al parque y a cada rato les compraba golosinas.

Por otro lado, Mariana prácticamente creció a lado de su hermana menor Liliana, debido a que solo tienen un año de diferencia. Desde muy niñas, Mariana y Liliana fueron muy unidas, por lo cual, dormían, jugaban y comían juntas todos los días. A estas hermanas les gustaba comer muchas golosinas, incluso preferían comer cualquier clase de golosinas que la comida que hacía su mamá. Había veces que para salir a jugar rápido, escondían la comida o la tiraban a la basura sin que su mamá se diera cuenta.

A pesar de que Mariana y Liliana comían lo mismo y en la misma cantidad, Mariana era la más gordita y muchas personas notaban la diferencia, tanto que ha Mariana le decían “la Gordita” y a Liliana “la Flaquita”.

A los siete años Mariana empezó a recibir más comentarios acerca de su físico, los comentarios eran siempre en comparación con el cuerpo de su hermana. Este tipo de comentarios causaban en Mariana incomodidad por ser ella ante toda la familia y vecinos la hermana gorda.



Figura 22. En la fotografía aparecen Mariana y Liliana a los siete y seis años de edad.

Poco antes de que Mariana cumpliera los ocho años, su papá regresó de los Estados Unidos y la armonía de la casa mejoró, sobretodo porque ya no había problemas económicos en la familia. Asimismo, un año después de la llegada de su papá nació su hermana menor Frida.

Uno de los pasatiempos favoritos que tenía Mariana era salir a jugar a la calle con Liliana y algunos vecinos. Lo que más jugaban era carreras de caballos en donde a Mariana siempre le tocaba cargar a Liliana. Con el paso del tiempo, Mariana se dio cuenta de que a ella siempre le tocaba ser el caballo porque estaba gordita y nadie la podía cargar y correr al mismo tiempo, pensaba “por gorda yo tengo que cargar a mi hermana, porque a mí nadie

me puede cargar”. Asimismo estos pensamientos que Mariana tenía sobre su propio cuerpo la hacían sentirse triste y con ganas de no ser ella, de ser alguien más delgada.

A los 11 años, Mariana dejó de preferir los dulces que los alimentos de su mamá, mientras que Liliana seguía prefiriendo los dulces, por lo cual, la hora de la comida volvió algo caótico para Mariana ya que creía que comía más que su hermana y que por eso estaba más gorda. Además su mamá siempre le decía a Liliana “Come, ves cómo la Gordita (Mariana) devora su plato y tú no”. Cuando Mariana escuchaba a su mamá decir eso, sentía que estaba mal comer porque por culpa de la comida estaba gorda.

Una etapa muy triste para Mariana, fue cuando tuvo que dejar la primaria para irse a la secundaria, principalmente porque Liliana (quien le hacía mucha compañía en el recreo) se iba a quedar en la primaria un año más y ella no, además tenía que despedirse de sus amigas de la escuela e intentar hacer nuevas, lo cual era complicado y estresante para Mariana ya que era un poco tímida. Por esta razón, en las vacaciones antes de entrar a la secundaria Mariana tuvo mucha ansiedad y empezó a comer más de lo normal, asimismo cada que estaba aburrida o no tenía nada que hacer comía golosinas, por consecuencia empezó a subir de peso y con el paso del tiempo le dejó de quedar su ropa.

Cuando sus papás se dieron cuenta de que Mariana estaba subiendo de peso por su ingesta excesiva, comenzaron a esconderle la comida (especialmente las golosinas), incluso le quitaban lo que veían que estuviera comiendo y le decían que se esperara a la hora de la comida. Igualmente, sus tíos y primos siempre que la veían le decían que de lucía más gordita y que necesitaba bajar unos kilos, sobretodo porque tenía que verse bien para su fiesta de XV años.

A todos esos comentarios, se sumaba que en casa su papá le decía a Mariana y a su mamá “mis gorditas”, mientras que a Liliana y a Frida les decía “mis flaquitas”. El hecho de que Mariana escuchara cómo las llamaba su papá, le hacía pensar que tenía un cuerpo gordo y de mujer, como el de su mamá y no de una niña como el de sus hermanas.

En general, Mariana tuvo una infancia llana de emociones positivas y negativas puesto que todos aquellos momentos en los que jugaba con Liliana y sus amigos fueron maravillosos y le dieron alegría a su infancia, sin embargo, los comentarios y

comparaciones que hacían las personas de su cuerpo con el de su hermana, o el simple hecho de que la llamaran La hermana gordita, lograban convertir esa alegría en vergüenza, incomodidad y tristeza.

Al entrar a la secundaria, Mariana se hizo amiga de Denisse quien también era una niña gordita, por lo cual surgieron los sobrenombres por parte de sus compañeros. Ellos las llamaban *las Gordas*. Cuando Mariana escuchaba que las llamaban así se reía, pero por dentro le daba mucha vergüenza y a la vez coraje porque ya no quería ser gorda.

Poco tiempo después, Mariana tuvo su menstruación, por lo cual dejó de tener un cuerpo de niña y a desarrollar un cuerpo de señorita. Esto le ocasionaba mucho conflicto porque sus compañeras de la secundaria y sus hermanas aún tenían cuerpo de niña y ella ya no.

Entre sus compañeras había una que se llamaba Leslie, ella era una niña muy bajita y flaquita, por lo cual todos le decían *la Flaca*. Cuando Mariana la veía, deseaba tener su cuerpo y ser como ella, pero al comparar su cuerpo con el de Leslie se ponía a llorar y decía “¿Porque yo no puedo estar así?”. Poco a poco Mariana empezó a sentirse incómoda con su cuerpo, por lo cual tuvo que usar la ropa más grande para que nadie notara los gorditos que le salían de las caderas.

Una incomodidad más que tuvo Mariana con su cuerpo fue a la hora de comprar ropa, pues Liliana aún usaba talla de niña y Mariana ya tenía que usar talla de señorita. Ella pensaba “Estoy mucho más gorda que Liliana, por eso yo no puedo usar ropa de niña”. Además, la ropa que se compraba no le gustaba como le lucía, sentía que le quedaba mejor al maniquí y a Liliana que a ella. Sumado a esto, algunas veces su mamá le llegaba a decir que a su hermana se le veía mejor la ropa.

Todos aquellos sucesos relacionados con su peso, fueron factor para que Mariana tuviera en su cabeza la idea de bajar de peso, incluso ya no podía ver televisión sin dejar de compararse con las actrices que más o menos tenían su edad. Veía que todas las actrices eran delgadas, bonitas y con una vida perfecta, por lo cual Mariana pensaba que si ella estuviera así de delgada como todas esas actrices que veía en la televisión tendría más amigos, sería más bonita y que ya nadie criticaría su cuerpo, al contrario, recibiría halagos.

Cuando Mariana terminó su primer año de secundaria, se propuso que en vacaciones iba a bajar de peso y para motivarse compró pantalones una talla más pequeña, pues su propósito era bajar de talla 13 a talla 11. Para lograrlo, Mariana dejó de comer alimentos fritos y golosinas, empezó a comer más fruta, verduras y alimentos asados, además de que se servía en menor cantidad. También empezó a hacer ejercicio y a salir a correr por las mañanas,

Al terminar las vacaciones, Mariana pasó de ser talla 13 a ser talla 7, por lo cual los pantalones que había comprado le quedaban grandes y ya no podía usarlos. Esto significó para Mariana una señal de éxito, además de que toda su familia y sus compañeros de la secundaria le decían que se veía mejor y más bonita. Todos estos comentarios que le hacían a Mariana sobre su pérdida de peso le dieron más confianza y mejor autoestima.

Mariana pensaba que ya había alcanzado su meta, que ya era esa niña bajita y flaquita que siempre había querido ser, sin embargo, tenía mucho miedo de subir de peso pues al entrar a la secundaria iba a dejar de salir a correr por las mañanas. La solución que Mariana encontró fue pedirles a sus papás que le compraran una bicicleta para hacer ejercicio.

Con el paso del tiempo, Mariana no supo controlar su obsesión por ya no subir de peso, por lo cual dejó de comer y empezó a hacer ejercicio en la bicicleta de una forma excesiva, pues había veces que se la pasaba haciendo ejercicio hasta tres horas al día. Estas prácticas ayudaron a que Mariana perdiera peso de una forma rápida.

Asimismo, Mariana se volvió experta en contar calorías, siempre contaba las calorías que tenían los alimentos que comía y cuánto tiempo se iba a tardar en quemarlas. Sin embargo, con el tiempo Mariana le tomó miedo a la comida, tanto que algunas veces vomitaba lo poco que comía y otras veces no comía nada en todo el día. Para que su familia no se diera cuenta de los ayunos, Mariana escondía la comida entre su ropa, en los muebles o en bolsas que después tiraba en la basura.

En muy poco tiempo, Mariana pasó de tener un peso de 57 kilos a tenerlo de 32 kilos, por lo cual, los comentarios que recibía sobre su cuerpo dejaron de ser halagadores y

se convirtieron en críticas: todos le decían que ya no se veía bonita, que se veía enferma y muy flaca.

Cuando sus papás se dieron cuenta del comportamiento extraño que tenía Mariana con la comida se preocuparon tanto que de inmediato la llevaron al doctor en donde fue diagnosticada como anoréxica y bulímica. De inmediato fue canalizada al hospital psiquiátrico Juan Ramón de la Fuente en el cual fue tratada por especialistas y confirmaron el diagnóstico del doctor, de la misma forma le detectaron depresión y problemas con su menstruación.

La recuperación de Mariana fue muy difícil, principalmente porque el temor que le tenía a la comida era muy grande y aunque sabía que su salud estaba de por medio no podía comer algo sin sentir culpa, sentía que tenía dos personas en la cabeza: una le decía “ya come Mariana, vete al espejo, ya estás muy flaca”, y la otra contestaba “No Mariana, no lo hagas, no vas a volver a estar gorda otra vez, pero si quieres volver a estar gorda comételo”.

La situación en la familia ya era muy tensa pues Mariana siempre peleaba con sus papás antes, durante y después de la comida ya que ellos la obligaban a comer, incluso algunas veces le pegaban para que lo hiciera.

Estos conflictos en la comida causaron que Mariana se alejara de sus padres y que empezara a sentir odio hacia ellos porque no la dejaban seguir bajando de peso, inclusive sentía que ellos querían que volviera a ser la misma gordita de antes.

También sus hermanas sentían esa tensión, en especial Frida, quien siempre lloraba al ver las peleas. Frida quería tanto a Mariana que en ocasiones le regalaba cartas y dibujos a Mariana para pedirle que comiera y expresarle que tenía mucho miedo a que un día se muriera por no comer.

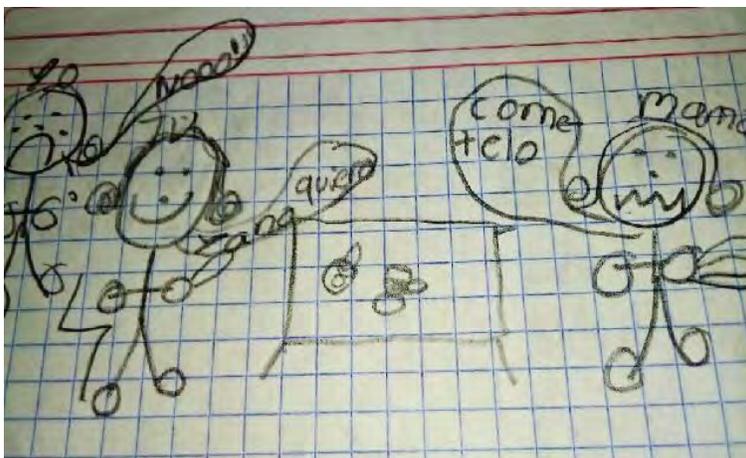


Figura 23. Es uno de los dibujos que le regaló Frida a Mariana.

Estas peleas no duraron mucho tiempo, pues con ayuda de doctores, psiquiatras y nutriólogos, Mariana fue perdiendo el miedo a la comida y trabajando en su autoestima. Asimismo, toda la familia fue a terapia psicológica para ayudar a Mariana con su enfermedad.

Al salir de la secundaria, Mariana ya había recuperado el peso que le hacía falta y había mejorado en su autoestima, sin embargo, cualquier comentario que hacían de su cuerpo se lo tomaba muy enserio.

Al entrar al bachillerato, Mariana ya tenía una vida más normal y una mejor relación con la comida. Empezó a hacer amigos, a tener novio y, al igual que en la primaria y la secundaria, su hermana Liliana llegó al año siguiente a hacerle compañía.

Durante esta época, Mariana dejó de prestarle atención a la cantidad de alimentos que comía, pues ahora era más importante para ella el hacer amigos, divertirse y terminar su bachillerato. Por esta razón, sin darse cuenta nuevamente empezó a subir de peso y aunque en su familia ya estaba prohibido decir comentarios sobre el peso de cualquier persona, los vecinos y amigos de Mariana le hacían comentarios como: “Cada día te estas poniendo más gordita”, “Ya estás recuperando tu pancita” o “Ya vez cómo de gordita también te ves bonita”.



Figura 24. Mariana en el bachillerato después de haber subido de peso.

Al mismo tiempo, su novio también empezó a hacerle comentarios acerca de su fisco, como: “Cuida lo que comes, por que después no van a saber quién es el hombre y quien es la mujer”, “Ya ponte a dieta”, “Creo que ya no te voy a invitar a comer” o “Te veías más bonita cuando estabas más flaquita”.

Estos comentarios causaron muchos conflictos en Mariana, en especial por que había subido de peso sin darse cuenta y ahora no sabía cómo bajar esos kilos, pues no quería volver a caer en la anorexia y la bulimia.

Después de algunos meses su novio terminó con Mariana sin tener algún motivo, lo que fue muy doloroso para ella, pero las cosas empeoraron cuando vio a su ahora exnovio pasar de la mano con otra chica más delgada. En ese momento Mariana le echó toda la culpa a su aumento de peso.

Nuevamente Mariana, empezó a sentirse incomoda con su cuerpo y a tener problemas con su autoestima, por lo cual lo único que quería en ese momento era bajar de peso, pero ahora quería hacerlo de una forma sana, por lo cual pidió a sus padres que la llevaran con un nutriólogo, se metió al gimnasio para hacer algo de ejercicio y nuevamente fue al psicólogo para tratar los problemas con su autoestima.

Con el apoyo de su familia, Mariana bajo de peso de una forma lenta pero sana y lo más importante es que su autoestima fue mejorando.



Figura 25. Mariana en su proceso de pérdida de peso, en compañía de su hermana Liliana.

Al entrar a la universidad, Mariana volvió a tener un peso y una figura con la que se sentía agusto y más segura de su persona, asimismo, su autoestima mejoró y ya no recibe comentarios negativos acerca de su cuerpo.

Actualmente, Mariana sigue cuidando de su alimentación y dos o tres veces a la semana va al gimnasio, sobretodo porque no quiere volver a recaer en la anorexia o en la bulimia ya que lamentablemente estas enfermedades pueden volver a surgir.



Figura 26. Mariana en la actualidad, a lado de sus dos hermanas menores.

Para Mariana el contar la historia de su vida, sus experiencias relacionadas con su peso, sus hábitos alimenticios y sus sentimientos, le hizo revivir distintas situaciones difíciles que en ese momento pensaba que eran ocasionadas por su sobrepeso, sin embargo, después de haber superado la anorexia y la bulimia, se dio cuenta de que esas malas experiencias no fueron ocasionadas por sus malos hábitos alimenticios ni por sus kilos de más, sino todos aquellos comentarios destructivos que las personas le hacían de su cuerpo sin importar los efectos que tenían en ella. Por esta razón, Mariana cree que todas las personas deben de tener mucho cuidado al hacer críticas, burlas y poner sobrenombres por cualquier aspecto físico ya que estos pueden afectar gravemente a la persona que van dirigidos.

Descripción y análisis de resultados

Descripción de los datos generales de los participantes:

La muestra entrevistada estuvo compuesta por cinco participantes: dos hombres y tres mujeres, quienes durante su infancia y adolescencia tuvieron sobrepeso y obesidad. En cuanto a la edad, se obtuvo una media de 22.6 años (Ver tabla 1).

Datos descriptivos

Participante	Edad	Peso máximo	Peso actual
Karina	22	92kg.	61kg.
Enrique	21	97kg.	75kg.
Mario	20	93kg.	75kg.
Arely	28	68kg.	47kg.
Mariana	22	66kg.	49kg.

Tabla 1. Datos de edad y peso de las personas entrevistadas.

Todos son residentes del municipio de Naucalpan de Juárez, Estado de México. Además, tienen licenciatura terminada o en curso y viven con sus padres.

En los cinco entrevistados, existían antecedentes de obesidad o sobrepeso en su familia, principalmente en padres, abuelos y tíos, por consecuencia, en estos mismos familiares también había enfermedades ocasionadas por su sobrealimentación. Las más frecuentes fueron: diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial.

Integración de los temas principales

Antes de hacer el análisis cualitativo de los resultados, se realizó una guía histórica con el propósito enlistar los temas más sobresalientes de las cinco historias de vida y con ellos identificar las esferas de calidad de vida que fueron afectadas por el estigma social de la obesidad.

Guía histórica

1. Hábitos alimenticios

Karina, Enrique, Mario y Mariana, relataron que durante su infancia y parte de su adolescencia tenían malos hábitos alimenticios que adquirieron de las personas que estaban a cargo de su alimentación (papás, abuelos o nanos).

De la misma forma, las personas que estaban a cargo de su alimentación también tenían malos hábitos alimenticios al no establecer horarios fijos de comida, preparar platillos poco nutritivos y tener fácil acceso a las glotonas.

Todos los participantes indicaron que necesitaron la ayuda de un nutriólogo para cambiar sus malos hábitos alimenticios y que les ayudara a bajar de peso de una forma sana.

Por otra parte, Karina, Mario y Mariana explicaron que antes de acudir con un nutriólogo practicaron conductas insanas para perder peso, como vomitar después de comer y la abstinencia de alimentos.

2. Estado de salud

Todos los participantes mencionaron que nunca tuvieron alguna enfermedad ocasionada por su obesidad, sin embargo, Karina, Mario y Mariana señalaron que el único inconveniente fue el agotamiento rápido al correr o subir escaleras.

3. Ambiente familiar

En todas las historias de vida se encontraron que las personas entrevistadas durante su etapa de obesidad no tenían buena relación con uno sus padres, y que eran comparados con alguien más de la familia, principalmente con hermanos y primos. Cuando los entrevistados bajaron de peso la relación con sus padres mejoró:

Karina fue criada por sus nanos durante toda su infancia, por lo cual a la hora de convivir con sus padres sentía que ellos eran unos desconocidos. Desde los 12 años empezó a discutir con su mamá, la mayoría de las veces eran por sus malos hábitos alimenticios y

su físico, ya que su mamá la comparaba con sus primas que eran más delgadas. Además, Karina siente que sus padres nunca le prestaron la atención necesaria como lo hicieron con sus hermanos, lo que muchas veces le hizo sentir que su familia la apartaba.

Cuando Karina empezó a perder peso tuvo una mejor relación con su mamá y dejaron de decirle comentarios sobre su físico.

Enrique fue educado por sus abuelos hasta los 14 años, con ellos tenía una convivencia muy buena y los quería mucho. Sin embargo, cuando se fue a vivir con sus papás y su hermana se sentía muy incómodo porque le hacían comentarios sobre su obesidad y su alimentación, sobretodo su papá con quien siempre tenía problemas a la hora de la comida por los comentarios hirientes y las comparaciones que hacía de él con sus primos.

Cuando Enrique perdió peso y se dedicó al gimnasio, fue más aceptado por su padre y los comentarios ofensivos hacia su peso terminaron.

Mario desde que era niño tuvo que hacerse cargo de su alimentación ya que sus padres trabajaban todo el día y casi no estaban en casa. Aunque nunca tuvo una mala relación con su familia todos le hacían comentarios sobre su obesidad y lo comparaban mucho con su hermano mayor que era más delgado.

Cuando Mario perdió peso su familia dejó de hacerle comentarios ofensivos hacia su físico y dejaron de compararlo con su hermano.

Arely creció a lado de sus padres y hermanos en un ambiente familiar agradable, sin embargo, desde pequeña tuvo más acercamiento con su padre (quien casi no estaba en casa), ya que su madre era muy estricta, poco afectiva y tenía cierta dureza con ella que con sus hermanos no. Asimismo, su mamá siempre le hacía comentarios ofensivos sobre su alimentación, su sobrepeso y la comparaba con su hermana menor que era más delgada.

Durante su el periodo de pérdida de peso, su mamá la apoyó, por lo cual tuvo una mejor relación con ella y dejó de compararla con su hermana. También sus hermanos dejaron de ponerle sobrenombres.

Mariana vivió su infancia junto a su hermana menor y su madre ya que su padre se fue a los Estados Unidos desde que tenía tres años y regresó cuando cumplió ocho años. En la familia, Mariana era comparada con su hermana por su diferencia de peso y le hacían comentarios que lastimaban su autoestima, especialmente su mamá, quien nunca fue muy cariñosa con ella. Cuando Mariana tuvo anorexia su mamá fue su peor enemiga ya que la forzaba a comer a golpes.

Luego de que la familia fuera a una terapia, todos apoyaron a Mariana con su enfermedad de una forma adecuada y sin golpes, además la familia aprendió que las críticas sobre el físico pueden destruir una persona, por lo cual todos evitan hacer ese tipo de comentarios a quien sea.

4. Emociones y sentimientos ligados a los alimentos

Se encontró que en todos los entrevistados las emociones y sentimientos jugaron un papel importante en sus hábitos alimenticios:

Karina comía con mucha frecuencia galletas, chocolates, y helados cuando se sentía ansiosa, insegura, triste, estresada, deprimida o tenía alguna tensión emocional ocasionada por problemas familiares. Además, Karina mencionó que cuando comía sentía que olvidaba sus problemas y dejaba de sentirse sola.

Enrique comía en cantidades muy grandes, principalmente cuando sentía ansiedad, estrés y tristeza. Lo que más le provocaba ansiedad era el no tener algo en la boca, el quedar a la mira de muchas personas y que no fuera aceptado por su padre.

Para Mario, la comida lo hacía sentirse feliz, no solo porque sus papás llegaban a casa y se sentaban todos juntos como familia, sino también porque la comida era el amor de su vida, ya que al no tener ninguna supervisión de sus padres en todo el día, lo que más hacía era comer: comía por aburrimiento, por ansiedad, por lo que sea, pues para Mario la comida era algo placentero que no tenía fin.

Desde la secundaria Arely empezó a consumir mayor cantidad de alimentos poco saludables debido al estrés y la ansiedad que le provocaba tener que sacar buenas

calificaciones en la escuela y darle gusta a su mamá. Por esa razón a mediados de segundo de secundaria fue diagnosticada como comedora compulsiva.

Mariana comía cuando había momentos que le ocasionaban tristeza, estrés, ansiedad y principalmente cuando estaba aburrida.

5. Relaciones sociales

En todas las historias de vida se encontró que los participantes tenían inseguridad ocasionada por comentarios ofensivos, comparaciones y burlas de parte de su familia, amigos y compañeros de escuela, lo que ocasionaba que tuvieran pocas habilidades sociales y se les dificultara hacer amigos o relacionarse con personas del sexo opuesto. Asimismo, todos fueron rechazados por personas del sexo opuesto y las tres mujeres entrevistadas sufrieron de comentarios ofensivos por parte de hombres. Asimismo, algunos de los participantes fueron discriminados por maestros, compañeros y jefes de trabajo.

6. Influencia de los medios de comunicación

Solo en las mujeres, lo medios de comunicación fueron influencia para que compararan su cuerpo con el de artistas o modelos, y desearan bajar de peso. Asimismo, estas participantes, creían que serían más populares, valiosas y felices si estuvieran delgadas como aquellas artistas y modelos.

7. Conductas para bajar de peso

Para bajar de peso realizaron conductas poco saludables como vomitar la comida, comer en pocas cantidades, hacer dietas bajadas de internet o de revistas y ayunar.

Sin embargo, después de haber tenido repercusiones negativas con esas conductas, todos los entrevistados mencionaron que necesitaron de la ayuda de un nutriólogo para mejorar sus hábitos alimenticios. Además, incorporaron a su vida cotidiana la actividad física.

8. Trastornos de la alimentación

Karina al intentar bajar de peso, en una parte de su adolescencia empezó a vomitar después de ir a comer.

Mario disminuyó de forma considerable sus porciones de comida, hasta llegar al punto de tener una pequeña comida al día.

Arely fue diagnosticada como comedora compulsiva a causa de su ansiedad.

Mariana fue diagnosticada como anoréxica y bulímica.

9. Disgusto por la imagen corporal

Todos los participantes al ser personas con obesidad tenían disgusto por su físico el cual cambió cuando llegaron a un peso saludable.

10. Relación con la ropa

Todas las personas entrevistadas utilizaban la ropa grande como medio para ocultar su cuerpo. Asimismo, el usar un traje de baño o un traje para algún evento social era muy vergonzoso para ellos, por lo cual el comprar ropa era un momento estresante ya que no les gustaba como les lucía. A esto se sumaba que recibían comentarios negativos por parte de su familia sobre cómo se le veía la ropa.

Clasificación de los datos

Una vez enlistados los temas más emergentes de las historias de vida se identificaron las esferas de calidad de vida afectadas por el estigma social, las cuales fueron Dominio físico, Dominio psicológico y Relaciones sociales; puesto que las esferas de Nivel de independencia, Medio ambiente y Espiritualidad no mostraron presencia en ninguna de las cinco historias de vida.

Asimismo, de acuerdo a estas tres esferas afectadas por el estigma social se establecieron las siguientes categorías:

1. Dominio Físico

Esta esfera fue la menos afectada en las cinco historias de vida. Lo único que se encontró respecto a este dominio fue el agotamiento rápido de las personas al correr o subir escaleras.

2. Dominio psicológico

Esta esfera fue la más afectada por el estigma social y se compone de las siguientes categorías.

Asignación de aspectos emocionales a los alimentos:

Las personas recurrían a la ingesta excesiva de ciertos alimentos cuando tenían alguna tensión emocional, principalmente ansiedad, inseguridad, tristeza, estrés, soledad, felicidad y aburrimiento. Todas estas ocasionadas por algún problema familiar o comentarios que recibían sobre su físico y alimentación.

Disgusto con la imagen corporal:

Las personas mostraban disgusto, odio, vergüenza e incomodidad por su cuerpo, principalmente porque eran comparados por su familia con personas delgadas, además de que por su aspecto físico eran víctimas de burlas, sobrenombres y rechazo.

Trastornos alimenticios:

Antes de acudir con profesionales para bajar de peso de una forma sana, las personas recurrían a prácticas poco sanas para bajar de peso como vomitar después de comer, disminuir considerablemente sus porciones de comida o ayunar. Todas estas conductas fueron provocadas principalmente por el miedo a subir de peso.

Sensibilidad a la crítica:

Al ser víctimas de burlas, sobrenombres y rechazo por parte de familiares, compañeros, amigos y profesores, estas personas fueron muy sensibles a todo tipo de comentarios con respecto a su físico ya que cada vez que los recibían se sentían avergonzados, humillados y con baja autoestima.

Dificultad para exponerse en situaciones sociales:

Las personas con obesidad evitaban que su cuerpo quedara a la mira de los demás, por lo cual tratan de cubrirlo con ropa más grande, con la finalidad de evitar que las personas hicieran comentarios sobre su físico. Además el usar traje de baño o de etiqueta las hace sentir vulnerables y avergonzadas.

Aislamiento social:

Debido al rechazo, las burlas, los sobrenombres y los comentarios ofensivos que recibían por parte de familiares, compañeros de escuela, maestros y novios, las personas con obesidad se refugiaban en su habitación para seguir comiendo de forma excesiva y escapar de la discriminación que hay a su alrededor.

3. Relaciones sociales

Esta esfera se compone de las siguientes categorías.

Repercusión negativa de los medios de comunicación:

Los medios de comunicación fueron influencia para que principalmente las mujeres desearan bajar de peso ya que la televisión y revistas de moda les hicieron creer que una mujer delgada es una mujer bonita, popular, valiosa y feliz.

Daño en las relaciones familiares, sociales y afectivas:

En las personas con obesidad las relaciones familiares se ven afectadas principalmente por el rechazo de alguno de los padres, el cual se refleja por medio de comentarios ofensivos y comparaciones físicas con hermanos o primos más delgados.

Asimismo, la relación con hermanos, primos y tíos se ve mediada por comentarios ofensivos, sobrenombres y burlas, por lo cual, las personas con obesidad muchas veces se excluyen de su propia familia.

De la misma forma, la obesidad de estas personas es el blanco perfecto para ser víctimas de burlas y sobrenombres por parte de amigos, compañeros de escuela y maestros,

lo que causaba en ellos baja autoestima, inseguridad con su físico y dificultad para relacionarse con nuevas personas, pero sobre todo con las del sexo opuesto.

Con respecto a las relaciones sentimentales, las personas con obesidad también fueron víctimas de comentarios ofensivos por parte de sus parejas.

Análisis de resultados

Después de desarrollar las categorías de acuerdo a los datos recolectados se realizó un análisis, con la finalidad de interpretar la información obtenida.

De acuerdo a la categorización realizada anteriormente se puede demostrar que la obesidad por sí misma es una patología que afecta a la salud de una persona únicamente causando complicaciones físicas y fisiológicas, por lo cual, para las personas entrevistadas la obesidad no tuvo mucho impacto en su calidad de vida pues lo único que notaron fue el rápido agotamiento al correr o subir escaleras.

Por otra parte, las esferas de Dominio psicológico y de Relaciones sociales no fueron dañadas por la obesidad misma, sino por el estigma social:

La esfera de Relaciones sociales demuestra cómo es el estigma social que existe en torno a la obesidad, pues los prejuicios y la discriminación se manifiestan en forma de rechazo, burlas, sobrenombres y comentarios humillantes hacia las personas que la padecen afectando directamente en sus relaciones familiares, sociales y afectivas.

Asimismo, esta esfera explica cómo los medios de comunicación desempeñan un papel importante en la estigmatización de la obesidad, pues estos propagan la idea de que una persona delgada es bella, popular, valiosa y feliz.

De esta manera, los daños encontrados en la esfera de Relaciones sociales son clave para que las personas padezcan de repercusiones psicológicas al no cumplir con los estándares sociales de belleza y delgadez.

En contraste, el Dominio psicológico demuestra todas aquellas repercusiones del estigma social en la persona obesa. Es decir, al ser la persona víctima de rechazo, burlas, sobrenombres y comentarios humillantes, recurre a la ingesta de alimentos como medio

para afrontar todas aquellas tensiones emocionales que ocasiona el estigma social, creando una especie de círculo vicioso.

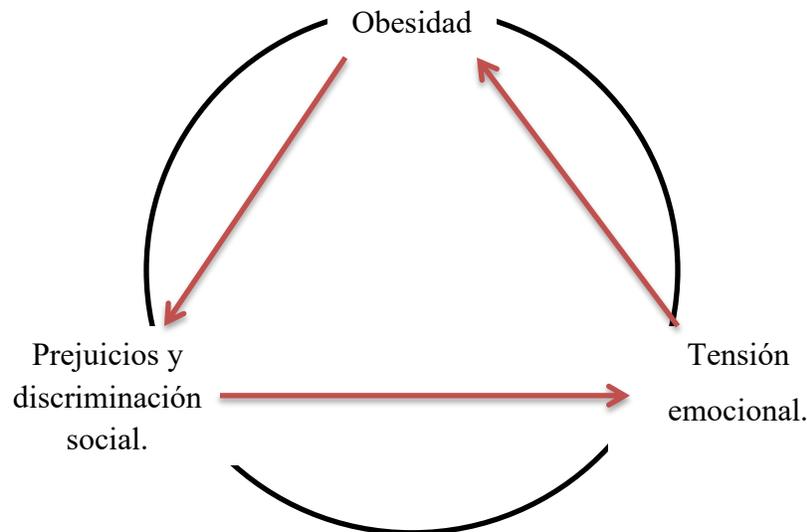


Figura 27. Representación de la relación entre Prejuicios y discriminación social y daños psicológicos.

Otras consecuencias psicológicas implantadas por los prejuicios y la discriminación social, es la sensibilidad que tienen las personas con obesidad a las burlas, sobrenombres y comentarios hacia su físico, provocando el disgusto de su imagen corporal y vergüenza a que los demás miren su cuerpo, por lo cual utilizan ropa holgada para ocultarlo y evitan situaciones sociales como salir con los amigos y familiares o ir a fiestas.

De la misma forma, el ataque social que reciben estas personas les insita a realizar dietas poco saludables para bajar de peso como vomitar después de comer, disminuir considerablemente sus porciones de comida o ayunar, provocando en ellos el miedo a subir de peso.

Es importante señalar que en todas las historias de vida los prejuicios y la discriminación social estuvieron presentes desde que los participantes eran niños, sin embargo, la etapa de la adolescencia fue en donde surgieron las consecuencias psicológicas.

Por último, se puede decir que en la calidad de vida de estas cinco personas entrevistadas, la esfera de Dominio físico fue a menos aquejada ya que, los participantes fueron más afectados por las consecuencias del estigma social que por la misma obesidad.

DISCUSIÓN

De manera global los resultados de esta investigación muestran similitudes con lo revisado en la literatura, pues las categorías que se obtuvieron en la dimensión de “Relaciones sociales” coinciden con lo citado por Álvarez (2004) quien señala que las personas con obesidad desde niños sufren de apodos, chistes, ofensas y exclusión por parte de compañeros de la escuela, maestros y familiares. Asimismo, Toro (2003), menciona que todo tipo de comentarios acerca del físico del niño tienen un peso suficiente como para ser recordados toda la vida. En esta investigación se encontró que además de los apodos, chistes y ofensas, las comparaciones físicas que hacía la familia del entrevistado como primos o hermanos también repercutieron de forma significativa, sobretodo en la infancia.

Con respecto a la categoría de “Influencia de los medios de comunicación”, los datos obtenidos concuerdan con Contreras (2002), Toro (2003) y Peralta (2013) quienes mencionan que principalmente la televisión y la publicidad son un peligro para la salud mental de gran parte de la población, ya que las normas de belleza que transmiten están ligadas a la delgadez, las cuales incitan a que esta parte de la población desee la delgadez y le tenga miedo obsesivo a la gordura. En los resultados de esta investigación, se encontró que las mujeres participantes fueron las más vulnerables a los medios de comunicación.

Por otro lado, con respecto a la esfera de Dominio psicológico, la categoría de “Asignación de aspectos emocionales a los alimentos”, concuerda con lo citado por Sánchez y Ponches (2012), quienes comprobaron que las emociones y los sentimientos juegan un papel importante en los hábitos alimenticios de una persona con obesidad. Del mismo modo, Velázquez (2004) plantea que una persona con obesidad recurre a la ingesta de alimentos principalmente para obtener una solución momentánea hacia alguna tensión emocional tales como ansiedad, enojo, depresión, miedo, baja autoestima y aburrimiento. Sin embargo, en esta investigación, también se encontró que la comida de igual forma puede causar momentáneamente la felicidad y brindar compañía a una persona.

En cuanto a la categoría de “Disgusto por la imagen corporal”, lo obtenido coincide con lo señalado por Bermúdez y Hernández (2012), quienes mencionan que la adolescencia es la etapa en donde la imagen corporal tiene mayor importancia, por lo cual el tener

obesidad puede generar que el adolescente sienta vergüenza por su físico. No obstante, en los resultados se obtuvo que los participantes también tenían sentimientos de disgusto, odio e incomodidad por su cuerpo.

Lo mismo ocurre con la categoría de “Dificultad para expresarse en situaciones sociales”, puesto a que Alvares (2004) indica que los adolescentes con sobrepeso suelen usar ropa grande y holgada para ocultar sus kilos de más.

Referente a lo obtenido en la categoría de “Aislamiento social”, los resultados se asemejan a lo citado por Peralta (2013) quien expone que para un adolescente con obesidad el mostrar su cuerpo lo hace sentirse vulnerable y en desventaja en distintas situaciones sociales, por ello, tratan de aislarse o escapar de ellas.

En las categorías “Conductas para bajar de peso” y “Trastornos de la alimentación”, los datos obtenidos se relacionan con lo descrito por Zabala (2011) quien indica que las personas con obesidad tienden a experimentar tipos de control peso poco o nada saludables, con la ilusión de llegar a un peso y a una figura más aceptable. Como consecuencia pueden adquirir conductas relacionadas a algún trastorno de la alimentación.

Por último, dentro de la literatura Amador y Musitu (2011) afirman, que las mujeres experimentan mayor presión por el estigma social que los hombres, sin embargo, en las historias de vida de los cinco participantes se puede señalar que tanto a hombres como mujeres el estigma social les afectó de la misma forma.

Con lo citado anteriormente se puede afirmar que los problemas psicológicos de una persona con obesidad son consecuencia de los prejuicios y la discriminación que la sociedad tiene en contra de la obesidad y que estos repercuten de forma significativa sin importar edad ni sexo.

CONCLUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue cumplido ya que las cinco historias de vidas fueron una herramienta útil para conocer cómo es que afecta el estigma social a las personas con obesidad y cuál es el impacto que tiene en su calidad de vida.

De la misma forma, esta investigación deja claro que la obesidad es un estado patológico que afecta a la persona de forma física y fisiológica, pero que también es perturbada por estigmas sociales que afectan sus cualidades psicológicas. Además, de acuerdo a los datos obtenidos de las cinco historias de vida se puede señalar que la alimentación es un proceso muy amplio que involucra múltiples factores, entre ellos las emociones y los sentimientos. Por lo cual, esta información puede ayudar a médicos y nutriólogos para realizar futuras investigaciones y para la elaboración de programas de prevención y tratamiento de la obesidad.

Asimismo estos resultados son prueba de que el problema de la obesidad debe ser tratado desde una perspectiva multidisciplinaria, en donde no solo sean incluidos médicos y nutriólogos, sino también psicólogos que ayuden a las personas con obesidad a tratar todos los aspectos psicológicos y sociales que cumplen un papel importante en el surgimiento y mantenimiento de la obesidad, ya que la modificación de los hábitos alimenticios y el incremento de actividad física son esenciales para bajar de peso y mantener un peso saludable, sin embargo, para ser sostenidos en el tiempo es necesario prestar atención a otras variables.

Por otra parte, con respecto al estigma social, de acuerdo a los resultados obtenidos y a lo encontrado en la literatura, al ser la adolescencia la etapa en donde las personas obesas se ven más afectadas por el estigma social, sería importante que en las instituciones de enseñanza secundaria psicólogos realizaran talleres en donde se difundiera a padres, alumnos y maestros una educación humanista, la cual ayude a crear conciencia sobre el impacto que tienen las burlas, sobrenombres y comentarios humillantes, en las personas con obesidad y en cualquier otra persona. Además de promover la práctica de valores en la familia y en la escuela, que motiven a la no violencia y a la idea de vivir juntos a partir de la empatía y la comprensión mutua.

Por otra parte, también sería importante que dentro de estos talleres, psicólogos trabajen con la autoestima de los alumnos, con el propósito de crear personas fuertes y capaces de pedir ayuda psicológica cuando lo necesiten. Esto no solo ayudaría a que las personas desde su adolescencia desarrollen herramientas que les permitan lidiar de aquellas consecuencias ocasionadas por el estigma social, si no también, podría ayudar a evitar futuros trastornos de la alimentación en estas personas.

AneXos

Anexo 1

OBESIDAD Y SOBREPESO

una perspectiva psicológica

¿Qué es la obesidad y el sobrepeso?

La Organización Mundial de la Salud, califica a la obesidad como un problema de carácter social que aumenta de manera sostenida en el mundo, además de que se da con mayor frecuencia en países de bajos ingresos e impacta en todos los grupos de edad. Asimismo, la define como una acumulación anormal y excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

Tipos de obesidad

- Sobrepeso
- Obesidad grado I
- Obesidad grado II
- Obesidad grado III
- Obesidad Extrema o Mórbida

Factores asociados a la obesidad y al sobrepeso

- Alimentación
- Actividad física
- Genética
- Sociedad y cultura

Aspectos psicológicos

Como la asignación de aspectos emocionales a los alimentos para obtener una solución momentánea hacia alguna tensión emocional.



Complicaciones asociadas a la obesidad y al sobrepeso

- Enfermedades de la vesícula biliar
- Diversos tipos de cáncer
- Osteoartritis
- Hipertensión arterial

Diabetes mellitus tipo 2

Se estima que en México existen 6.8 millones de personas afectadas y se calcula que para el 2030 subirá a 119 millones. Sin embargo, hay que considerar que por cada persona diagnosticada existe una no diagnosticada.

Estigma social de la obesidad

Hoy en día la sociedad no solo rechaza a la obesidad y al sobrepeso, sino también a quien la padece, sobrevalorando los cuerpos delgados. Todo esto, impuesto por los estándares de moda, estereotipos y prejuicios que traen consigo los medios de comunicación.

¿De qué manera puede afectar este estigma a una persona con sobrepeso u obesidad?

- Malos comentarios o burlas de parte de amigos, compañeros de escuela o trabajo y familia.
- Rechazo en determinados grupos sociales.
- Infravaloración de la persona ante la sociedad.

¿Cuál es el impacto que puede tener el estigma social en una persona con sobrepeso u obesidad?

- Baja autoestima
- Depresión
- Inseguridad
- Miedo al rechazo
- Vergüenza de su físico
- Actitudes negativas de su persona
- Sobrevaloración de los cuerpos delgados
- Trastornos de la alimentación
- Ideación suicida



Desde este punto de vista, es conveniente no solo tomar en cuenta los aspectos fisiológicos de este fenómeno, sino también trabajar con aquellas variables psicológicas que se manifiestan en torno al padecimiento del sobrepeso y la obesidad, debido a que igualmente tienen un gran impacto en la calidad de vida de la persona.

Anexo 2

Consentimiento informado

El propósito de este documento es proporcionar a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como el papel que ocupara dentro de esta.

Nombre del proyecto: “Impacto que tiene el estigma social en personas con obesidad: cinco historias de vida”.

La presente investigación conducida por la psicóloga Tania Anaya Roldan, de la Universidad Nacional Autónoma de México tiene como objetivo “Analizar el impacto que tiene el estigma social sobre la calidad de vida de personas con obesidad”.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá contar experiencias desde su infancia a la actualidad, tomando como guía una serie de preguntas abiertas. Asimismo se le solicitará contar con algunas fotografías, cartas, documentos, objetos y personas significativas en su vida que enriquezcan la información proporcionada. La sesión en la que se llevará a cabo dicha investigación no tendrá ningún límite de tiempo.

Lo que conversemos durante esta sesión se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

Su participación es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de la investigación. En la transcripción del relato solo aparecerá su nombre sin apellidos o será anónimo si usted lo desea, y una vez transcrito el relato, el audio será destruido.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente puede retirarse de la investigación sin que lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante su relato le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacerlo saber al investigador o no responderlas.

Le doy las gracias por su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la psicóloga Tania Anaya Roldan. Asimismo he sido informado(a) del objetivo de dicha investigación.

Se me ha indicado también que tendré que contar mis experiencias desde mi infancia a la actualidad, tomando como guía una serie de preguntas abiertas. Asimismo se

me solicitará contar con algunas fotografías, cartas, documentos, objetos y personas significativas en mi vida que enriquezcan la información proporcionada y que la sesión en la que se llevara a cabo dicha investigación no tendrá ningún límite de tiempo.

Reconozco que la información que yo brinde en el transcurso de mi relato es estrictamente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de la investigación. He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que eso acarree prejuicio alguno para mi persona.

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la psicóloga Tania Anaya Roldan al teléfono _____.

Entiendo que una copia de este documento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de esta investigación cuando esta haya concluido.

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____

Fecha: _____

Anexo 3

Guía de entrevista semiestructurada

Presentación (datos generales de la persona).

1. ¿Cuál es tu nombre?
2. ¿Qué edad tienes?
3. ¿Cuándo naciste?
4. ¿Cuál es tu lugar de residencia?
5. ¿Cuál es tu ocupación?
6. ¿Con quién vives actualmente?

Familia (datos generales sobre su familia).

7. ¿Quiénes componen tu núcleo familiar?
8. ¿Existe obesidad o sobrepeso en algunos integrantes de tu familia?
9. ¿Existe algún tipo de enfermedad ocasionada por el sobrepeso y obesidad en algunos integrantes de tu familia?
10. ¿Existe algún tipo de cuidado del peso en tu familia?

Infancia

11. ¿Recuerdas cuántos kilos de más tenías?
12. ¿Cómo eran tus hábitos alimenticios?
13. ¿Qué era lo que comías con mayor frecuencia?
14. ¿Qué era lo que más te gustaba comer?
15. ¿Quién era la persona responsable de tu alimentación?
16. ¿Cómo era el cuidado de la alimentación que tenían tus padres hacia ti?
17. ¿Practicabas algún tipo de actividad física?
18. ¿Cómo eran los hábitos alimenticios de tu familia o de las personas con las que comías?
19. ¿Cómo percibías el ambiente familiar a la hora de la comida?
20. ¿Cómo era tu relación con la comida?
21. Cuando aún no era hora de la comida ¿había algún motivo por el que decidieras comer algo?
22. ¿Cómo era tu estado de salud?
23. ¿Realizabas algún tipo de pasatiempo con tu familia?
24. ¿Cómo era tu relación con los integrantes de tu familia?
25. ¿Recibías comentarios de tu familia acerca de tu físico y tu alimentación?
26. ¿Cómo era tu relación con tus compañeros de escuela, maestros y amigos?
27. ¿Recibías comentarios de tus compañeros de escuela, maestros y amigos acerca de tu físico y tu alimentación?

28. ¿Cuál era tu valoración de esos comentarios?
29. ¿Cuál era la valoración de tu estado físico?
30. ¿Cuál era la valoración de tus hábitos alimenticios?
31. ¿Alguna vez tuviste algún tipo de dificultad física para realizar ciertas actividades (juegos, deportes, actividades de la vida cotidiana)?
32. ¿Tenías algún ideal de belleza?
33. En general ¿cómo percibes que fue tu infancia?

Adolescencia

34. ¿Recuerdas cuántos kilos de más tenías?
35. ¿Cómo eran tus hábitos alimenticios?
36. ¿Cómo era tu relación con la comida?
37. Cuando aún no era hora de la comida ¿había algún motivo por el que decidieras comer algo?
38. ¿Cómo era tu estado de salud?
39. ¿Cómo era tu relación con los integrantes de tu familia?
40. ¿Recibías comentarios de tu familia acerca de tu físico y tu alimentación?
41. ¿Cuál era tu valoración de esos comentarios?
42. ¿Practicabas algún tipo de actividad física?
43. ¿Cuál era la percepción que tenías de tu físico?
44. ¿Realizabas algún tipo de conducta para bajar de peso?
45. ¿Qué efectos tuvieron a nivel físico y psicológico las conductas para bajar de peso que realizaste?
46. ¿Cuál era tu opinión sobre los estereotipos de belleza y delgadez que imponen medios de comunicación y la publicidad a la sociedad?
47. ¿Qué influencia tuvo en ti los medios de comunicación y la publicidad para querer bajar de peso?
48. ¿Cuáles eran las características del cuerpo ideal al que querías llegar?
49. ¿Cuáles eran tus sentimientos al comparar la distancia entre el cuerpo real y el ideal?
50. ¿Cuál era tu opinión acerca del físico de otras personas con obesidad o sobrepeso?
51. ¿Para ti qué significaba ser una persona con obesidad o sobrepeso?
52. ¿Cuál era tu opinión acerca del físico de personas delgadas?
53. ¿Para ti qué significaba poder llegar a ser una persona delgada?
54. ¿Cómo era tu relación con la ropa?
55. ¿Cómo te sentías a la hora de comprar y usar ropa para ir a la playa, balnearios, fiestas o reuniones con familiares o amigos?
56. ¿Piensas que tu obesidad o sobrepeso influyó a la hora de hacer amigos?

57. ¿Piensas que tu obesidad o sobrepeso influyó a la hora de relacionarte con personas del sexo opuesto y tener una relación de noviazgo?
58. ¿Cómo era tu relación con tus compañeros de escuela, maestros y amigos?
59. ¿Recibías comentarios de tus compañeros de escuela, maestros y amigos acerca de tu físico y tu alimentación?
60. ¿Cuál era tu valoración de esos comentarios?
61. ¿Tuviste algún tipo de dificultad física para realizar ciertas actividades (juegos, deportes, actividades de la vida cotidiana)?
62. ¿Emocionalmente cómo te sentías con respecto a tu cuerpo?
63. En general ¿cómo percibes que fue tu adolescencia?

Adulthood

64. ¿Recuerdas cuántos kilos de más tenías?
65. ¿Cómo son tus hábitos alimenticios?
66. ¿Cómo es tu relación con la comida?
67. Cuando aún no es hora de la comida ¿cuál es algún motivo por el que decides comer algo?
68. ¿Cómo es tu estado de salud?
69. ¿Practicas algún tipo de actividad física?
70. ¿Realizabas algún tipo de conducta para bajar de peso?
71. ¿Qué efectos tuvieron a nivel físico y psicológico las conductas para bajar de peso que realizaste?
72. ¿Cómo percibes que es el ambiente familiar?
73. ¿Cómo es tu relación con los integrantes de la familia?
74. ¿Recibes comentarios de tu familia acerca de tu físico y tu alimentación?
75. ¿Cómo es tu relación con tus compañeros de trabajo, jefes y amigos?
76. ¿Recibes comentarios de tus compañeros de trabajo, jefes y amigos acerca de tu físico y tu alimentación?
77. ¿Cuál es tu valoración de esos comentarios?
78. ¿Cómo es tu relación con la ropa?
79. ¿Cómo te sientes a la hora de comprar y usar ropa para ir a la playa, balnearios, fiestas o reuniones con familiares o amigos?
80. ¿Piensas que tu obesidad o sobrepeso influye a la hora de hacer amigos?
81. ¿Piensas que tu obesidad o sobrepeso influye a la hora de relacionarte con personas del sexo opuesto y tener una relación de noviazgo?
82. ¿Crees que tu obesidad o sobrepeso ha influido a la hora de obtener un trabajo?
83. ¿Crees que tu figura influye a la hora de tener relaciones sexuales con tu pareja?
84. ¿Has tenido algún tipo de dificultad física para realizar ciertas actividades (juegos, deportes, actividades de la vida cotidiana)?
85. ¿Cuál es la valoración de tu físico?

86. ¿Emocionalmente cómo te sientes con respecto a tu cuerpo?
87. ¿Cuál es la valoración que tienes hacia ti como ser humano?
88. En general ¿cómo percibes que es tu vida?

En caso de que sea una persona que haya bajado de peso

89. ¿Cómo lograste bajar de peso?
90. ¿Cuántos kilos perdiste?
91. ¿Qué fue lo que te motivó?
92. ¿Recibiste apoyo durante el proceso de pérdida de peso?
93. Ahora que bajaste de peso ¿qué cambios has tenido aparte del físico?
94. ¿Cómo es tu relación con la comida?
95. ¿Con la ropa?
96. ¿Con tu físico?
97. ¿Piensas que tu pérdida de peso influyó en tu relación con las demás personas?
98. ¿Tu valoración como persona ha cambiado?
99. ¿Puedes mencionar cómo te sentiste al contar la historia de tu vida y ciertas anécdotas relacionadas a tu aspecto físico y emocional?

Bibliografía

- Adame, C. (2013). *Alimentación en México*. México: Ediciones Navarra.
- Aitziber, P., Itziar, E., y Echebururúa, E. (2013). Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y consumo de sustancias adictivas y dificultades emocionales en chicas adolescentes. *Anales de psicología*, 29(3), 724-733.
- Alvarado, S., Guzmán, B., y González, R. (2005). Obesidad ¿Baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e investigación en psicología*, 10(2), 417-428.
- Álvarez, C. R. (2004). *¡Me caes gordo! La discriminación light*. México: Plaza y validez.
- Álvarez, C. R. (2006). *Obesidad y autoestima*. México: Plaza y validez.
- Álvarez, V. (2012). Tratamiento farmacológico de la obesidad. *Rev. Med. Clin. Condes*, 23(2), 173-179.
- Alonso, M. (2005). *La alimentación y la nutrición a través de la historia*. Barcelona, España: Glosa.
- Amador, M., y Musitu, O. (2011). *Exclusión social y diversidad*. México: Trillas.
- Amigo, V., y Fernández, R. (2013). Papel del psicólogo clínico en el tratamiento de la obesidad. *Papel del psicólogo*. 34(1), 49-56.
- Amigo, V. I. (2010). *Ser gordo, sentirse gordo*. Madrid, España: Pirámide.
- Amigo, V., y Fernández, R. (2013). El papel del psicólogo clínico en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. *Papeles del psicólogo*, 34(1), 49-56.

- Ander-Egg, E. (2003). *Métodos y técnicas de la investigación social: Técnicas para la recogida de datos e información*. México: Lumen.
- Barbosa, M. (2004). Manejo quirúrgico de la obesidad. *Nutrición y salud*, 3(1), 49-62.
- Basilio, M. E., Monereo, M. S. y Álvarez, H. J. (2000). *Obesidad: la epidemia del siglo XXI*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.
- Bastos, A., González, B., Molinero, G., y Salguero, D. (2005). Obesidad, nutrición y Actividad Física. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 5(18), 140-153.
- Bauza, C. A., y Celíz, R. O. (2005). *Obesidad: causas, consecuencias y tratamiento*. Buenos Aires, Argentina: El Emporio Ediciones.
- Bermúdez, B., y Hernández, R. (2012). Estigmatización por obesidad en la adolescencia. *Archivos de medicina familiar*, 14(2), 34-36.
- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría en línea*, 35(4), 537-546.
- Bisseto, P., Botella, G., y Sancho, M. (2012). Trastorno de la conducta alimentaria y consumo de drogas en la población adolescente. *Adicciones*, 24(6), 9-16.
- Bolaños, G. M. (1993). *Estigmatización y alienación*. Venezuela: Los Andes.
- Bourges, R. (2001). *La alimentación y nutrición en México*. México: Comercio Exterior.
- Bourges, R., Casanueva, E., y Rosado, L. (2005). *Recomendaciones de ingestión de nutrimentos para la población mexicana*. México: Editorial Medica Panamericana.

- Bravo, A. (1996). *Femenino singular: la belleza a través de la historia*. Madrid, España: Alianza.
- Calado, O., Lamieras, F., y Rodríguez, C. (2004). Influencia de la imagen corporal y la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes universitarias sin trastornos alimenticios. *International journal of clinical and health psychology*, 2(4), 358-370.
- Calderón, C., Forns, M., y Varea, V. (2010). Implicación en la ansiedad y la depresión en los trastornos de la alimentación de jóvenes con obesidad. *Nutr. Hosp*, 25(4), 641-647.
- Calero, Y. F. (2005). *Atención sanitaria integral de la obesidad*. Madrid, España: Formación Alcala.
- Cardona, D. y Agudelo, H. (2005). Construcción cultural del concepto de calidad de vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Vol. 23, No. 1*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/120/12023108.pdf>
- Cardozo, Q. I., y Rondón, B. J. (2014). La salud desde una perspectiva psicológica. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 17(3), 479-501.
- Carrasco, N., Klaassen, L., Papapietro, V., Reyes, S., Rodríguez, O., Csendes, J., Guzmán, B., Hernández, F., Pizarro, Q., y Sepúlveda, R. (2004). Propuesta y fundamentos para una norma de manejo quirúrgico del paciente obeso. *Rev. méd. Chile*, 133(6), 699-705.

- Carrasco, N., Manrique, M., Pía de la Maza, M., Moreno, M., Albalá, C., García, J., Díaz, J., y Liberman, C. (2009). Tratamiento farmacológico o quirúrgico del paciente con sobrepeso u obesidad. *Rev. méd. Chile*, 137(7), 972-981.
- Castaño, G., Medina, G., De la Rosa, R., y Loria, C. (2011). Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 49(3), 315-324.
- Chárriez, C. (2012). Historia de vida: una metodología de investigación cualitativa. *Revista Griot*, 5(1), 50-67.
- Chiprut, R., Castellanos, U., Sánchez, H., Martínez, G., Cortez, E., Chiprut, R., y Del Conde, O. (2001). La obesidad del siglo XXI: Avancen en la etiopatogenia y tratamiento. *Gaceta Médica de México*, 137(4), 323-334.
- Cobo, C., Fabián, M., y Moreno, N. (2006). El papel de ejercicio en el tratamiento de la obesidad. *Mediagraphic Artemiza*, 13(4), 151-155.
- Contreras, J. (2000). Cambios sociales y cambios en los comportamientos alimentarios en la España de la segunda mitad del siglo XX. *Zainak*, 20(2), 17-33.
- Contreras, J. (2002). La obesidad: una perspectiva sociocultural. *Form Contin Nutr Obes*, 27(2), 31-52.
- Córdova, J. (2009). Sobrepeso y obesidad, problemas de salud pública en México. *Cirugía y Cirujanos*, 77(6), 421-423.
- Cortés, P. (2011). El sentido de las historias de vida en investigaciones socio-educativas. *Historias de vida en educación. Biografías en contexto*, 4(12).

- De Domingo, B. M. y López, G. J. (2014). *La estigmatización social de la obesidad*. Madrid, España: Copyright Cuadernos de Bioética.
- Díaz, M. (2005). Presente y futuro del tratamiento farmacológico de la obesidad. *Revista Argentina de Cardiología*, 73(2), 137-144.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012). Resultados nacionales. México. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2016). Resultados nacionales. México. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Fausto, G., Valdez, L., Aldrete, R., y López, Z. (2006). Antecedentes históricos y sociales de la obesidad en México. *Investigación en salud*, 8(2), 91-94.
- Fernández-López, J., Fernández-Fidalgo, M., y Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, Vol. 84, No. 2. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v84n2/especial4.pdf>
- Ferrarotti, F. (2007). Las historias de vida como método. *Convergencia*, 14(44), 15-40. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352007000200002
- Ferreira, G. L. (2007). Clasificación del sobrepeso y la obesidad. *Medicina interna*, 2(2), 7-48.
- Foz, S., M. (2006). *Historia de la obesidad. Obesidad: Un reto sanitario de nuestra civilización*. Barcelona, España: Universidad Autónoma de Barcelona.

- Gago, S., Romero, Q. Carmona, M., y Sierra, R. (2012). Actitudes hacia la obesidad de los estudiantes de Magisterio de la Universidad de Huelva. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 22(2), 38-42.
- Galicia, M., y Simal, A. (2002). Tratamiento farmacológico de la obesidad. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 26(5), 117-127.
- García, B. (2007). Gordos y flacos. *Real academia de Ciencias Exactas Físicas y Naturales*, 101(2), 361-387.
- García-Camba, M. E. (2002). *Avancen en trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid, España. MASSON.
- Gill, V., Sil, A., Domínguez, S., Torres, A., y Medina, C. (2013). Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro. Soc*, 51(1), 104-120.
- Gómez, B. (2012). *Metodología de la investigación*. México: Red tercer milenio.
- González, G. J., Sanz, A. L., y García, B. C. (2008). La obesidad en la historia de la cirugía. *Cirugía Española*, 84(4).
- González, J., Aguilar, C., García, G., García, L., Padilla, L., y Ocete, H. (2012). Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en una población de escolares en Granada (España). *Nutrición Hospitalaria*, 27(1), 177-184.
- Goodson, L. (2004). *Historias de vida del profesorado*. Barcelona: Octaedro-Eub.
- Grosso, P. (2012). *Estudio, prevención y tratamiento de enfermedades vasculares*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Edb.

- Hansen, D. (2007). Efectos del tratamiento físico sobre la pérdida de masa grasa en pacientes obesos durante restricción calórica. *Esports Med*, 37(1), 31-46.
- Hemán, D. C. (2002). La obesidad: un desorden metabólico de alto riesgo para la salud. *Colombia Médica*, 33(2), 72-80.
- Hernández, S., Fernández, C., y Baptista, L. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hernández, S., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hernández, S. P. (2008). Métodos cualitativos para estudiar a los usuarios de la información. México: UNAM.
- Hilde, K. y Helmurt, W. (2005). *Mi hijo tiene sobrepeso*. Madrid, España: Ediciones B.
- Jáuregui, L., Rivas, F., Montaña, G., y Morales, M. (2008). Influencia de los estereotipos en la percepción de la obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 23(4), 319-325.
- Jiménez, C., y Silva, C. (2013). Preocupación materna por la apariencia física en relación con la estigmatización de los niños hacia la figura corporal. *Enseñanza e investigación en psicología*, 18(1), 19-34.
- León, C. D. (2001). Obesidad, un problema multifactorial. *Psicología y salud*, 11(2).
- López, M., y Salléz, T. (2005). *Prevención de la anorexia y bulimia. Educación en valores para la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid, España: Guada Impresores L.S.

- Luckie, A., Cortés, F., e Ibarra, S. (2009). Obesidad: trascendencia y repercusión médico-social. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 14(4), 191-201.
- Madrid, C. J. (1998). *El libro de la obesidad y su tratamiento*. Madrid, España. ARAN.
- Magallares, A. (2007). Estereotipos hacia las personas con sobrepeso. *Informes de psicología social*, 1(2), 1-20.
- Mancillas, A. L., y Morales, G. G. (2004). Tratamiento farmacológico de la obesidad. *Gac. Med. Méx*, 140(2), 91-95
- Martin, B. F., y Roche, C. E. (2001). *Obesidad: algo más que un problema de peso*. Madrid, España: Limencop S. L.
- Mártires, E. N., Ventura, L. P., y Núñez, C. (2001). Hoja de evaluación de medicamentos de Castilla-La Mancha. *Insalud*, 2(7).
- Martínez, A. (2007). Tratamiento psicológico de la obesidad. *Medicina Clínica*, 129(10), 387-391.
- Méndez, S. N. y Uribe, E. M. (2002). *Obesidad: etimología, fisiología y manifestaciones clínicas*. México: Manual Moderno.
- Monereo. M. S., Iglesias, B. P., y Guijarro de Armas, G. (2012). *Nuevos retos de la prevención de la obesidad: tratamiento y calidad de vida*. Madrid, España: Fundación BBVA.
- Monje, A. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa: Guía didáctica*. Colombia: NEIVA.

- Montt, S., Koppmann, A., y Rodríguez, O. (2005). Aspectos psiquiátricos y psicológicos en el paciente obeso mórbido. *Revista Hospital Clínico*, 16(4), 282-288.
- Ocaña, A. (2011). La entrevista biográfica: análisis de esta herramienta como generadora de información en la reconstrucción de historias de vida. *Jornadas de historias de vida en educación*, 2(1).
- Ogden, J. (2003). *Psicología de la alimentación: Comportamientos saludables y trastornos alimentarios*. Madrid, España: Morata.
- Oseguera, P. D. (1996). El fast-food y el apresuramiento alimentario en México. *Estudio sobre las culturas contemporáneas en México*, 28(3), 109-135.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Obesidad y sobrepeso*. Nota descriptiva No. 311. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> Consultado el 10 de Diciembre del 2016.
- Ortiz, G., Vázquez, G., y Montes, E. (2005). La alimentación en México: enfoques y visión a futuro. *Estudios Sociales*, 13(25), 8-34.
- Padilla, V., Roselló, A., Guzmán, P. y Aráuz, H. (2006). Percepción de la obesidad en adultos costarricenses. *Acta medica costarricense*, 48(3). http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022006000300007
- Pantoja, J. (2004). Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. *Gaceta médica de México*, 140(2), 85-90.

- Peralta, M. (2013). *La ciudad me queda chica: discriminación por obesidad mórbida en Santiago de Chile*. (Tesis de maestría inédita). Universidad de Chile Instituto de comunicación e imagen, Santiago de Chile.
- Pérez, S. G. (2002). *Investigación cualitativa: Retos e interrogantes*. Madrid, España: La Muralla.
- Quecedo, R., y Castaño, C. (2002). Introducción a la metodología de la investigación cualitativa. *Revista de psicodidáctica*, 14(2), 5-39.
- Ríos, M., Rangel, R., Álvarez, C., Castillo, G., Ramírez, M., Pantoja, M., Yáñez, M., Arrieta, M., y Ruiz, O. (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 6(4), 147-153.
- Rivas, V. P. (2015). ¿Es la obesidad causa de discriminación tutelable en el ámbito laboral? *IUSLabor*, 2(2).
- Rivera, G., Bocanegra, A., Acosta, R., De La Garza, M., y Flores, G. (2007). Tratamiento de la obesidad; nuevas perspectivas. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 38(2), 48-56.
- Rivera, D., Hernández, A., Aguilar, S., Vadillo, O., y Murayama, R. (2013). *Obesidad en México: recomendaciones para una política de estado*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rodríguez, C., Orozco, L., Santamaría, S., Iglesias, H., y Tolentino, R. (2008). Salud y obesidad en adolescentes. *Revista científica electrónica de psicología*, 10(2).

- Rodríguez, H., De la Cruz, S., Feu, S., y Martínez, S. (2011). Sedentarismo, obesidad y salud mental en la población española de 4 a 15 años de edad. *Revista Española de Salud Pública*, 85(4).
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000400006
- Salvador, R., Caballero, G., Frybech, M., y Honorato, P. (2002). *Clínica Universitaria de Navarra*. España: Everest.
- Sánchez, B. y Pontes, T. (2012). Influencia de las emociones en la ingesta y control de peso. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 2148-2150.
- Sánchez, C., Pichardo, O., y López, R. (2004). Epidemiología de la obesidad. *Gac. Medica de México*, 140(2), 3-20.
- Selli, L., Kauffmann, P., Nazareth, M., y Zapico, T. (2005). Técnicas educacionales para el tratamiento de la diabetes. *Cad. Saúde Pública*, 21(5), 1367-1372.
- The WHOQOL Group, (1995) The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, Vol. 41, 1403-1409. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/54358>
- Toral, J., Del Ángel, P., López, C., y Gallardo, L. (2012). Hábitos alimenticios, diversidad alimentaria y disposición para practicar la horticultura en familias peri-urbanas de ciudad Cardel, Veracruz, México. *Tropical and Subtropical Agroecosystems*, 15(2), 135-144.

- Toro, J. (2003). *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona, España: Ariel.
- Urzúa, A. y Caqueo-Úrizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, Vol. 30, No. 1, 61-71. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>
- Torres, M., y Lorenzo, D. (2004). Aportes de las historias de vida en la investigación sobre el valor formativo de los clubes deportivos infantiles y juveniles: un estudio de caso. *Revista de investigación educativa*, 22(1), 61-88.
- Tusié, M. (2008). El origen multifactorial de la obesidad. *Revista de Educación Bioquímica*, 27(1), 1-2.
- Vargas, A. L. (2002). *Obesidad-Consenso*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Vargas, Z., Lancheros, P., y Barrera, P. (2011). Gasto energético en reposo y composición corporal en adultos. *Revista de la facultad de medicina*, 29(1), 43-58.
- Vázquez, A., y Raich, E. (2007). El papel de la familia en los trastornos alimenticio. *Psicología conductual*, 5(3), 397- 407.
- Velázquez, V. (2004). ¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso? *Revista de Endocrinología y nutrición*, 12(3), 135-142.
- Vega, R., Sánchez, C., y Zaragozá, H. (2013). Actualización en el tratamiento farmacológico de la obesidad. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 8(1), 3-15.

- Vidal, F. y Triado, C. (2006). *El estudio del ciclo vital a partir del ciclo de vida: una propuesta práctica*. Barcelona, España: Universidad de Barcelona.
- Vidal, R. (2015). Historia de vida: qué es y cómo hacerla. Simbólicos psicoterapia. <http://www.simbolics.cat/cas/historia-de-vida-que-es-y-como-hacerla/>
- Vigarello, G. (2009). *Historia de la Belleza: el cuerpo y el arte de embellecer desde el Renacimiento hasta nuestros días*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Vigarello, G. (2011). *La metamorfosis de la grasa: Historia de la obesidad desde la Edad Media al siglo XX*. Barcelona, España: Península.
- Villar, F. (2006). *Historias de vida y envejecimiento*. España, Madrid: Portal Mayores.
- Villaseñor, B. S., Esqueda, O. C., y Cárdenas, C. K. (2006). Salud mental y obesidad. *Investigación en Salud*, 8(2), 86-90.
- Zárate, A., Acevedo, B., y Saucedo, G. (2001). La obesidad: Conceptos actuales sobre fisiopatogenia y tratamiento. *Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Endocrinas, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional*, 44(2), 66-70.
- Zabala, V. A. (2011). *Relación entre la obesidad y salud mental*. Buenos Aires, Argentina: Editorial FUEDIN.