



**Universidad Autónoma de Madrid  
Facultad de Medicina  
Departamento de Psiquiatría  
Doctorado Patología Existencial e Intervención en Crisis**

**OBESIDAD: UNA VISIÓN  
FENOMENOLOGICA-EXISTENCIAL**

**AUTORA: MYRIAM C. OLIVEROS DE ANGULO  
DIRECTOR DE TESIS: DRA. REBECA RETAMALES ROJAS**

**Octubre, 2010**



**Facultad de Medicina  
Departamento de Psiquiatría  
UAM**

**Dra. REBECA RETAMALES ROJAS**, Profesora Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Alcalá de Henares.

**CERTIFICA:**

**Dña. Myriam C. Oliveros de Angulo**, ha realizado la Tesis Doctoral: **Obesidad: Una Visión Fenomenológica-Existencial**, bajo mi dirección, considerando que reúne los méritos suficientes de calidad y originalidad para optar al grado de Doctora.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, expido el presente Certificado en Madrid, Octubre de 2010.

**Prof. Dra. REBECA RETAMALES ROJAS**

## *Dedicatoria*

A mi esposo Luis Alberto por el tiempo y  
los diálogos compartidos durante el  
desarrollo de la tesis.  
A mis hijos Miguel Alberto y Natasha Isabel  
que siempre son motivo de inspiración.  
A mi madre Ángela Carlota por trasmitirme  
su fe y confianza en la vida  
A mis hermanas Palmira y Rhaiza por  
su apoyo incondicional  
A mi hermana Maritza siempre presente

*Gracias...*

## *Agradecimientos*

A los sujetos de estudio que me brindaron su confianza  
A mis profesores del doctorado por guiarme  
en el camino del conocimiento  
A mi Directora de Tesis, Dra. Rebeca Retamales Rojas  
por su capacidad de análisis, de valor incalculable  
en el desarrollo de la tesis  
Al Dr. José María Poveda maestro, amigo y mago  
Al Dr. José Soria, modelo a seguir como  
profesional de la medicina  
Al Dr. Jesús Leal apasionado por el  
estudio del sujeto complejo.

*Gracias...*

**Universidad Autónoma de Madrid  
Facultad de Medicina  
Departamento de Psiquiatría  
Tesis Doctoral**

**OBESIDAD: UNA VISIÓN  
FENOMENOLOGICA-EXISTENCIAL**

**Autora:** Myriam C. Oliveros De Angulo  
**Director(a):** Dra. Rebeca Retamales Rojas  
**Asesor Metodológico:** Dr. Jesús Leal Gutiérrez  
**Fecha:** Octubre, 2010

**RESUMEN**

Se realiza este estudio dentro del paradigma cualitativo de la fenomenología-existencial, con el objetivo de aproximarse a la comprensión del fenómeno de la obesidad, tomando como punto de partida la noción de cuerpo vivido, del filósofo existencial Merleau-Ponty, para explorar cual es el significado que otorgan a la obesidad el grupo de sujetos de estudio. De esta forma bajo la óptica del referencial fenomenológico-existencial y empleando el método de H. H. Spiegelberg, se realizaron una serie de entrevistas a profundidad a cuatro sujetos en afección de obesidad para compartir su mundo y escuchar sus expresiones, y a partir de esos momentos comprender el significado que otorgan a su experiencia de obesidad, y a la persona en toda su magnitud tal como ella se manifiesta a sí misma en su esencia. A partir de esta comprensión se configuró el episteme de esta investigación cuyo enunciado fundamental es: el estudio de la obesidad no solamente involucra la sintomatología, sino la concepción del cuerpo vivido en el trayecto longitudinal de su existencia, lo que amerita un abordaje del sujeto en afección de obesidad, desde la totalidad de su ser-en-el-mundo (Dasein) para un manejo exitoso del problema.

**Palabras Claves:** Obesidad, Cuerpo Vivido, Psicopatología, Fenomenología-existencial

**University Independiente of Madrid  
Medicine Faculty  
Departamento of Psychiatry**

**OBESITY: A VISION  
PHENOMENOLOGICAL-EXISTENTIAL**

**Author:** Myriam C. Oliveros de Angulo  
**Principal:** Dra. Rebeca Retamales Rojas  
**Methodological Adviser:** Dr. Jesús Leal Gutiérrez  
**Date:** October, 2010

**SUMARY**

We carried out this study within the qualitative paradigm of existential phenomenology, with the aim of approaching the understanding of the obesity phenomenon, having as initial point the notion of living body, from the existential philosopher Merleau-Ponty, in order to explore the meaning of obesity given from the sample group of study which is to explore the meaning they attach to the obesity group of study subjects. From the viewpoint of the phenomenological-existential, using the method of H. H. Spiegelberg, there were a series of depth interviews related to four subjects in obesity condition to share their world and listening to their statements, and from that time on to understand the meaning of their attachment to their experience of obesity, and the person in all its magnitude, as it manifests itself in its essence. From this understanding is configured episteme of this research which is fundamental statement: the study of obesity involves not only the symptoms, but the conception of the living body in the longitudinal course of its existence, which warrants, an approach to the subject in condition of obesity, since the whole being-in-the-world (Dasein) to successful management of the problem.

**Keywords:** Obesity, Living body, Psychopathology, Existential-Phenomenology.

## ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Dedicatoria.....	iii
Agradecimientos.....	iv
Resumen.....	v
Summary.....	vii
Lista de Anexos.....	ix
Lista de Gráficos.....	x
Lista de Cuadros y Figuras.....	xi
Introducción.....	1
	3
<b>Capítulo I. Descripción del Fenómeno.....</b>	<b>7</b>
Propósito de estudio.....	7
Justificación.....	9
Delimitación del estudio.....	
<b>Capítulo II. Puesta al día del Tema.....</b>	<b>10</b>
Evolución histórica del concepto de obesidad.....	10
¿Desde cuándo la obesidad es considerada una enfermedad.....	11
La obesidad un problema de salud pública.....	12
Aumento de la obesidad en el mundo.....	13
Definiciones y clasificaciones actuales.....	16
Tipos de obesidad.....	17
Qué causa y mantiene la obesidad:.....	19
Factores genéticos.....	19
Factores psiconeuroendocrinos:.....	20
Regulación del balance energético por el sistema nervioso central.....	20
Apetito y saciedad.....	21
Ambiente “toxico”.....	22
Factores socioculturales:.....	23
Consideraciones sobre el comer.....	23
El valor simbólico de los alimentos.....	23
Cultura de la delgadez.....	24
Causas y consecuencias de la obesidad:.....	25
Obesidad y salud mental: Consideraciones generales.....	25
Obesidad causa o efecto.....	26
Aspectos psicológicos:.....	28
Personalidad del obeso.....	28
Patología afectiva:.....	30
Ansiedad.....	30
Depresión.....	31

Imagen corporal.....	31
Trastornos alimentario o desorden alimentario.....	32
Tratamiento.....	37
Objetivos de Tratamiento.....	37
Conclusión.....	38
<b>Capítulo III. Marco Teórico Referencial.....</b>	<b>40</b>
La dimensión corporal desde un enfoque fenomenológico-existencial.....	40
Alteraciones psicológicas en la obesidad.....	41
Sobre la noción del sujeto encarnado.....	43
La estructura ontológica: ser-en-el-mundo.....	44
Bases filosóficas.....	44
La encarnación: la mente no está en la cabeza.....	46
Cuerpo vivido.....	46
<b>Capítulo IV. Trayecto Metodológico.....</b>	<b>56</b>
Metodología de la investigación.....	58
Método fenomenológico.....	59
Etapa descriptiva:.....	61
La entrevista fenomenológica.....	61
Procedimiento para análisis fenomenológico de las entrevistas.....	62
	64
<b>Capítulo V. Entrevistas.....</b>	<b>64</b>
Descripción Protocolar.....	64
<b>Capítulo VI. Aproximación del Fenómeno.....</b>	<b>80</b>
Relatos.....	81
Comer, vincularse, ser.....	88
<b>Capítulo VII. Epísteme Derivado.....</b>	<b>92</b>
El cuerpo vivido en la obesidad.....	95
El Cuerpo Objeto.....	95
Conclusión.....	102
Referencias Bibliográficas.....	104



### **Lista de Anexos**

A. Consentimiento Informado.....	117
B. Entrevistas.....	118
C. Filtros Epistemológicos.....	149
D. Perspectivas de los sujetos de Estudio.....	157

## Lista de Cuadros

<b>Cuadros</b>	<b>p.p</b>
1.- Características del Comer.....	27
2.- Circuitos Cerebrales Implicados en la Regulación del Consumo de Alimentos.....	28

## Lista de Gráficos y Figuras

<b>Gráficos</b>	<b>p.p</b>
1.- La Obesidad en el Mundo.....	14
2.- Obesidad y Déficit Calórico Materno Infantil en Sangre ( Mmo/L).....	15
 <b>Figura</b>	
1.- Presentación de Conductas alimentarias de acuerdo a Grados de Gravedad.....	34

## INTRODUCCIÓN

En el momento de decidir el tema de investigación para mi proyecto de tesis dentro del doctorado, la persuasión de que éste giraría en torno a la obesidad siempre estuvo presente. Tempranamente formada en la especialidad endocrinológica, la trama de esa patología ha acompañado mi práctica médica durante años y he compartido junto con mis pacientes muchos esfuerzos, éxitos y fracasos en el intento de ajustar su peso real a un peso ideal, generalmente convenido en las tablas de índice de masa corporal (IMC).

En la revisión de la literatura científica para la actualización del tema pude observar el avance y profundo desarrollo del conocimiento científico del problema, el cual llega, incluso, hasta las bases moleculares del mismo sin embargo, ello no manifiesta ni constata el manejo terapéutico exitoso del paciente.

Este paradójico resultado de *más conocimiento más enfermedad* siguiendo a Von Foerster (1994) en su concepto de paradoja como *dispositivos creativos* y mis pacientes en apremiante búsqueda de respuestas a su problema, avivó en mi la necesidad de ampliar, cambia y contrastar la visión científica del problema ver con una mirada “mas ingenua”, mudar el espacio cognitivo del modelo biomédico de abordaje desde la enfermedad y el organismo como maquina (pruebas biológicas, medidas antropométricas, pruebas psicométricas) hacia un sujeto que adolece, un sujeto en condición de obesidad.

El planteamiento del enfermo como totalidad (unidad mente-cuerpo), me permitió colocarme en la perspectiva de la fenomenología existencial del cuerpo vivido, es decir, en un cuerpo que no se reduce a algo que tengo sino a algo que soy. Partiendo de allí y a través de la narrativa de los sujetos de estudio, pude aproximarme al problema intentando al mismo tiempo, revertir el distanciamiento y la objetividad del método biomédico hacia una comprensión del sujeto como ser-en-el-mundo (Dasein)

A esta finalidad la investigación fue organizada en seis capítulos:

El **capítulo primero** abarca la descripción del fenómeno, los propósitos, y la delimitación del estudio.

El **segundo capítulo** es una puesta al día del tema de la obesidad.

El **tercer capítulo**, ubica el marco teórico-referencial o las bases que sustentan el tema investigado, donde se incluyen los antecedentes o estudios previos relacionados con el tema de investigación.

El **cuarto capítulo** esta dedicado al desarrollo de las entrevistas

El **quinto capítulo** explica la trayectoria metodológica, el diseño y tipo de investigación. También se hace referencia a la población, muestra seleccionada y el criterio de selección.

El **sexto capítulo** muestra el análisis existencial de las entrevistas, y los filtros epistémicos que condujeron a la esencia del fenómeno en estudio.

El **séptimo capítulo** corresponde a la teoría o episteme derivado, que representa una aportación en términos de ganar una mejor comprensión del fenómeno y las conclusiones derivadas de la investigación.

En las referencias bibliográficas se cita toda la documentación referida a la presente investigación y en la sección Anexos, se agrega la fuente primaria de recolección de la información para los principales hallazgos que se ofrecen en esta investigación.

## CAPITULO I

### DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO

En nuestros días, la obesidad se ha convertido en un fenómeno masivo de alta frecuencia y trascendencia social, que ha obligado, por ejemplo, a la Organización Mundial de la salud (1997) a declararla problema de salud pública. Si bien ella es una de las condiciones médicas más fáciles de reconocer, es el rompecabezas de los especialistas encargados de su manejo y tratamiento y, así mismo, es la espada de Damocles de quienes la padecen.

A pesar de los avances en este campo de investigación, los cuales se han extendido hasta las mismas bases moleculares, resulta sorprendente que en lugar de reflejar un mejor control del problema, paradójicamente, la obesidad muestra una escalada que lo coloca dentro de la categoría de epidemia.

La obesidad es una enfermedad caracterizada por una acumulación patológica de grasa corporal, que por una parte, aumenta el riesgo de enfermarse y el de morir prematuramente, y por otra, conduce al sujeto obeso a una pérdida de años de vida útil, así como a la disminución de su calidad de vida.

Una situación, que de forma marcada, contrasta palmariamente con planteamientos actualizados acerca del concepto de salud, como por ejemplo, el de la bioenergética, desde la cual su fundador, el psiquiatra Lowen (1985), llega a definir luminosamente como *integrado de belleza, gracia y placer*.

En la etiología de la obesidad se conjugan factores genéticos que son los encargados de mantener el balance energético entre la ingesta y el gasto energético, conductas alimentarias genéticamente determinadas, las cuales están condicionadas por factores neuro-sensoriales, emocionales y sociales, un ambiente altamente toxico propio de las ciudades industrializadas, que aumenta la disponibilidad de alimentos ricos en grasa y calorías, la llamada comida chatarra, y que intensamente estimula el sedentarismo.

Por otra parte, está bien documentada en la literatura médico-científica la relación que existe entre obesidad y un aumento en la morbilidad y mortalidad, debido a hipertensión, dislipidemia, diabetes mellitus, enfermedad coronaria, falla cardíaca congestiva, accidentes cerebro-vasculares, osteoartritis, apnea del sueño, ciertos tipos de cáncer (colón, seno endometrial), anormalidades menstruales, problemas de fertilidad y aumento de los embarazos de alto riesgo, como lo afirma Pi-Sunyer (1998).

Los efectos adversos de la obesidad producen también psicopatologías como los de la depresión y los de la ansiedad, que en estos casos pueden estar asociados a trastornos de la conducta alimentaria o la distorsión de la imagen corporal. En las sociedades occidentales contemporáneas e incluso dentro del campo mismo de la salud, existe una actitud en general negativa hacia la obesidad que hace vivir a la persona obesa en un ambiente fóbico (obeso-fóbico) que lo estigmatiza, generándole consecuencias en su autoestima, alteraciones en sus relaciones interpersonales y disminuye sus posibilidades de acceso, tanto a mejores trabajos como a mejores parejas en sus vidas, según lo señala Puhl y Chelsea (2009)

En los últimos 25 años se han estudiado numerosos grupos de niños y adultos para determinar su percepción del obeso. El prejuicio se ha observado hasta en niños de 6 años de edad quienes describieron a un niño con sobrepeso como perezoso, sucio, feo, tramposo y mentiroso. Estudios similares en adultos muestran que estos prefieren a estafadores, rateros, consumidores de cocaína que a personas obesas como pareja. Evidentemente, esta estigmatización debe traer consecuencias graves en la conducta, personalidad, habilidades sociales, habilidades cognitivas, sexualidad, entre otras.

En el campo de la salud mental una situación que merece especial atención es la relacionada con los medicamentos psicotrópicos- antipsicóticos típicos y atípicos, lithium, ácido valproico, y ciertos antidepresivos, que siendo muy efectivos, producen obesidad como efecto colateral, por lo cual muchos pacientes, especialmente mujeres jóvenes, tienen gran dificultad en aceptarla como costo de tomar el tratamiento.

Sumado a la dramática situación del obeso están las consecuencias psicopatológicas propias del tratamiento, como es el seguimiento de dietas hipocalóricas estrictas como aumento de depresión, ansiedad y los ciclos de pérdida-recuperación de peso (efecto “yo-yo”), que los hacen sentir culpables, avergonzados, inadecuados y criticados por sus familiares, compañeros de trabajo y profesionales de la salud, favoreciendo conducir con ello el desarrollo de nuevas patologías psiquiátricas, entre las que destacan la depresión, la ansiedad, la angustia y hasta el trastorno alimentario compulsivo.

Desde el punto de vista conductual se sabe que al restringir voluntariamente la ingesta (coloquialmente “hacer dietas”), se sustituyen de manera arbitraria los controles fisiológicos por un control cognitivo; este control tiende a fallar por la presión fisiológica (el hambre), el estrés, la ansiedad, los síntomas depresivos, el consumo de alcohol, los estímulos alimenticios y la relajación normal de la voluntad.

En cuanto a las fluctuaciones del peso corporal cabe mencionar que una encuesta realizada en los Estados Unidos, el 31% de las mujeres entre 19 y 31 años, hacia dieta por lo menos una vez al mes; el 16% de las mujeres se consideraban en dieta perpetua; 25% de los hombres y 44% de las mujeres estaban tratando de bajar de peso. Las personas con fluctuaciones frecuentes en el peso corporal tienen una tasa metabólica menor que aquellas que mantienen un peso estable. La tasa de pérdida de peso disminuye en dietas sucesivas, ya que se presentan alteraciones metabólicas y fisiológicas que pueden llegar a ser permanentes según Blackburn (1989).

Un estudio realizado por Muller (1993) reportó que en cinco estudios poblacionales, la mortalidad es mayor en quienes fluctúan (weight cycling) frecuentemente de peso. Frente a esta condición de alta complejidad que representa la obesidad y la carga de sufrimiento que se impone a la persona que la padece, *siendo el dolor un hecho personal, encerrado en el concreto e irrepitable interior del hombre y el sufrimiento una experiencia incommunicable*, como bien lo señala Le Bretón (1990), intentaremos entonces explorar la obesidad desde una noción existencial, asumiendo esa correlación originaria de unidad que mantienen



juntos al cuerpo y el alma, la esfera somática y la psíquica, y fuera de la cual no sabríamos aquello que somos.

Por tanto, abordaremos la problemática de la obesidad desde la noción fenomenológica del cuerpo vivido existencialmente, *el cuerpo como totalidad*, reivindicando tal concepto gracias a los aportes de los filósofos existenciales Edmundo Husserl, Merleau-Ponty y Martín Heidegger, y ratificadas tales contribuciones, por psicólogos de esa corriente, tales como Rovaletti, Pfeifer, Dorr, May, Probst, Romero, Callieri y Phillips, los cuales sustentan que la corporalidad es el punto de partida para comprender los distintos fenómenos presentes en la experiencia de los seres humanos, debido a que toda experiencia siempre es vivenciada en y a través del cuerpo, concebido éste como unidad cuerpo-espíritu y vehículo de nuestro *estar-en-el-mundo* (Castro A, García G, Rodríguez I. (2006).

En el campo de la psicopatología, en donde el modo de vivir la propia corporeidad (la manera de ser un cuerpo) se vuelve extremadamente importante y reclama un enfoque específico, en primer lugar necesitamos preguntarnos, advierte Binswanger (1977), cómo un enfermo vive su cuerpo, o mejor, cómo él experimenta vitalmente y siente el propio cuerpo. Necesita, ratifica, “tener presente siempre que no solamente el hombre posee un cuerpo, que no basta con saber cómo está hecho aquel cuerpo, si no que él es siempre, de alguna manera, cuerpo”.

En esta medida afirma que “toda auténtica psicoterapia no sólo debe orientarse primordialmente a la pacificación del hombre con sí mismo, sino que también a lo que se refiere al hombre con el mundo, ya que la salud del cuerpo no es concebible fuera de un estado de armonía, de confianza y amistad con lo que le rodea”. En la revisión de “los horizontes del cuerpo en la psicopatología” de Michele Bracco (2004) se señalan, precisamente, dos casos ejemplares de la patología de la corporalidad representados por los trastornos alimentarios de anorexia nerviosa y bulimia.

Como dice Medard Boss (1963), todas las dimensiones del existir humano están relacionadas con la corporeidad y al hacer un análisis existencial de ella, se cubren dos puntos fundamentales: 1.- Evitar que los aspectos existenciales de la

corporeidad se vuelvan incomprensibles debido a una visión reduccionista del cuerpo. 2.- Impedir que la relación del medio con el todo de la existencia dolorida del paciente quede fuera de foco. Es pues, a partir de ese contexto del cuerpo vivido (unión cuerpo-mente) donde podemos plantear las siguientes interrogantes:

-¿Cuál será el significado que tiene la obesidad para la persona que sufre esa condición?

-¿El cuerpo de la persona obesa tiene un significado distinto al de la persona no-obesa?

-¿Cómo siente su cuerpo la persona obesa?

## **PROPÓSITO DEL ESTUDIO**

Desde una perspectiva fenomenológico-existencial y de acuerdo a su método, el propósito de este estudio fue comprender el significado y la esencia que tiene la obesidad para la persona que vive esta condición.

En el seno de este propósito se planifican las siguientes acciones:

Describir el significado que tiene la obesidad para el sujeto que vive esta condición.

Buscar las diferentes perspectivas que tiene la obesidad para la persona que sufre esa condición.

Interpretar la esencia y la estructura del significado que tiene esta obesidad para la persona que padece esta condición.

Comprender el significado de la obesidad en la persona que sobrelleva esa condición.

## **JUSTIFICACIÓN**

La justificación de este estudio abarca dos realidades:

La primera es quizás una crítica a cierta visión estrecha, lamentablemente muy arraigada, en el tratamiento de la obesidad, basado tal enfoque en planes de

dietas hipocalóricas y la incorporación de la actividad física, que han demostrado en recientes investigaciones científicas, que si bien producen una disminución inicial de peso corporal, a lo largo de cierto tiempo (uno, dos, tres o cinco años), el casi 90% recupera el peso con el que habían comenzado el tratamiento, adicionándole el agravante de que muchas de estas personas superan el peso inicial. En relación a esto último, se debe admitir que hasta el momento, no existe una explicación científica satisfactoria. Desde el punto de vista evolutivo estas respuestas a la pérdida de peso son adaptativas, en la medida que nos protegen de la desnutrición que ha sido la principal amenaza de nuestra especie.

La segunda es que, aún cuando los aspectos psicológicos y familiares juegan un papel decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad, por lo general, dentro de la estrategia terapéutica estos nunca se abordan de entrada.

Según Devlin y Yanovski (2000), en una revisión selectiva reciente de los últimos 10 años sobre aspectos de la obesidad que necesita conocer un profesional de la salud mental, los autores proponen dentro de sus conclusiones que el tratamiento de la obesidad debe preocuparse por abarcar lo psicológico, haciendo especial referencia al problema de la autoestima al que se enfrenta una persona obesa en un ambiente cultural hostil.

Por lo tanto siendo tan incierto el éxito en el tratamiento de la obesidad, este es un espacio abierto para propuestas que si bien diferentes pueden llegar a enriquecer el conocimiento que se tiene sobre el problema y aliviar la carga de sufrimiento que ella lleva implícita.

Como expresa Pfeiffer (1994), *cuando nuestro cuerpo enferma, se ve reducido a “un objeto entre objetos” y se separa del mundo-con-los-otros (Mitwelt) para centrarse en el mundo propio (Eigenwelt); pasa de ser un “sujeto de intención” a un “objeto de atención” en el que dimensiones como la del tiempo, se ven reducidas a la del tiempo de la enfermedad y la del espacio a los límites del cuerpo.*

Por lo anteriormente expuesto y desde un punto de vista personal, considero que cualquier intento que se haga desde la ciencia médica para aliviar el sufrimiento humano, es una justificación más que suficiente para intentarlo. El método fenomenológico, que nos ofrece una teoría metódicamente desarrollada de

y desde lo subjetivo, quizás nos muestre una relación, un vínculo, un porqué de ese existir en la condición de obesidad, sin dejar de reconocer que este abordaje desde lo humano, el cual utiliza la existencia como método de investigación, representa un reto para cualquier profesional de la medicina, acostumbrado a practicar el método científico (contar, pesar, medir).

### **DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO**

Este estudio fue realizado en el período comprendido entre los años 2004-2010. Fue realizado en una academia de bailoterapia (Baila Conmigo), ubicada en Valencia, Estado Carabobo, Venezuela. Esta dirigido especialmente a las personas obesas y a los terapeutas que tratan la obesidad y al público en general. Con este estudio se espera generar un punto de partida para la reflexión y abordaje de este fenómeno que se ha convertido en el siglo XXI en un problema de salud pública

## CAPITULO II

### PUESTA AL DÍA DEL TEMA

La Obesidad es sin duda la patología nutricional con más impacto en el mundo. Afecta a un 30% de la población. Dada su proyección es imperativo encarar seriamente tanto su prevención como su tratamiento.

Es una enfermedad que afecta a uno de cada tres o cuatro adultos en la mayoría de los países industrializados. Su creciente prevalencia, aumento de riesgo de comorbilidades, su alto costo y el grado de fracaso en su tratamiento, la convierten en un gran problema de salud pública en la sociedad moderna. Actualmente existe consenso que la obesidad es una compleja enfermedad crónica cuya génesis por ser multifactorial debe ser considerada desde el punto de vista anatómico, metabólico, neurofisiológico, psicológico y genético, por lo cual la evaluación del paciente obeso requiere un enfoque integral que oriente al médico en la difícil tarea de diseñar un esquema terapéutico adecuado para cada paciente

#### **Evolución Histórica del Concepto de Obesidad**

Obeso, sa. (Del latín *obesus*).

1. Adjetivo. Dicho de una persona: Excesivamente gorda.

Un recorrido histórico por la pintura, la escultura, la literatura, la moda, el cine, muestran que siempre se ha hablado de gordos/as, gordura. En el arte podemos ver la relación de la gordura (adj: de abundantes carnes), con la procreación (la diosa de la fertilidad Willendorf), la abundancia (la gula e pecado) y también como ideal de belleza (moda) ejemplo de ello los trabajos de Renoir (*Las Bañistas*), Rubens (*Tres Gracias Eufrosine, Talía y Anglae*), Tintoretto (*Susana en el baño*), Tiziano (*Venus de Urbino*).

En cuanto a la literatura tal vez Sancho Panza en la obra “Don Quijote” de Cervantes (2005) sea el mejor representante de la relación de la abundancia con la comida.

[...] más quiero hartarme de gazpacho que estar sujeto a la miseria de un médico impertinente que me mate de hambre [...]. En esos tiempos aun cuando se hablaba de gordura y no de enfermedad (obesidad) ya existía cierta preocupación sanitaria como lo demuestra los Aforismos hipocráticos (siglo V A.C.): Quienes por naturaleza engordan demasiado son más propensos a una muerte repentina que los que son delgados.

### **¿Desde Cuándo la Obesidad es Considerada una Enfermedad?**

La obesidad aparece por primera vez en la clasificación estadística de las enfermedades en la revisión de 1938 donde nos encontramos, por primera vez, con el término *OBESIDAD* al hacer referencia a la *OBÉSITÉ*. Transcurrirá mucho tiempo hasta que muchas definiciones acaben por dar lugar a un concepto de obesidad más o menos consensuado: Exceso acumulado de grasa corporal, que se presenta como resultado de un balance positivo sostenido de energía, originado a su vez por un desequilibrio permanente entre la ingesta alimenticia y el gasto energético.

En 1997 la Organización Mundial de la Salud declara la obesidad como una epidemia de carácter global que plantea una grave amenaza para la salud pública debido al aumento del riesgo de trastornos asociados como la hipertensión, la cardiopatía coronaria y la diabetes mellitus tipo 2. Según datos de la OMS, en el mundo más de mil millones de personas tienen sobrepeso; son obesos unos 300 millones.

En el siglo XIX, el belga Quetelet (1871), desarrolla la fórmula para el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC), también conocido como Índice de Quetelet. Antes de 1980 las medidas se basaban en tablas para hombres y mujeres que daban lugar a rangos de peso corporal según las estaturas. Fue en los años 80 cuando el Índice de Quetelet fue adoptado como la mejor medida para la cuantificación del grado de obesidad. Las campañas de prevención impulsadas por diferentes gobiernos en los años 90 popularizaron dicho Índice.

En relación a los costes económicos de la obesidad y los trastornos directamente relacionados con ella, la obesidad comporta costes directos (coste sanitario) e indirectos (merma en la productividad):

-Costes de los servicios sanitarios con un IMC de 30 a 34,9: 25% más que en personas con IMC de 20 a 24,9.

-Coste con IMC de 35 o más: 44% más que cuando el IMC es normal.

### **La Obesidad, un Problema de Salud Pública**

Indudablemente, la obesidad es la patología nutricional con más impacto en el mundo. De los 6.000 millones de individuos que habitan el planeta, un 18% padece desnutrición y un 30% es obeso, según las últimas cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Dado el alto número de personas afectadas y dada la proyección (para el 2030 se prevé que un 40% de la población mundial será obesa), es imperativo encarar tanto la prevención como el tratamiento de una enfermedad, que aún con las evidencias científicas continúa siendo la “cenicienta” de las especialidades de la salud. Las obras sociales y las empresas de medicina prepagada no reconocen a la obesidad como enfermedad, sino como un problema estético. La paradoja radica en que es una patología asociada a alta morbimortalidad y a la disminución en la calidad de vida.

En Venezuela, no existen estadísticas adecuadas ni una legislación que reconozca a la obesidad como enfermedad, de manera que ésta queda encubierta detrás de otros diagnósticos. Los estudios de costo-efectividad sobre obesidad en Canadá ocupan 2,4% del gasto en salud, un 6% en EE.UU. y un 2% en Francia. En Holanda, el *Health Interview Survey* mostró que el costo total en salud atribuible al sobrepeso era del 24%-30%. Además, los estudios realizados sugieren que la obesidad leve aumenta 20% los costos de atención médica, la moderada 50% y la obesidad mórbida 100%.

El análisis debe tomar en cuenta los costos directos y los indirectos. Respecto de los primeros (internación, consultas médicas, métodos diagnósticos, farmacoterapia, cirugía, gastos de personal), Wolf y Colditz (1998), analizaron los

costos atribuibles a las comorbilidades y su distribución porcentual. Los números fueron: diabetes II 63%, enfermedad coronaria 14%, artrosis 8%, hipertensión arterial 6%, litiasis biliar 5% y cáncer 4%.

Los costos indirectos (disminución de productividad, salarios caídos, eventual pérdida del empleo, impacto sobre la familia, discapacidad) son el 50% del total. Un estudio finlandés muestra que los hombres obesos tienen tasas de discapacidad 1,5% mayor que los que tienen un peso normal.

Se calcula que cada unidad de IMC genera un aumento de 0,063 unidades de visita al médico. Los gastos en medicamentos se incrementan en un 12% desde un IMC de 25 a 40 Kg./m<sup>2</sup>. Collins ( 2007), demostró que con un programa de tratamiento de 12 semanas los pacientes disminuyen el gasto en farmacoterapia a la mitad.

Indudablemente estos resultados no son inmediatos, por los cuales los administradores en salud optan por el costo-minimización que sólo sirven en el corto plazo y no en la efectividad a largo plazo del dinero gastado.

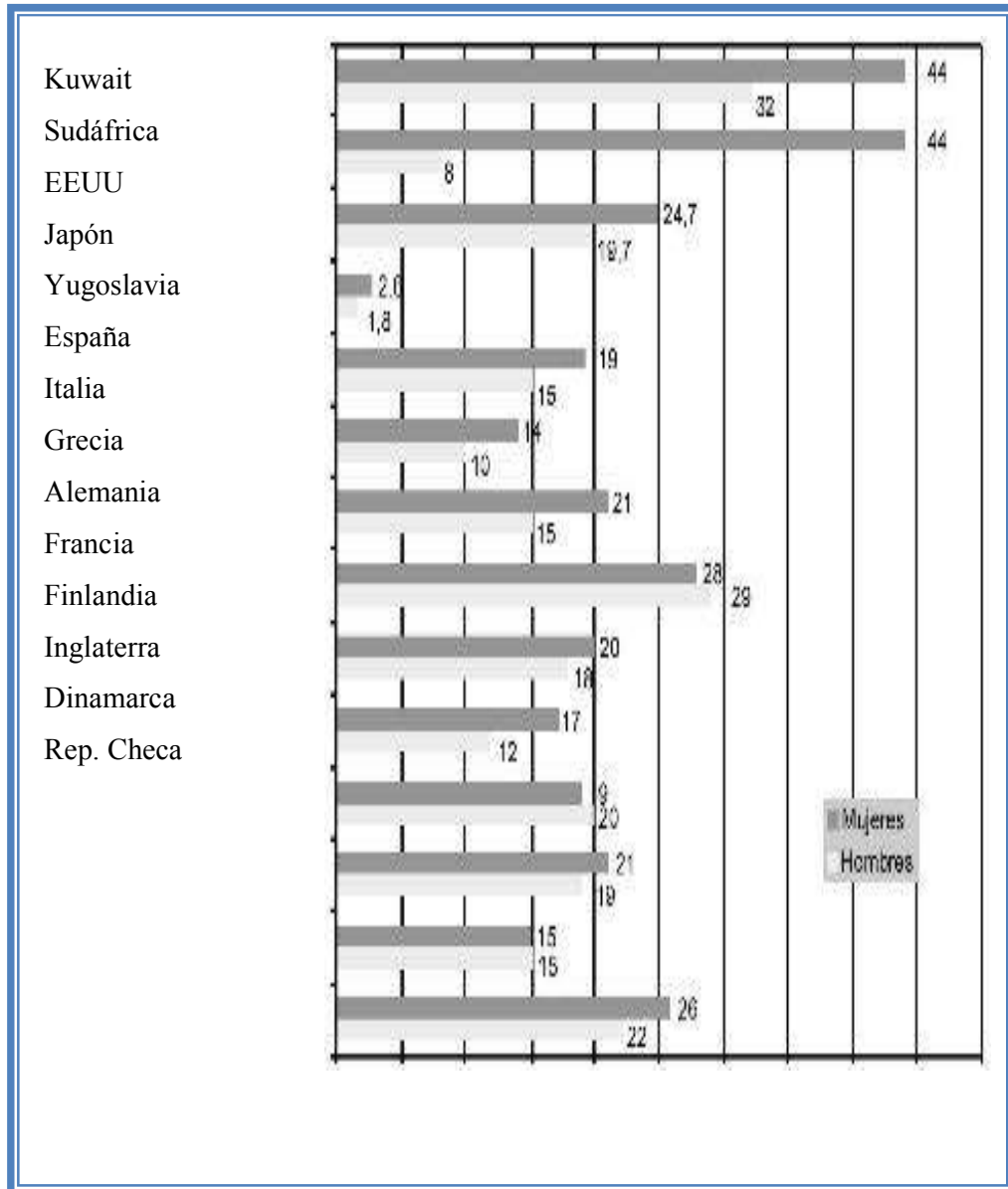
### **Aumento de la Obesidad en el Mundo**

Teniendo en cuenta que el genoma humano no ha sufrido grandes variaciones desde hace 40.000 años, es lógico deducir que los datos del gráfico 1 (Obesidad en el mundo) y el gráfico 2 (Obesidad y déficit calórico materno infantil) son resultado del medioambiente particular que nos rodea.

Siguiendo el mismo orden de ideas, la obesidad, especialmente la abdominal promovido por desnutrición en la infancia, representa un mayor riesgo para desarrollar obesidad y sus complicaciones en la edad adulta. Así mismo, en los últimos tiempos, hubo importantes cambios globales en nutrición; alrededor de 30 millones de chicos nacieron con retraso del crecimiento intrauterino en países en vías de desarrollo, representando el 24% de todos los nacidos en estos países.

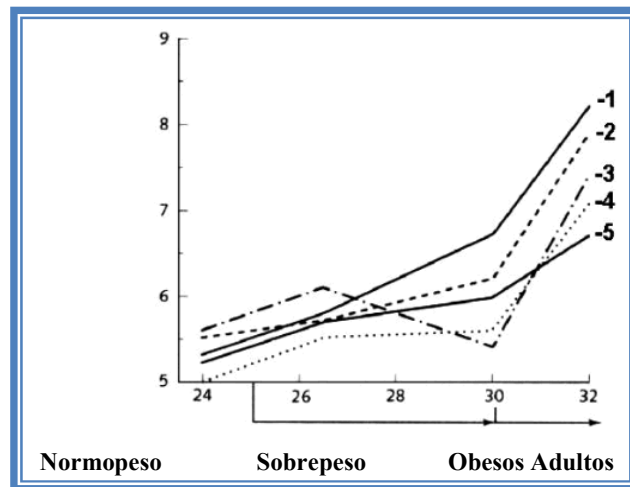


**Gráfico 1** Obesidad en el Mundo



**Fuente:** Nieto, H (2001) Boletín de Temas de Salud de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires. Suplemento Médico Hospitalario Año 8 N° 68

**Gráfico 2** Obesidad y Déficit Calórico Materno Infantil Glucosa en Sangre (Mmol/L).



1. Tercer Trimestre de Embarazo
2. Segundo Trimestre de Embarazo
3. Primer Trimestre de Embarazo
4. Nacido Antes de la Deprivación Calórica. 5. Concebido Antes de la Deprivación Calórica.

**Fuente:** Nieto, H (2001) Boletín de Temas de Salud de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires. Suplemento Médico Hospitalario Año 8 N° 68

Del mismo modo, en la mayoría de los países, la tendencia es a un aumento en el índice de masa corporal (IMC). Los diseñadores de aviones *Boeing* tuvieron que incrementar en 10 kilos el cálculo de peso de los pasajeros desde sus primeros años de vuelo.

Pero la obesidad llegó para instalarse en países centrales y periféricos, con importantes impactos en los costos de salud. Entre las 45 patologías asociadas a la obesidad reportadas por RT Jung (1997), se encuentran algunas de las principales causas de muerte de la sociedad actual, tales como: enfermedad cardiovascular, diabetes, cáncer y accidente cerebro vascular.

Quizás la más investigada de las comorbilidades de la obesidad es la diabetes, siendo el peso uno de los mayores predictores para el desarrollo de esa enfermedad. La grasa visceral sería un factor de riesgo independiente para enfermedad cardiovascular, pues es causa directa de hipertensión arterial, dislipidemia e hiperinsulinemia.

Es indudable que las grandes diferencias socioeconómicas y culturales actúan modulando el potencial de crecimiento y desarrollo, de manera que afecta

características biológicas fundamentales y limita el desarrollo pleno de su potencial genético. Estas evidencias han llevado a afirmar que los niños de estratos bajos han perdido décadas de crecimiento, situación que produce grandes inequidades en su desarrollo biológico. Diversos estudios señalan que a medida que las poblaciones alcanzan el desarrollo económico, desaparecen las diferencias sociales en el crecimiento y son más evidentes las diferencias genéticas.

### **Definiciones y Clasificaciones Actuales.**

Según Valenzuela (2004), la *obesidad* es “una enfermedad crónica, de origen multifactorial, caracterizada por un aumento anormal de la grasa corporal. Se clasifica mediante el Índice de Masa Corporal y en cuya etiología se entrelazan factores genéticos y ambientales, que conducen a un mayor riesgo de morbimortalidad”.

Clínicamente la obesidad se define, según la Organización Mundial de la Salud (1997), *como un estado de acumulación de grasa en el organismo por encima de un umbral a partir del cual la salud del individuo se ve comprometida*. Es por ello que el riesgo de enfermarse (diabetes mellitas, hipertensión arterial, infarto al miocardio, dislipidemias) aumenta, al igual que el de morir prematuramente. En un sentido estricto la obesidad puede ser definida como: una expansión de las reservas de lípidos, en la forma de triglicéridos en tejido adiposo.

Aunque desde hace décadas se han utilizado diversos métodos para calcular la grasa corporal no existe una definición aceptada de modo uniforme que determine cuál es su cantidad normal, y por lo tanto hay diversas definiciones de obesidad basadas en el aumento excesivo de grasa corporal. Esta afección es padecida por personas de todas las edades y clases sociales tanto en los países desarrollados, como los que se encuentran en vías de desarrollo, aunque los factores determinantes en cada uno de los casos son muy diferentes.

Para la especie humana el porcentaje de exceso de masa corporal se ubica entre un 15% y 18% para el sexo masculino y entre un 20% y 25% para el sexo femenino. Se pueden considerar obesos los hombres con un exceso porcentual de 25 y las mujeres con un exceso porcentual de 30. La clasificación de obesidad

requiere criterios precisos y objetivos, siendo el más ampliamente utilizado el de la estimación del índice de masa corporal (IMC), o Body mass index (BMI):  $IMC = \text{Peso (Kilogramos)} / \text{Talla}^2 \text{ (Metros)}$ . El resultado se compara con rangos de valor especificados (tabla 1), que han sido correlacionados con el grado de morbilidad de acuerdo a estudios epidemiológicos realizados por diversos organismos como la organización mundial de la salud y el centro nacional de estadísticas de salud de los Estados Unidos. Este índice ofrece una medida de la relación entre altura y peso y su correlación con el porcentaje de grasa corporal en jóvenes y adultos en edad media.

### **Tipos de Obesidad**

No sólo el Índice de Masa Corporal (IMC) interesa para caracterizar el riesgo del paciente, pues la localización de la grasa confiere diferente riesgo. Ya desde comienzo del siglo pasado, Vague (1947), reconocía dos tipos de obesidad: ginecoide (femoroglútea) y androide (central, abdominovisceral). En la actualidad, estos conceptos han cobrado mayor jerarquía aún, dados los avances en biología molecular y fisiopatología que han aclarado algunos aspectos etiopatogénicos relacionados con los diferentes tipos de obesidad.

La distribución del exceso de grasa varía entre individuos acumulándose selectivamente en algunas partes del cuerpo; para medir esta diferencia se utiliza la relación cintura/cadera de acuerdo a los valores se reconoce una obesidad del tipo androide (de forma de manzana), en la cual la grasa se concentra alrededor del abdomen y vísceras; o ginecoide (forma de pera), en la cual la grasa se distribuye más periféricamente, especialmente alrededor de las caderas y glúteos.

A mayor relación W/H, mayor riesgo de complicaciones con isquemia coronaria, diabetes mellitas, hipertensión arterial y dislipidemias. Algunos investigadores como Hans y col. (1995), solamente utilizan la circunferencia de la cintura como un procedimiento más simple el cual también puede predecir el riesgo de enfermedad cardiovascular.

Este parámetro antropométrico es reflejo de la cuantía de grasa visceral profunda, relacionada con el síndrome metabólico de insulino-resistencia. Este

cuadro está caracterizado por obesidad central, hipertensión arterial, aumento de triglicéridos, disminución del colesterol HDL, hiperinsulinismo, microalbuminuria, aumento de ácido úrico y de sustancias protrombóticas. Así, hoy debemos decir que hay diferentes obesidades que van desde las genéticas (como por ejemplo el síndrome de Prader-Willi), hasta las predominantemente ambientales, como las de pacientes comedores compulsivos, pasando por las obesidades reactivas.

Otros métodos utilizados para medir la grasa abdominal incluyen la tomografía computarizada y scanning de resonancia magnética pero estos métodos son más costosos y menos disponibles con propósito de rutina de evaluación de pacientes obesos a gran escala. Por otra parte, la obesidad está relacionada con el número y el volumen de las células adiposas, la obesidad hiper celular (obesidad hiperplásica) se explica por un aumento en el número de células adiposas, las cuales pueden proliferar hasta alcanzar un número cinco veces mayor al encontrado en un individuo normal. Según Hirsch y Knittle (1970), se ha señalado que ese tipo de obesidad se desarrolla en la infancia, sin embargo, para Kawada y Kamel (1996), se ha demostrado que existe proliferación de pre-adipocitos en células adiposas en tejido adulto.

La obesidad hipertrófica se relaciona con un incremento en el volumen de las células adiposas por acumulo de lípidos y se asocia con la obesidad del adulto. La pérdida de peso ocurre a expensas de la disminución en el tamaño y no en el número de adipocitos, de manera que la hiperplasia es irreversible, lo cual explica parcialmente la tendencia a recuperar la masa adiposa después de pérdidas de la misma.

El sobrepeso se define como un aumento del peso corporal en relación a algún peso ideal o estándar. La estabilidad del peso corporal por largos períodos de tiempo requiere que se establezca un equilibrio entre la ingesta y el gasto de energía. Los almacenes de carbohidratos y proteínas en un organismo adulto se mantienen relativamente estables, de manera que las variaciones del peso corporal se refieren directamente a la cantidad de energía almacenada en el tejido adiposo.

Desde el punto de vista de la salud mental, la obesidad no se encuentra clasificada como un trastorno psíquico en el Manual de Diagnóstico y Estadística

de los Trastornos Mentales en su cuarta edición (1994), a diferencia de lo que sucede en la décima edición de Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS. En esta se halla en el capítulo que trata sobre enfermedades mentales y del comportamiento la descripción del cuadro de Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas donde está incluida la ingesta excesiva como reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a la obesidad.

### **Qué causa y mantiene la Obesidad**

La obesidad es un desorden complejo multifactorial con fuertes componentes genéticos y ambientales. La diversidad y complejidad de la obesidad implica necesariamente la interacción entre los factores psico-biológicos, socio-culturales y familiares. Las múltiples líneas de investigación sobre los posibles factores etiopatogénicos en la obesidad llevan a la consideración multicausal de este problema.

#### **Factores Genéticos**

Las investigaciones realizadas en el curso de los últimos años tanto en epidemiología genética como en el campo de la biología molecular, permiten afirmar que la obesidad esta en parte determinada por nuestros genes.

Del mismo modo es importante señalar que no sólo se hereda la predisposición a la adiposidad y la distribución de la grasa corporal; estudios de genética de la conducta indican que factores conductuales tales como la preferencia por las grasas, la elección del intervalo entre comidas, el grado de compensación calórica en respuesta a la restricción de alimentos y aun la inclinación por la actividad física tienen componentes genéticos. Preferencias genéticamente determinadas pueden interactuar con factores ambientales, condicionando patrones de alimentación. La revisión de Devlin y col. (2000) señala que más de 200 genes que influyen en el apetito, hambre, saciedad, eficiencia metabólica, almacenamiento de grasa, y tendencia a la actividad física han sido identificados.

Para Vogler (1995), los estudios en adopción, gemelos y familias han demostrado consistentemente que la obesidad tiene un fuerte componente

hereditario, con aproximadamente 30-70 de variabilidad en peso o contenido de grasa corporal genéticamente determinado.

Esto es considerado un efecto genético mayor, comparable a la contribución genética de enfermedades tales como la esquizofrenia, cáncer, enfermedad arterial coronaria. El estudio de las familias de Québec mostró que la heredabilidad de los fenotipos de obesidad varía entre un 10 y un 50 por ciento y los análisis de segregación sugieren que algunos de los genes podrían ejercer una influencia aun mayor.

Si bien la investigación básica ha identificado vías que regulan el consumo de alimentos, diferenciación de los adipositos, e intercambio de energía (expenditure), que son de gran utilidad para el desarrollo de estrategias en la prevención y tratamiento de la obesidad, el reconocimiento de que ciertas conductas tienen una base genética tiene gran impacto en la indicación terapéutica y el éxito alcanzado, como lo han demostrado las investigaciones en pacientes con obesidad masiva. La complejidad de la genética en la obesidad por lo tanto hace poco probable que un simple mecanismo (entrada y salida de energía) sea la única causa.

### **Factores Psiconeuroendocrinos**

La importancia de explorar y aclarar las complejas relaciones que existen entre la mente, el cerebro y las hormonas es un campo emergente que tiene implicaciones tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de múltiples patologías entre las cuales se encuentra la obesidad.

#### **- Regulación del Balance Energético por el Sistema Nervioso Central**

Los mecanismos que subyacen tras el desbalance entre ingesta y gasto energético en la obesidad no están bien dilucidados. Aunque el efecto de la sobrealimentación y la inactividad física son irrefutables, la conducta alimentaria es un aspecto fundamental de la homeostasis energética, el proceso mediante el cual el tejido adiposo se mantiene estable durante largos periodos.

Para que este proceso ocurra, la cantidad de energía consumida debe ser igual a la energía gastada. Aunque el predominio de la ingesta sobre el gasto

determina un balance energético positivo, la ecuación presenta grandes variaciones interindividuales tanto en lo que se refiere a la ingesta como al gasto energético. El sistema nervioso juega un papel importante en esta ecuación, interactuando con factores genéticos y ambientales.

La regulación de las reservas energéticas presupone la emisión periférica de señales capaces de informar al cerebro de las fluctuaciones de las mismas, de la presencia de efectores de la ingesta alimentaria y de la termogénesis, conectada a un sistema central de control, de acuerdo a Porte y Seeley (1998). Es así como tanto los mecanismos que controlan la ingesta alimentaria como el gasto energético envuelven una complicada inter-relación entre neurotransmisores periféricos (gusto, péptidos gastrointestinales, nervios vágales aferentes) y neurotransmisores del sistema nervioso central (SNC).

El sistema nervioso central (SNC) integra las señales aferentes y circulantes, modulando la actividad de vías neuronales eferentes, que finalmente regulan la ingesta energética y el gasto calórico.

Los estudios sobre el control del consumo alimentario por parte del sistema nervioso central han aportado los avances más importantes en la investigación de la obesidad en los últimos cinco años.

### **-Apetito y Saciedad**

El apetito debe ser comprendido como un fenómeno biopsicosocial producto de íntimas y complejas interacciones entre los procesos fisiológicos del individuo y el ambiente. Los sistemas de control del apetito regulan el gasto energético y la incorporación de nutrientes con el fin de mantener la homeostasis de los procesos biológicos y asegurar la adaptación del individuo al ambiente. Sin embargo la regulación entre los requerimientos y el aporte nutricional no es simétrica.

En el caso de existir una disminución de la ingesta, los mecanismos reguladores generan un intenso impulso por comer o voracidad. En contraste, en nuestras sociedades desarrolladas con una abundante oferta de sugerentes y apetitosas comidas, altamente calóricas (ricas en grasas y carbohidratos), tienden a facilitar el sobreconsumo que genera ganancia de peso especialmente en individuos con vulnerabilidad genética o de otro tipo a la obesidad.



Visto así, los sistemas que controlan el apetito poseen poderosas defensas contra la baja ingesta de nutrientes pero débiles defensas ante la sobre ingesta, lo que demuestra que fácil es engordar y lo difícil que es perder peso. Se trata más bien de una serie de respuestas de alarma y defensa que se engatillan ante la desnutrición como modo de asegurar la supervivencia y no necesariamente se relacionan con el origen o etiología de la enfermedad.

La grasa tiene poco efecto sobre la saciedad, es incapaz de promover un aumento agudo de su propia oxidación y carece de vías metabólicas para transferir una cantidad significativa del exceso de su ingesta. Debido a su particular vulnerabilidad a las desviaciones, tiene gran dependencia de un sistema regulador aferente - eferente, para restaurar la estabilidad. Estudios han demostrado que de todos los macro nutrientes, la oxidación de las grasas es la más dependiente de la estimulación simpática.

Las relaciones neuroendocrinas por su complejidad todavía son controversiales, y no concluyentes, una revisión extensa del tema ha sido realizada por Kishi y Elmquist (*Molecular Psychiatry* 2005; 10: 132-146). McMinn JE, Baskin DG, Schwartz M.W. (*Obesity Reviews*, 1: 3746, 2000).

### **-Ambiente “Tóxico”**

Según Brownell (1994), la obesidad ha aumentado dramáticamente en la última década en todo el mundo. Una de la explicación más probable es que la población ha sido expuesta a cambios drásticos ambientales en los últimos 30 años y que estos cambios han creado lo que se conoce como un ambiente tóxico promotor de obesidad.

Ravussin y Bogardus (1990), han reportado que a lo largo de la historia humana, el hambre más que la obesidad, ha sido una amenaza para la sobrevivencia, lo cual ha resultado hacia la evolución de un fenotipo ahorrador que es eficiente en conservar energía y amante de la grasa, ventaja que desaparece y conduce a la obesidad en ambientes con disponibilidad de alimentos con alto contenido de grasa y calorías y poca actividad física como las sociedades occidentales modernas, un ejemplo de esto es el caso de la comunidad indígena de los Pima que viven en Arizona, y los estudios con ambientes especiales para

producir un modelo animal de anorexia nerviosa, conocida como actividad anoréxica con ratas que están subalimentadas y colocadas en ruedas para correr (running wheels) donde probablemente corran hasta morir. Usando este modelo se llevan a cabo estudios de fisiopatología cerebral y sobre el beneficio potencial del uso de inhibidores selectivos de recaptación de serotonina.

Es importante aclarar que para el estudio de una enfermedad multifactorial y poligénica como la obesidad, la interacción gen-ambiente no se puede explicar por efectos aditivos de factores genéticos y ambientales, sino como una intervención de los factores ambientales, para modular a nivel molecular el fenotipo de enfermedad. Aunque los genes puedan marcar tendencias y determinen límites en crecimiento y desarrollo biológico y psicológico, para los humanos, la cultura familiar, compañeros y comunidad, interactúan y determinan nuestro modelaje.

## **Factores Socio-Culturales**

### **Consideraciones sobre el Comer**

El comer es un hecho social vinculado a aspectos ideológicos y simbólicos. Cada cultura hace un largo recorrido en la elección del alimento. Hoy, la industrialización ha modificado las reglas internas de la cocina familiar. Expresa Barthes (1997), refiriéndose a la alimentación: *“Es en síntesis, un hecho social total, alrededor del cual se pueden convocar variados metalenguajes: los de la fisiología, de la química, de la geografía, de la historia, de la economía, de la sociología y de la política”*.

El conjunto de las prácticas sociales que abarca la alimentación (espacio, tiempo, diferencias de edad, de origen y de sexo), es un modo privilegiado, en tanto indirecto, de leer la realidad y el imaginario social, es por excelencia el lugar de la convivencia, de comunicación, de pertenencia, de cohesión grupal y fundamentalmente de satisfacción de necesidades emocionales.

### **El Valor Simbólico de los Alimentos**

Muchos alimentos poseen además de sus cualidades alimenticias, un valor simbólico y emocional, por estar mucho de ellos asociados en nuestro cerebro a

recuerdos buenos o malos, a situaciones, personas, etapas de la vida, entre otras. Y muchas de estas asociaciones son necesarias para la estabilidad psicológica. Estas asociaciones si bien son compartidas por la mayoría de las personas, siempre hay asociaciones más individuales que pueden aparecer unidas a determinadas circunstancias de importantes consecuencias cuando hablamos de adelgazar. El simbolismo especial con el que están cargados algunos alimentos se da de manera individual para cada persona.

Alimentarse, por tanto, quedará incluido dentro de la conducta del comer y está dentro de las lógicas psíquicas. Comer es una conducta de relación con otros, consigo mismo y con los alimentos. Se come haciendo ingesta, es decir introduciendo alimentos a la boca tragando y llenando el estomago. Se come haciendo rituales, corporizando una cultura, compartiéndola con otros. Cualquiera de estos pasos puede ser deformado por la psiquis buscando regulaciones extra alimentación y aumentando el riesgo de algún trastorno en la conducta del comer.

### **Cultura de la Delgadez**

El deseo de delgadez y esbeltez es quizás el de mayor peso específico entre los factores socio-culturales. El estigma relacionado con la obesidad, e incluso los tratamientos para corregir la obesidad, se han considerado factores de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). De ahí que haya una serie de actividades, deportes y profesiones que se constituyan en factor de riesgo a padecer un TCA, esta presión mayor sobre las mujeres las lleva a hacer dietas.

Al mismo tiempo, existe mucha desinformación sobre los hábitos alimentarios —especialmente sobre *cómo* se debe comer (más que sobre *qué* comer) —, los condicionamientos que existen para el peso corporal y los perjuicios metabólicos de las “dietas” repetidas y las fluctuaciones frecuentes del peso corporal.

Del mismo modo Blackburn (1989), dice que las personas con fluctuaciones frecuentes en el peso corporal (*weight cycling*) tienen una tasa metabólica basal menor que aquellas que mantienen un peso estable. La cantidad de pérdida de peso disminuye en dietas sucesivas, ya que se presentan alteraciones metabólicas y fisiológicas que pueden llegar a ser permanentes. Muller (1993),

adicionalmente señala cinco estudios poblacionales, que indican una mortalidad mayor en quienes fluctúan frecuentemente de peso.

La cultura actual propone a todos, especialmente a las mujeres, un ideal de figura corporal muy esbelta que resulta imposible de alcanzar para la mayoría. Esto crea insatisfacción y culpa y genera estrategias que pretenden reducir el peso y el volumen corporales, pero que a veces resultan contraproducentes, como las dietas frecuentes y mal orientadas y las metas no realistas.

Viviendo en una sociedad obeso fóbica y obeso génica, donde existen tremendas implicancias psicológicas y sociales relacionadas con el hecho de ser obeso, ¿cómo tolerar la discriminación por ser obeso y a la vez desarrollar anticuerpos contra un poderoso *marketing* alimentario que incita a comer?

## **Causas y Consecuencias de la Obesidad**

### **Obesidad y Salud Mental: Consideraciones Generales**

Aunque muy poco considerados, los aspectos psicológicos y familiares juegan un papel decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad y por lo general nunca se abordan.

Estos factores psicológicos precipitan y perpetúan el consumo exagerado de alimentos (una alimentación excesiva para lo que son las necesidades energéticas personales) y deben ser tomados en cuenta si se pretende mantener un peso, luego de haber alcanzado el ideal o deseable. Este conjunto de emociones y comportamientos que se vinculan con la sobrealimentación generalmente se presentan en combinaciones más o menos complejas y son diferentes para cada persona. Es tan elevado el número de variables que influyen a una persona, y en concreto en que un determinado ser humano padezca de obesidad, que bien se puede decir que existen tantos casos de obesidad como obesos. Es decir que la explicación y abordaje de un caso de obesidad nunca es exactamente igual a la explicación y abordaje de otro. Por tanto el aspecto psicológico de la persona debería ser incluido en el abordaje terapéutico, sobre todo considerando la complejidad y cronicidad de este problema.

### **Obesidad: Causa o Efecto**

Si tratamos la obesidad como causa de otras patologías se intentarán remover sus orígenes es decir el balance calórico positivo. Si en cambio tratáramos la obesidad como efecto, nos preguntaríamos acerca de la causa y esto nos llevaría a reconocer que algo ha ocurrido en la regulación de los procesos de ingesta. Estos se encuentran asociados tanto al hambre y la saciedad de regulación hipotalámica, como lo señala Kishi y Elmquist (2005).

De lo anterior deducimos que cuidar el circuito de ingesta para que permanezca operante es esencial para la especie. La ingesta requiere básicamente de un ambiente que la permita disponibilidad de alimentos, pertinencia de consumirlos, territorialidad, alertas en la huida de otros en competencia. La evaluación del ambiente en la especie humana se realiza a través de la psiquis, de modo que ésta opera con sus lógicas asignando significado tanto a la experiencia con el ambiente cuanto a la experiencia interna del organismo.

Asociado a los circuitos de regulación hipotalámica de hambre y saciedad se encuentran circuitos de origen y función emocional. La psiquis es mediadora entre la biología del organismo y las circunstancias en que este se encuentra desplegando sus procesos vitales. Por eso el individuo no puede entenderse sin las circunstancias que lo intervienen y por eso las circunstancias se encuentran con las fronteras del organismo humano para producir conductas.

La psiquis es el modulador adquirido del ser vivo, que permite la activación de una comprensión simbólica de la realidad, de modo que le permite diferenciar realidad y fantasía. Por ejemplo, a pesar de que en la pantalla del televisor se aparece un león iracundo y con la boca abierta, la psiquis procesa la activación amigdalina de peligro activando circuitos inhibitorios que se han desarrollado al comprender que una imagen no es la realidad. Por lo tanto, simultáneamente con la aparición de la imagen, se activan los circuitos de alarma y de inhibición de la alarma y podemos permanecer en frente de la pantalla sin taquicardia.

Los sistemas neurofisiológicos emocionales pueden actuar tanto como estimuladores así como inhibidores de las conductas asociadas al comer. Los circuitos emocionales primarios se caracterizan por:

1. Tener un rango fisiológico específico, asociado con un claro estímulo y respuesta universal expresado en la conducta y expresión facial.
2. Distinguir un trazado del circuito neuronal que utilizan.
3. Tener una combinación particular neuroquímica.
4. Ser de base genética y su función se puede alterar por mutaciones en genes específicos.
5. Tener un origen posible de entender a través de uso para necesidad de sobrevivencia.
6. Ser universales en humanos y homólogos a otras especies. Tener precursores evolucionarios.
7. Su disfunción puede asociarse a trastornos psiquiátricos. Ya sea por aumento o disminución de sus funciones.

Entre las funciones de los circuitos emocionales primarios están:

1. Emociones básicas: a). Placer b). Búsqueda c). Asco d). Rabia e). Miedo
2. Reproducción: Deseo
3. Filiación: Apego
4. Regulación de conflicto: a). territorialidad b). Jerarquías: Dominio y sumisión
5. Aprendizaje: Juegos de imitación y competencia.

Podemos simplificar diciendo que el comer se encuentra asociado con los circuitos primarios emocionales del siguiente modo:

**Cuadro 1** Características del Comer

Características del comer	Circuito primario
Estimulación del comer:	Placer.
Inhibición del comer:	Asco.
Estimula o inhibe según aprendizaje y circunstancias juego.	Búsqueda, rabia, miedo; apego; deseo; territorialidad, jerarquía,

**Fuente:** Cordella M Patricia. (2008). Incluir la obesidad en el manual de enfermedades mentales (DSM IV) Rev Chil Nutr Vol. 35, N°3

La selección de funciones que estimulen o inhiban el comer depende tanto de la historia familiar como de los eventos emocionales a que ese organismo haya

estado sometido. Por esto para llegar a desarticular los procedimientos se requiere comprender y producir cambios en la configuración vital de la persona.

**Cuadro 2** Circuitos Cerebrales Implicados en la Regulación del Consumo de Alimentos

Función Alterada	Zona Cerebral Implicada
Control inhibitorio al impulso de consumo.	Corteza prefrontal; giro cingulado anterior.
Atención preferente al alimento.	Núcleo accumbens, hipotálamo, pallido.
Hábitos condicionados a comer en vez de enfrentar conflicto	Amígdala, hipocampo, estriatum dorsal
Alta motivación a consumir alimentos	Corteza orbitofrontal, núcleos mesencefálicos dopaminérgicos

**Fuente:** Cordella M Patricia.(2008).Incluir la obesidad en el manual de enfermedades mentales ( DSM IV ) Rev Chil Nutr Vol. 35, N°3

### Aspectos Psicológicos

#### Personalidad del obeso:

Hoy no se puede definir una condición psicopatológica específica vinculada a la obesidad. Existen obesos con y sin psicopatía, pero no hay un trastorno propio del obeso. Si bien no se ha demostrado que exista un trastorno específico en la personalidad del obeso, estos sufren, con gran frecuencia, diversos trastornos psicológicos respecto de los sujetos no obesos.

En el caso de los pacientes donde la psicogenesis predomina sobre los factores biológicos, (obesidad psicogena), las observaciones clásicas señalan alteraciones de la personalidad. En estos individuos existiría un trastorno de la personalidad, no determinando esto una “personalidad del obeso“, sino fallas parciales y/oicas en distintas personalidades. Los factores que intervienen no dependen de una determinada personalidad en sentido estricto sino fallas parciales de cada una de esas estructuras psíquicas.

Los primeros estudios sobre personalidad en el obeso se realizaron en muestras de pacientes con obesidad mórbida dado que siempre se la ha asociado con una mayor alteración psicopatológica. Los trastornos de personalidad reportados con más frecuencia en los estudios fueron los del grupo excéntrico y

dramático (antisocial, histriónico y limite). Actualmente existe una tendencia a evaluar las alteraciones desde un punto de vista dimensional, los resultados de estos estudios sugieren que no debe tenerse en cuenta solo el grado de obesidad para anticipar que los pacientes puedan tener un mayor grado de psicopatología.

Para Brunch (1961), en su obra *“Eating Disorders”* enfatiza la dificultad que tiene el obeso distinguir hambre de saciedad o hambre de otras emociones que le embargan cotidianamente, la consecuencia de esto es comer como respuesta a las emociones más diversas, *“el tamaño corporal excesivo se convierte en el órgano de expresión de un conflicto”*

Algunos autores hablan de una personalidad adictiva en el obeso entre ellos: Raveanna (2004), que describe la personalidad adictiva como aquella que no solo tiene necesidades físico-químicas sino también un estado emocional particular relacionado con factores químicos (neurotransmisores y neuroreceptores) conectados a los sentimientos y a las necesidades biológicas de cada individuo. La enfermedad adictiva depende de cuatro elementos interrelacionados: objeto droga, la persona, la familia y factores socioculturales. En una etapa final las conductas son automáticas y manejadas por las emociones. La comida no es adictiva sino la relación del individuo con ella.

Del mismo modo, Zukerfeld (1996), plantea que la adicción a la comida implica conductas adictivas impulsivas caracterizadas por el descontrol de comer irrefrenablemente y las compulsivas que constituyen una conducta o un mandato interno acerca de algo sentido como displacentero, son egodistónicas y su motivación es inconsciente, estas conductas suelen ser frecuentes en pacientes con características obsesivas.

Otto Kernberg (1992), refiriéndose a la personalidad borderline toma en cuenta las neurosis impulsivas y las adicciones de las cuales dice “Me refiero aquí a esa forma de patología severa del carácter en la cual hay una crónica irrupción repetitiva de un impulso que gratifica las necesidades instintivas en una forma que es egodistónica fuera de los episodios de impulsividad, pero que es egosintónica y realmente placentera durante el episodio mismo. El alcoholismo, la adicción a las drogas, ciertas formas de obesidad psicogénica y la cleptomanía, son ejemplos



clínicos “. El enganche del placer inicial se torna después en una conducta para escapar del malestar.

Para Otto Dorr (1995), es interesante destacar que en el idioma alemán existe una sola palabra “sucht” para designar una serie de comportamientos anormales de apariencia diferente, y que las lenguas romances caracterizan según el caso, como manía, dependencia, adicción, perversión, o a un vicio, de este modo el concepto de obesidad (fettsucht), implica cleptomanía (steblsucht), ludomanía (spielsucht). Investigaciones actuales consideran a los rasgos de personalidad de acuerdo con su intensidad y forma de expresión como factores importantes que influyen en la conducta alimentaria.

Es posible encontrar un continuo desde instrumentos de medición de personalidad "objetivos" como el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI), por ejemplo, pasando por la Entrevista Semiestructurada (IPDE) de la OMS para el diagnóstico de desórdenes de personalidad - basados en los criterios del DSM IV- hasta los test proyectivos de más uso, como el test de Hermann Rorschach para medir estructura de personalidad y el test de apercepción temática (TAT).

## **Patología Afectiva:**

### **Ansiedad**

La ansiedad consiste en el conjunto de reacciones físicas y psicológicas que ocurren ante la presencia de un peligro. La respuesta de ansiedad se encuentra presente desde el nacimiento, siendo un mecanismo natural con el que nacemos. La ansiedad no solo aparece por peligros externos y objetivos, sino también por otros de carácter interno y subjetivo, e incluso por miedos inconscientes. Si la reacción de ansiedad es muy intensa ya sea porque la amenaza realmente sea enorme o porque nuestros mecanismos de respuesta ante los peligros esté desajustado, la reacción física y psicológica lejos de ayudar a hacer frente a la amenaza, se transformara en un peligro agregado.

Según Silvestri, Stavile & Hirschman (2005), el comer, o, más exactamente, masticar, al suponer un gasto de energía se transforma en una forma de reducir la ansiedad de manera rápida, si esta se transforma en algo habitual con el tiempo se aumentará de peso, estableciendo en algunas personas un círculo

vicioso donde la ansiedad se reduce comiendo, por ende engordando, y este aumento de peso genera un motivo de alarma, de preocupación, por lo que nuevamente aparece la ansiedad y una vez más se come como mecanismo compensador. Cuando la causa que motiva la ansiedad no se identifica, la persona entra en un estado de ansiedad continua, que de forma muy frecuente alivia comiendo.

### **Depresión**

Para Silvestri, Stavile & Hirschman (2005), otro rasgo de personalidad que se pone en relieve en los pacientes obesos son las manifestaciones depresivas. Se observa disminuida la capacidad de atención, percepción y procesamiento de los estímulos y situaciones gratificantes; anhedonia; insomnio o dificultades para conciliar el sueño y conseguir que este sea reparador, sensación de cansancio, incapacidad para enfrentar sus obligaciones habituales, bajo nivel de autoestima, excesiva preocupación por el estado de salud, irritabilidad, incapacidad para concentrarse, incontinencia afectiva, entre otras.

En el mismo orden de ideas, Ganley (1989), después de valorar los resultados de los distintos estudios analizados indica que los estados emocionales pueden jugar un papel relevante en la ingesta, sosteniendo la posibilidad de que estados emocionales negativos tales como aburrimiento, soledad, enfado y depresión podrían llevar a un aumento de la ingesta como mecanismo de compensación.

### **Imagen Corporal**

Según Pruzinsky (1990), la imagen corporal es una representación psicológica subjetiva que puede llegar a ser sorprendentemente diferente de la apariencia real. Desde otro punto de vista Slade (1994), la define como la representación que se tiene del tamaño, contornos y formas del cuerpo y el sentimiento que trae aparejado sus características y partes constitutivas.

El disturbio en la imagen corporal es uno de los factores psicológicos más angustiantes para el sujeto y está relacionado con baja autoestima, depresión y un funcionamiento psicosocial poco efectivo. Es importante diferenciarlo de la autoestima física que sería el grado en que el sujeto gusta o no de su cuerpo. El

trastorno de la imagen corporal esta caracterizado por una diferencia entre lo que expresa el sujeto y la realidad de su propio cuerpo.

Para Zukerfeld (1979), la imagen corporal definida como la representación consciente e inconsciente del propio cuerpo se realiza a nivel de tres registros. El registro de la forma o figura clásicamente conocido como esquema corporal que hace referencia a las percepciones conscientes vinculadas al tamaño y límites corporales en cuanto aspecto, postura, dimensiones (ancho, alto, espesor y peso), ubicación en el espacio, movimiento y superficie corporal, accesible a los órganos de los sentidos.

El registro del contenido corresponde a las percepciones interoceptivas o propioceptivas, cenestésicas, habitualmente preconcientes y a las necesidades, como son los registros de hambre-saciedad, tensión-distensión, frío-calor, dolor, cansancio.

El registro del significado se corresponde con el concepto del cuerpo erótico e incluye las representaciones inconscientes del deseo, la capacidad de comunicar y simbolizar y de crear relaciones vinculares (ínter subjetivas y social). Es importante señalar con respecto al registro del significado que en la sociedad occidental actual con una cultura de la delgadez y la estigmatización de la obesidad lleva a que muchas personas con sobrepeso desarrollen una imagen corporal negativa, según Rosen (1996), que produce una permanente sensación de malestar en la persona obesa repercutiendo notablemente en la calidad de vida del que la padece.

Deblin y col. (2000), han notado que el distrés de la imagen corporal y la sobre evaluación del peso y la figura, son un núcleo psicopatológico central de todos los desordenes alimentarios. Friedmann y col. (2002) consideraron que la imagen corporal es un potencial mediador de la relación entre obesidad y angustia psicológica.

### **Trastorno Alimentario o Desorden Alimentario**

En la actualidad, la literatura internacional habla de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) como “*eating disorders*”, terminología que incluye la anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) e ingestión compulsiva (IC). Este término es algo confuso, ya que implica que la esencia del problema está en el

desorden en la alimentación (American Dietetic Association (2001). Sin embargo los TCA son patologías psiquiátricas específicas, bien clasificadas.

En algunos artículos de la literatura, se utiliza la terminología de “alimentación desordenada” (*disordered eating*), refiriéndose a ciertas actitudes o prácticas relacionadas con la alimentación y conductas relacionadas con la reducción de peso, que pueden comprometer la salud de un individuo o estar asociadas con TCA.

También podemos encontrar el término “conducta alimentaria de riesgo” (CAR) que hace referencia a todas aquellas manifestaciones similares en forma, pero menores en frecuencia e intensidad a las de los TCA. Otro término utilizado es el de “conducta alimentaria disfuncional” (*dysfunctional eating*) que significa una alimentación no funcional y sin regulación normal). Ambos términos se utilizan de manera “intercambiable” y hacen referencia a lo que se describe como alteraciones de la conducta alimentaria (ACA).

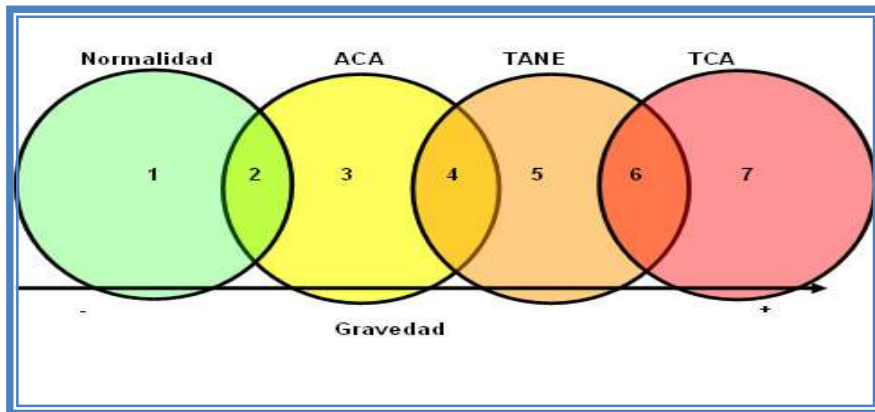
Las alteraciones de la conducta alimentaria (ACA) no se consideran patologías, sino desviaciones de la conducta alimentaria de un individuo que se presentan como un *continuum* entre una alimentación normal y la presentación de un TCA franco. Las ACA no llegan a cubrir todos los requisitos para clasificar como un TANE y por lo tanto tampoco como un TCA (Krowchuk D.P., SR Kreiter, CR Woods, SH Sinal and RH DuRant (1998), sin embargo pueden tener de la misma manera un origen psicológico, biológico y/o social y si no son detectados y abordados oportunamente pueden llegar a magnificarse, acumularse y constituirse finalmente como un TCA franco, con todas las consecuencias que éstos tienen a nivel físico, psíquico y emocional (Unikel-Santoncini C., I Bojórquez-Chapela y S Carreño-García (2004).

Se ha sugerido que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se pueden expresar como formas leves o incipientes (que en este caso llamaríamos ACA) y que aquellos sujetos que presentan todos los criterios diagnósticos señalados por la DSM-IV-TR, quizá representan un punto extremo de un *continuum*, de acuerdo a Garner y Garfinkel (1992).

En el gráfico N° 3, se observa un diagrama que presenta estas alteraciones de conducta, de acuerdo a los grados de gravedad. Se plantea que a mayor

presencia de número de ACA, mayor es la gravedad presentada por el individuo y mayor el riesgo de desarrollar un TCA franco. Los números presentados en el diagrama corresponden a diferentes grados de presentación de conductas alimentarias y son señalados como los colores de un semáforo donde en color rojo, los trastornos de la conducta alimentaria indican el máximo grado de gravedad.

**Figura 1. Presentación de conductas alimentarias de acuerdo a grados de gravedad**



**Fuente:** Hunot C y col (2008). Definición conceptual de las alteraciones de la conducta alimentaria. RESPYN. Vol. 9, N° 1

- 1.Normalidad:** Situación del sujeto en donde presenta algunas conductas señaladas como ACA, con menor frecuencia que aquella definida como ACA. Ej.: sujetos que se preocupan “rara vez” si sube de peso.
- 2.Probable ACA:** Presencia de una conducta que podría ser una ACA, sin embargo al desconocer los motivos por los cuales lo lleva a cabo, no se puede definir como tal. Ej.: “preocupación excesiva por el consumo de grasas” o “cortar los alimentos en pedazos muy pequeños”.
- 3.ACA:** La presencia de una conducta señalada en la definición de ACA, con una frecuencia determinada. Ej.: “siempre o muy a menudo eliminas alguna comida para bajar de peso”.
- 4.Sumatoria de ACA:** Es la presencia de más de una ACA. A mayor presencia de un número de ACA, mayor sería la posibilidad de presentar un TANE.
- 5.TANE:** Criterios cubiertos específicamente por el DSM-IV-TR.

**6. Sumatoria de TANE:** No es ni AN, ni BN, pero sí presenta TANE o son casos que se conocen como subclínicos, o tal vez presente un número importante de ACA, que pudieran agravarse a TCA.

**7. TCA:** Criterios cubiertos específicamente por el DSM-IV-TR.

### **Descontrol Alimentario (Atracón Alimentario-Binge Eat)**

Las investigaciones no han sido consistentes en determinar si la obesidad conduce a un trastorno alimentario o si un desorden alimentario representa un factor de riesgo para el desarrollo de la obesidad.

El atracón alimentario (Binge eaten BED) y el síndrome de los comedores nocturnos (night eating syndrome-NES), son putativos desordenes alimentarios vistos con frecuencia en individuos obesos. Sin embargo hasta el momento no está claro si las definiciones actuales del atracón alimentario y el síndrome del comedor nocturno son suficientes para caracterizar distintos subgrupos de pacientes.

El síndrome de descontrol alimentario (SDA), se caracteriza por descontroles alimentarios recurrentes en ausencia de vómitos autoinducidos, abuso de laxantes y otros fármacos, ayuno y ejercicio físico excesivo) por lo menos dos veces por semana durante seis meses. El criterio diagnóstico para SAD está incluido en el Apéndice del DSM (DSM –IV-TR), como una categoría para investigaciones futuras y agrupa un patrón recurrente de atracón alimentario y temporal distress asociado con la conducta.

El síndrome de los comedores nocturnos descrito por primera vez por Stunkard (1995), ha sido caracterizado como un síndrome que incluye anorexia matutina, hiperfagia vespertina e insomnio, la descripción inicial notaba que era más prominente durante periodos de crisis existenciales (life events), el criterio propuesto más recientemente no incluye el estrés como requerimiento.

A través de investigaciones en el campo del sueño se describen “un desorden alimentario relacionado con el sueño “, con solo una conciencia parcial de los episodios alimenticios. En contraste individuos con NES están suficientemente alertas y conscientes de sus episodios de comida nocturnos. Un criterio diagnóstico para NED no ha sido propuesto por DSM- IV-TR.

Muchos individuos con desordenes alimentarios son categorizados dentro de desorden alimentario no especifico (EDNOS), el cual incluye individuos con un amplio rango de síntomas de desorden alimentario, pero que fallan en llenar los criterios completos para anorexia y bulimia nerviosa. Actualmente el BED es clasificado como un ejemplo de EDNOS, y la investigación no ha sido concluyente para ser considerado un trastorno alimentario, la investigación futura debe centrarse en un concepto que describa mejor a los individuos con un persistente patrón de conducta desordenada, asociada a daño funcional, distress y potencial incapacidad.

De acuerdo a Gluck y Col. (2001), los trastorno alimentario nocturno (TAN) se acrecientan con el aumento de peso y está relacionado con estrés vital, psiconeuroticismo, humor bajo y reacciones adversas a la pérdida de peso.

En el campo de la salud mental merece mención especial el hecho de que muchos medicamentos efectivos en el tratamiento de sicopatologías (patologías afectivas, psicosis, depresión etc.) producen como efecto colateral aumento de peso y es una de las razones más frecuentes de abandono del tratamiento especialmente en mujeres jóvenes.

Así mismo el uso indiscriminado de anorexígenos y estimulantes en la población general sin una prescripción médica adecuada es un problema que no debe pasarse por alto en la evaluación de pacientes con problemas de obesidad ya que pueden desencadenar psicopatologías (depresión, psicosis) en personas biológicamente susceptibles.

Los factores psicológicos presentes en los cuadros de obesidad tienen un grado de importancia variable en cuanto a la génesis de la enfermedad, a su mantenimiento y como sintomatología agregada en el curso del cuadro.

Al no existir una alteración única y específica en la obesidad, dichos factores tienen un grado de participación variable debiendo ser evaluados en cada paciente en particular.

Los tratamientos en la esfera psicológica tienen por finalidad la disminución de la sintomatología ansiosa y depresiva, a través de los psicofármacos y la psicoterapia. Estas últimas tienen como objetivo el lograr modificaciones de las fallas de personalidad presentes, fallas que contribuyen al

mantenimiento de la enfermedad, pues son alteraciones determinantes de un aumento de la ingesta, o lo que es más frecuente, no le permiten, al paciente, encarar un tratamiento nutricional correcto y exitoso, al favorecer la aparición de conductas que atentan contra, o impiden, el cumplimiento de las indicaciones medicas orientadas a conseguir el peso esperado.

### **Tratamiento**

Al considerar la obesidad una patología compleja multifactorial de la misma manera se requiere para su tratamiento un enfoque multidimensional en la cual ninguna de las terapias debe excluir las restantes ya que son complementarias.

Al igual que otros padecimientos crónicos los resultados se alcanzan con lentitud y transitoriamente, sin embargo de no intervenir se asistirá al progreso de la enfermedad. La tendencia a recaer, los escasos resultados terapéuticos, el incesante incremento de individuos afectados y los mitos y creencias que la rodean, convierten a la obesidad en una entidad compleja desde lo individual y lo social, de difícil abordaje y terapéutica.

### **Objetivos del tratamiento**

- Normalizar la composición corporal, las reservas energéticas y su distribución.
- Minimizar los trastornos metabólicos dependientes del peso
- Establecer prioridades terapéuticas, que dependerán del momento biológico, de las enfermedades concomitantes y de las necesidades personales

Según los criterios epidemiológicos deben ser tratados los individuos que clasifiquen dentro de los criterios de sobrepeso y obesidad, si además presentan factores de riesgo peso-dependiente.

Aunque existen pocos estudios prospectivos que demuestren que la pérdida de peso disminuye la mortalidad en los obesos, es indiscutible su efecto sobre la aparición de complicaciones como la diabetes mellitus y la enfermedad cardiovascular, obteniéndose la mayor parte de los beneficios con descensos de alrededor del 10 del peso corporal .



Personas de peso y distribución de grasa normal suelen buscar ayuda para perder peso, en búsqueda de mejorar su imagen y con ello su vida psicológica y social., debido a que como señala la Organización Mundial de la Salud (1997), la salud abarca no solo la ausencia de enfermedad sino también de bienestar, la posición medica debe adecuarse a cada situación, procurando elegir el camino más saludable para el paciente.

Actualmente el tratamiento se dirige a cambios en el estilo alimentario (dietoterapia), cambios en el estilo de vida (antisedentarismo y ejercicio terapia), la farmacoterapia específica e inespecífica, los tratamientos psicoterapéuticos (Ej.: cognitivo-conductual), y la cirugía bariátrica.

Existen una serie de instrumentos diagnósticos recomendables para la evaluación del paciente obeso, dependiendo del foco de atención en que el profesional quiera centrarse y el grado de objetividad que éste persiga. Los recursos terapéuticos pueden agruparse según actúen prioritamente sobre factores etiopatogénicos, fisiopatológicos o sobre las consecuencias de la obesidad.

## CONCLUSIÓN

Existen muchos problemas sin resolver en la etiopatogenia de la obesidad, como son la clarificación de la relación entre factores biológicos y ambientales en la génesis de la obesidad y el reconocimiento de que es una enfermedad compleja, que tiene un importante componente genético y que se caracteriza no solo por problemas metabólicos periféricos sino que también involucra disfunción a nivel del sistema nervioso central (SNC). En general, la comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria, sobre todo cuando vienen acompañadas de depresión o de consumo abusivo de alcohol o drogas, con los trastornos de personalidad es muy alta: puede oscilar del 20% al 80% de los casos.

En esta perspectiva Echeburúa y Marañón (2008), definen que los casos de comorbilidad, el tratamiento es más complejo y el pronóstico más sombrío porque el trastorno es más duradero, la disfunción familiar es mayor, hay más intentos de suicidio y son más frecuentes las conductas purgativas. Los datos

reseñados en los diferentes estudios son muy discordantes. Las discordancias obtenidas responden a razones diversas tales como el sexo y la edad de los pacientes, edad de aparición del problema, comorbilidad con otras patologías etc. Todo ello impone una cierta cautela en las conclusiones obtenidas, al mismo tiempo que el reconocimiento de estas dificultades nos permitirá diseñar nuevas estrategias más efectivas para su tratamiento y prevención.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO TEÓRICO REFERENCIAL**

#### **La Dimensión Corporal desde un Enfoque Fenomenológico-Existencial**

Si bien no podemos dudar del compromiso del cuerpo en la obesidad ya que esta se inscribe en el cuerpo sin mediación simbólica, el manejo terapéutico se dirige fundamentalmente a factores como herencia, genética, sedentarismo, disfunciones metabólicas, comer excesivamente, descuidando los factores psicopatológicos (emociones y comportamientos alimentarios) tan importantes en su etiología como en su mantenimiento, es decir, que a pesar de ser un problema complejo, multifactorial que se puede decir que existen tantos casos de obesidad como de obesos debido al elevado número de variables que influyen en una persona, desde hace años el tratamiento para la obesidad se ha basado en dos pilares fundamentales: los planes de alimentación hipocalóricos y la incorporación de la actividad física, basados en las investigaciones que sugieren que los factores causales asociados al desarrollo de la obesidad son la ingesta excesiva de calorías y patrones de conducta sedentarios.

Esta mirada reduccionista está centrada en el paradigma bio-médico (causalidad lineal-determinista, descriptivo-ateórico), que deja al enfermo reducido a su enfermedad, el cuerpo reducido a un objeto de estudio, y el sujeto a un mero espectador de la enfermedad, lo que viene a corroborar la ausencia de la persona y su padecer.

Por lo que tal visión anatomista del cuerpo aspira a ser objetiva al explicar de manera causal exclusivamente los procesos que tienen lugar en el cuerpo, sin tener en cuenta los estados subjetivos que los acompañan, por lo tanto resulta necesario centrar el interés en la experiencia del sujeto obeso, y las modificaciones de la corporalidad y no en la obesidad.

En las sociedades occidentales contemporáneas donde los cánones estéticos imponen delgadez, la obesidad para amplios sectores de la sociedad es considerada una enfermedad autoprovocada producto generalmente de un estilo de vida poco saludable, al mismo tiempo que las recomendaciones con fuerte fundamento científico en el campo de la salud la asocian con pérdida de calidad de vida y de años de vida útil, coloca a la persona obesa en una cultura que lo estigmatiza, generándole consecuencias en su autoestima, y alteraciones en sus relaciones interpersonales que disminuyen sus posibilidades tanto de acceso a mejores trabajos como a mejores parejas en su vida.

Esto hace que los factores psicológicos en mayor o menor medida estén presentes ya sea como causantes de la obesidad; o como consecuencia de la discriminación social hacia el obeso. Lo cierto es que es fundamental su conocimiento e identificación para ser abordados si se quiere tener éxito en el tratamiento.

### **Alteraciones Psicológicas en la Obesidad**

Una de las cuestiones discutidas con más fervor en el campo psicológico en relación a la obesidad es la existencia de una personalidad que predisponga, favorezca o determine su aparición. Si bien hasta el momento no existe una condición psicopatológica específica vinculada a la obesidad.

Existen obesos con y sin psicopatología, pero no hay un trastorno propio del obeso. Los esfuerzos por identificar un tipo de personalidad del obeso han llevado precisamente a hallazgos opuestos, ya que es notable la diversidad de tipos de personalidad entre ellos. Diversos estudios han identificado entre tres a diez tipos de personalidad, y un tercio de los sujetos no correspondieron a ningún tipo.

En el campo del psicoanálisis es donde se ha realizado un enfoque más completo de la psicología del obeso, planteándose hipótesis acerca de su estructura psíquica, el problema de la oralidad, los mecanismos de defensa, las relaciones entre manía, depresión y obesidad, las dificultades transferenciales y los significados diversos del comer y del estar gordo.

Dentro de las alteraciones psicológicas más frecuentes tenemos:

- Imagen corporal distorsionada
- Atracón alimentario
- Ansiedad.
- Manifestaciones depresivas

Estas características pueden o no estar presentes en el individuo obeso y no son patognomónicas de la obesidad, sin embargo son de fundamental importancia a la hora de planificar un tratamiento, ya que de ser ignoradas podrían dificultar y obstaculizar el tratamiento para adelgazar y /o mantener el peso logrado, además de no permitir un compromiso adecuado. La importancia de los factores psicológicos en el desarrollo y tratamiento de la obesidad son claros y el tratamiento debe ser integral para facilitar herramientas que le permitan no solo un cambio de hábitos alimentarios y estilo de vida, sino tan bien debe proveer herramientas básicas para lograr un fortalecimiento interno.

Una observación atenta a la producción científica nos muestra que si bien los avances en la investigación han permitido mejorar tanto la comprensión de los factores etiológicos relacionados con la herencia, el metabolismo y la genética , así como la clasificación y los criterios diagnósticos, no observamos lo mismo en relación a los problemas psicológicos en la obesidad, donde la mayoría de los estudios reportan resultados no concluyentes y muchas veces contradictorios debido esto probablemente a la dificultad que existe de ajustar la experiencia del ser humano a patrones universales de comportamiento mediante criterios diagnósticos y estadísticos.

Así se crea una brecha o escisión teórica entre el individuo y su propia experiencia y entre el significado para la persona que la vive y el mundo en que se encuentra, y hace que se cree un distanciamiento entre el paciente y aquel que busca comprenderlo, debido a que de esta forma solo se observa la enfermedad a la luz de la propia teoría y de las tendencias universales de comportamiento con lo cual, en vez de descubrir y comprender su significado, solo buscamos conformar o refutar una idea previa.

Es decir, estudiar a un paciente que tiene o siente una enfermedad y no una persona que está enferma y que todos sus síntomas y mecanismos alrededor de la experiencia de la enfermedad (obesidad), no le viene dado fortuitamente sino que son creaciones de su proyecto existencial como ser-en-el-mundo (Dasein).

A partir de esta reflexión y frente a esta condición de alta complejidad que representa la obesidad y la carga de sufrimiento que se impone a la persona que la padece, siendo el dolor un hecho personal, encerrado en el concreto e irreplicable interior del hombre y el sufrimiento una experiencia incommunicable, como bien lo señala Le Bretón (1999), intentaré, entonces, aproximarme a la obesidad desde la noción existencial de sujeto encarnado, asumiendo esa relación originaria de unidad que mantienen juntos al cuerpo y el alma, la esfera somática y la psíquica, y fuera de la cual no sabríamos aquello que somos. *“La unión del alma y del cuerpo no viene sellada por un decreto arbitrario entre dos términos exteriores: uno el sujeto el otro el objeto. Esta unión se consume a cada instante en el movimiento de la existencia”*.

### **Sobre la Noción de Sujeto Encarnado**

De acuerdo a Morin (2001), ser sujeto es una cualidad, es una relación. El correlato del sujeto no es el objeto, ni las cosas, sino los otros lo que son parte de mi propia subjetividad que es intrínsecamente comunitaria y abierta: *“Ser sujeto es ponerse en el centro de su propio mundo, ocupar el lugar del «yo». Es evidente que cada uno de nosotros puede decir «yo»; todo el mundo puede decir «yo», pero cada uno de nosotros no puede decir «yo» más que por sí mismo”*.

Bajo esta concepción de sujeto comienzan a desaparecer las estructuras cerradas y las disyuntivas operacionales sobre las cuales descansaba la clásica noción de sujeto. El sujeto no es una sustancia "sujeta" a una definición, sino más bien a una condición que lo libera de la unicidad, de una naturaleza inmóvil. El sujeto contiene alternativas, y oposiciones convergentes y emergencias. Ser sujeto significa ser sujeto de paradojas, de oposiciones y aventuras. *“Ser sujeto, es ser autónomo siendo, al mismo tiempo, dependiente. Es ser algo provisorio, parpadeante, incierto, es ser casi todo para sí mismo, y casi nada para el universo” (Morin, 2001)*.

## La Estructura Ontológica: Ser- En- El- Mundo

### Bases Filosóficas

A finales del siglo XIX y en un intento por superar en el campo de la psicopatología el reduccionismo científico típico de la cultura positivista dominante en aquel momento y caracterizada por un enfoque prevalentemente organicista por obra de su estrecha relación con la psiquiatría, surge la fenomenología germana de Edmund Husserl (1992). Al mismo tiempo propuso un modo de conocimiento que debía atenerse exclusivamente a lo dado en la experiencia.

Dentro de este orden de ideas la fenomenología es una filosofía del sujeto, que postula como hecho primario de la conciencia el tender a algo como su objeto. Toda vivencia intencional está constituida por el acto intencional y su correlato intencional objetivo. Pero la intencionalidad no es un mero modo de relación entre el sujeto y el objeto, sino un rasgo esencial de la conciencia. Expresado con las palabras de Husserl: *"En los simples actos de percibir estamos dirigidos a las cosas percibidas, en el recordar a las recordadas, en el pensar a los pensamientos, en el evaluar a los valores, en el desear a los objetivos y perspectivas"*. Mientras las ciencias proveen conocimientos parciales, la filosofía alcanza para Husserl el carácter de ciencia universal, no detenida en el nivel de la mera experimentación ni compulsada a explicar la realidad según modelos contruidos artificialmente.

Para Husserl (1992), luego de reconocer que nuestra conciencia se caracteriza por un "flujo de vivencias" (Erlebnisstrom) que la orientan hacia las cosas para otorgarles posteriormente un sentido (intencionalidad de la conciencia), distingue a propósito del cuerpo dos modalidades diferentes de ser: el *Korper*, es decir, el cuerpo físico en cuanto cuerpo somático del cual es posible otorgar una explicación anatómica y fisiológica; el cuerpo cosa del cual se ocupan las ciencias experimentales, aquello que puede ser abierto, medido; y el *Lieb*, el cuerpo viviente, el cuerpo en cuanto proviene de mi vivencia como cuerpo propio y no como un objeto, en su totalidad y no relativizado a sus partes singulares, a los puros órganos aquel cuerpo que yo soy antes que simplemente tengo.

Esta reflexión modifica radicalmente la concepción del cuerpo, desaparece el dualismo conciencia-mundo exterior y su abismo insalvable. Pero es con el filósofo Heidegger (1993), que ocurre la transformación hermenéutica de la fenomenología en hermenéutica de la facticidad (giro hermenéutico) transformando la conciencia en existencia. Para Heidegger no hay conciencia, hay existencia. El método fenomenológico-existencial va a ser el que utilizará Heidegger, intentando así, describir el *fenómeno* como aquello que *se desvela del ser*, lo que se muestra-en-sí-mismo en el ámbito de lo cotidiano, que es el lugar inmediato y espontáneo del existir del hombre. Será útil recordar que el término "*phainómeno*" deriva de "*phaino*", cuyos significados vienen a ser el de poner a la luz, desvelar lo encubierto, hacer patente, términos que los presocráticos traducían por el concepto de *alétheia*.

La experiencia de existir, la facticidad es el horizonte trascendental de todo aquello que la medicina describe como organismo, soma, enfermedad, pero también es temple, ánimo, la forma primaria de apertura del mundo, desde el enfoque fenomenológico-existencial, es nuestro modo de ser en el mundo, un Ser que está ahí, siempre ya en el mundo (Dasein).

Este Dasein es al mismo tiempo un ente creador- del- mundo (weltbildend), él es capaz de abrir una visión, una perspectiva a partir de la cual toda cosa recibe su significado. El-ser- en- el- mundo, por lo tanto es el único ente (existente) para el cual se abre, se constituye algo como "el mundo", a partir de su ser-permanentemente- abierto en la modalidad de proyecto. Para Heidegger "*la existencia debe ser necesariamente encarnada, puesto que es ser-en-el-mundo y específicamente especializada, porque el espacio es condición para que se realicen las posibilidades de la existencia*". Heidegger define la cotidianidad del ser- ahí con las siguientes palabras: "ser-en-el- mundo-abierto-cayendo, proyectante-yecto, al que en su ser cabe el mundo y en el ser-con-otros- le va el peculiar poder-ser-si-mismo"

La existencia es, por lo tanto, experiencia perspectivista, no pura sucesión de imágenes o representaciones que la subjetividad contemplará más o menos activamente sin estar implicada en ella. En cada momento de la vida, somos una



cierta perspectiva, la cargamos con nosotros y sólo a partir de ella el resto comienza a presentársenos.

### **La encarnación: La Mente no está en la Cabeza**

Ni la mente, ni los cinco sentidos, ni el cuerpo son reductibles a funciones orgánicas. La encarnación significa reconocer el cuerpo-sujeto como *Leib*, es decir, como cualidad concreta de la subjetividad, es propiamente una afirmación existencial. La dimensión existencial recíprocamente no es una abstracción, sino la situación encarnada por excelencia.

La experiencia de nacer en un mundo no es sólo una experiencia fechada cronológicamente, sino parte de una experiencia más amplia de *ser en el mundo*, que de alguna manera siempre nos precede y nos acompaña.

La distancia entre sujeto y objeto se rompe, la distinción entre estar dentro y fuera de la conciencia desaparece. “No podemos captar al objeto como si simplemente estuviera *ahí afuera* en forma independiente. El objeto surge como fruto de nuestra actividad, por lo tanto, el objeto como la persona (el sujeto) están co-emergiendo, co-surgiendo”. En la visión tradicional el objeto no emerge está al frente como un bloque monolítico dado. La emergencia del objeto significa, en este caso, que el objeto es construcción, interpretación, mediación de intencionalidades.

Como consecuencia de esta "novedad ontológica", la noción de mente como la de experiencia aparecen reformuladas. La idea habitual de experiencia consiste en identificar a ésta sólo al nivel empírico de los hechos. En esta versión fenomenológica de la experiencia, hay niveles distintos de experiencia, que corresponden más bien a condiciones existenciales que a los datos brutos de la experiencia sensible

### **Cuerpo Vivido**

Aunque todos los seres humanos poseen un cuerpo, no todos lo viven de la misma manera. En efecto, el cuerpo vivido es una estructura de experiencias fenoménica que funciona como nuestra consciencia subjetiva sumergida en un mundo diferenciado por contextos históricos, socio-culturales y

medioambientales. El cuerpo vivido es el sujeto de las acciones habituales que pueden realizarse independientemente de la intervención iluminadora y explicativa de la razón.

Corporalidad y corporeidad son dos aspectos diferentes aunque interrelacionados de nuestra condición de seres encarnados: corporalidad es la condición material de posibilidad de la corporeidad. Para Valera (1992), entre ambos existe una “circulación”–fuente de la ambigüedad que desdibuja el dualismo racionalista (Descartes, Kant) entre mente y cuerpo, sujeto y objeto, y percibido, cultura y biología, experiencia vivida y conocimiento objetivo.

El sujeto encarnado es complejo, en la misma medida que la corporalidad, no es más un cuerpo-objeto que se tiene (**Körper**), y con el cual se funciona, sino emergencia recíproca de múltiples funciones irreductibles (**Leib**). Estas ideas sobre el cuerpo propuestas por la fenomenología fueron adoptadas por los filósofos existenciales franceses Marcel, Sartre y Merleau-Ponty quienes las aplicaron en sus trabajos sobre la corporalidad coincidiendo en que tanto la existencia como la conciencia de existir son inseparables entre sí y a su vez del cuerpo, al cual Marcel llama “Mi cuerpo”, Sartre “en sí” y Merleau-Ponty “cuerpo vivido” es en este autor donde se da un acercamiento más estrecho entre lo natural y lo personal.

La filósofa López Sáenz (1974), opina a propósito que Merleau-Ponty, no solo se dedicó a describir el cuerpo vivido psicológicamente sino que le concedió un estatuto filosófico y una significación ontológica. Para Merleau-Ponty (1997), “El cuerpo vivido no se inscribe ni en el dominio físico-objetivo de la ciencia empírica, ni en el dominio puramente ideal de las representaciones mentales no es ni material ni mental”.

Su modo de existencia es el de un objeto intencional, vivido fenoménicamente como percepción corporalizada que tiene preeminencia sobre la conceptualización abstracta antes de ser pensamiento, idea o concepto, el cuerpo vivido es la experiencia de nuestras capacidades sensibles, perceptivas y, por lo tanto, pre-rationales (antepredicativas) y prelógicas.

Asimismo la constitución del cuerpo como objeto por parte de las corrientes de pensamiento a las que Merleau-Ponty, se propone superar constituye un momento decisivo dentro de la génesis del mundo objetivo.

Merleau-Ponty enuncia una sentencia: *el cuerpo no es un objeto. El cuerpo no es un objeto a la manera de partes superpuestas, no somos un alma que se puede escindir de un cuerpo, un puro intelecto junto a un conjunto de músculos y huesos en el que habitamos.* Y es desde la perspectiva de ser- en –el- mundo donde ubica su propuesta. Es en esa instancia donde en la que ya no observamos nuestra relación con el mundo desde un yo pensante o reflexivo; antes que nada somos en el mundo, y somos en el mundo en virtud de nuestro cuerpo.

De manera que al fin y al cabo es la percepción de este la que nos ofrece esa instancia de significación inmanente, esta percepción no es ya una operación de la conciencia reflexiva, sino una modalidad intencional en virtud de nuestro cuerpo. Señala que en el campo fenoménico, y a partir de la perspectiva de ser-en-el-mundo (Dasein), se devela un mundo pre- dado que no se descubre por medio del pensamiento reflexivo sino que está como saber implícito, como evidencia inherente a la percepción misma.

Merleau-Ponty no se queda en el postulado "toda conciencia es conciencia de algo", que supone la formación de un "círculo vicioso" noético-noemático, sino que desarrolla la tesis según la cual "toda conciencia es conciencia perceptiva", para él la percepción tiene una dimensión activa, en la medida en la que representa una apertura primordial al mundo de la vida. Esto es, no la capacidad de percibir el color rojo sino la "sensación del rojo", que es subjetiva, incomunicable, y evocada por la presencia del rojo

La percepción en la concepción fenomenológica existencial deja de ser una función pasiva para ser intencionalidad, mi cuerpo como experiencia del mundo. Es decir el mundo en el que vivimos no es comprensible sin mi cuerpo, es por ello que explicaba Merleau-Ponty en sus estudios sobre el miembro fantasma que al perderse un miembro no se pierde solo una parte del cuerpo, sino fundamentalmente una porción del mundo. Este fenómeno debe entenderse desde la perspectiva de *ser-en-el-mundo*, pues el rechazo a la pérdida de un miembro de nuestro cuerpo es el *yo* que se tiende hacia su mundo pese a deficiencias o a

amputaciones y por esta razón no las reconoce, su cuerpo enfermo encuentra la certidumbre de su integridad en la revelación de su miembro fantasma.

La vida entera es una experiencia y tentativa de sentido, en todas las direcciones. La intencionalidad, la conciencia, emerge de un cuerpo que no es más un objeto sino un sujeto.

Es por eso que para Merleau-Ponty, la experiencia de la corporeidad no es la experiencia de un objeto, sino de nuestro modo de habitar el mundo. Nuestra imagen corpórea expresa esa modificación continua que sufre en el mundo, expresa el estilo y el sentido de nuestra biografía. La percepción no es primeramente percepción de cosas, sino percepción de *elementos* (agua, aire) de *trazos del mundo*, de cosas que son dimensiones, que son mundos, me deslizo sobre estos ‘elementos’ y me hallo en el *mundo*, me deslizo de lo ‘subjetivo’ al Ser”.

Del mismo modo que la corporalidad, en esta concepción, no es meramente objeto sino una modalidad preobjetiva del ser encarnado. Ligado al cuerpo aparece el tema de la percepción, la experiencia del mundo y de sí mismo, la relación con el otro, mediada por la mirada, el gesto y la palabra. Nada de esto es concebible fuera de la conciencia corporal y la convivencia.

Para decirlo en términos fenomenológicos: debido al ambiguo entretejido de interior y exterior, de sujeto y objeto, de sintiente y sentido, la unidad del cuerpo es “siempre implícita y confusa” a tal punto que la conciencia encarnada es el fenómeno central, del cual mente y cuerpo son momentos abstractos, como lo define Merleau-Ponty.

En el campo de la psicología y la psicopatología este enfoque fenomenológico-existencial ha dado origen a muchas disciplinas y seguidores, como es lógico suponer pues es allí donde lo subjetivo tiene rol protagónico. Como dice Biswanger (1977): *es sobre todo en el campo de la psicopatología en donde la manera de ser de un cuerpo, el modo de vivir la propia corporeidad, se vuelve extremadamente importante y reclama un enfoque específico, dos casos ejemplares de la patología de la corporalidad son la bulimia y la anorexia, dos patologías que son testimonio de la centralidad del cuerpo viviente.*

Los psicólogos existenciales en general, tales como Squarzon. Rovaletti, Pfeiffer, Dorr, Callieri y Phillips, Romero, May y Probst sustentan como Merleau-Ponty que la corporalidad es el punto de partida para comprender los distintos fenómenos presentes en la experiencia de los seres humanos, debido a que toda experiencia siempre es vivenciada en y a través del cuerpo, como afirma Rollo May (1990), “seguramente uno no puede ser hombre de decisiones sin tomar en consideración los deseos corporales, los deseos corporales deben integrarse con la voluntad, pues de otra manera voluntad y deseos se bloquean recíprocamente”

*El maestro zen ha alcanzado un grado de integración en el cual el es uno con sus acciones y su mundo. Es plenamente el mismo y sin embargo completamente ajeno así mismo, existe una total identificación del ego con el cuerpo, se elimina la distinción entre voluntad y deseo. Solo cuando el yo desea lo que el cuerpo quiere este responde infaliblemente y sin vacilar a la voluntad del ego.*

La tesis que tienen en común los psicólogos existenciales, por un lado, es que esta dimensión corporal dota de sentido al mundo y no se trata simplemente de un organismo tal como la biología lo entiende; por otro lado, la dimensión corporal, además de dotar de sentido la realidad, nos informa sobre nuestra experiencia y su sentido en nuestra relación con dicha realidad. Todos ellos han aplicado este enfoque al estudio de problemas tales como: cirugías plásticas, trasplantes de órganos, depresión, hipocondriasis, la esquizofrenia, el trastorno dismórfico del cuerpo, el trastorno de la despersonalización, los trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia).

Ahora bien como ya hemos expresado en el campo de la medicina *la corporalidad se ha estudiado básicamente, desde el punto de vista biológico, mas no como cuerpo vivido, donde y desde donde se ubica la existencia, dice Rovaletti (1990) las estructuras anatómicas y los procesos nerviosos compondrían un cuerpo material desencarnado. Para la fenomenología por el contrario, los procesos sensorio-motrices deben ser estudiados en función de los estados subjetivos que los acompañan, motivan y dan sentido en relación con la situación desencadenante*

Aun cuando en los últimos años existen algunas disciplinas que han adquirido relevancia y que relacionan lo biológico y lo psicológico como la psico-neuro-endocrinología, que pone de manifiesto el papel trascendente de una serie de mediadores bioquímicos que modulan la interacción entre los fenómenos psíquicos y las respuestas orgánicas, la neurofenomenología de Varela (1997), la teoría general de sistemas de Prigogine (1999), la teoría de la complejidad de Morín (2005), las cuales tienen en común la atención hacia lo subjetivo y experiencial la totalidad del ser, esa unión entre lo observado y el observador, sujeto-objeto, el todo y las partes, en la práctica médica persiste el reduccionismo somático, esto es en cierto modo explicable, si tomamos en cuenta los avances tecnológicos vertiginosos en el dominio de la biología molecular y la genética.

Como un ejemplo de estos avances, las actuales concepciones neurobiológicas de la relación entre la mente y el cerebro tienden a ofrecer una visión reduccionista y cosificadora de la realidad. Gracias a la tecnología de neuro-imagen que permite observar el cerebro y su actividad en diferentes procesos mentales con mayor detalle, la neuro-ciencia se ha propuesto como objetivo explicar desde la neurobiología la conciencia y la subjetividad. La experiencia subjetiva parece dejarse representar y con ello casi materializarse en el cerebro, así en este contexto inclusive psicopatologías típicas como la ansiedad, la depresión, la esquizofrenia no serían más que alteraciones neurobioquímicas.

Lo que se plantea desde esta posición es que la experiencia subjetiva es un producto del cerebro (epifenómeno) y por ese motivo ontológicamente irrelevante. Esta deconstrucción del sujeto, se corresponde con otra tendencia observable en la actualidad y que consiste en personalizar el cerebro y atribuirle facultades humanas; el cerebro, se dice, “ piensa”, “percibe”, “ sabe” “ siente”, como si él fuera por sí mismo un ser vivo. El cerebro en suma, se ha convertido en el heredero del sujeto y así podemos parafrasear: *“donde una vez estuvo el sujeto, debe ahora colocarse el cerebro”*.

Una consecuencia lógica de esta tendencia es que, en la actualidad, las perspectivas psicogenéticas, hermenéuticas o sistémicas, tienden a pasar a un segundo plano, mientras que los abordajes biológicos y farmacológicos dominan el panorama científico.

Esta brecha fenomenológica entre análisis del funcionamiento de redes neuronales y significados, propósitos y emociones subjetivos altamente individualizados, constituye en la actualidad el problema duro de la neurociencia donde debido a la completa disparidad del concepto de conciencia en las humanidades y la neurobiología, es necesaria la dialéctica de la “cultura de la argumentación en su forma sistematizada para preservar la tensión creativa entre los mundos metodológicos.

Varela y Thompson (1991), opinaba que dicho problema corresponde a una etapa del desarrollo de la ciencia, en alguna medida comparable al descubrimiento de los mecanismos de la herencia. Si en alguna patología esta visión reduccionista es la que prevalece, es en la obesidad donde la subjetividad esta exiliada y el cuerpo sigue siendo un objeto de estudio de las diferentes especialidades y especialistas que la abordan desde la enfermedad y no desde el enfermo y su padecer, sufrimiento este implícitamente reconocido pero no comprendido.

Más bien que compartir la opinión de que la obesidad es primeramente una cuestión de biología mi propósito es aproximarme al paciente desde la perspectiva fenomenológica-existencial del sujeto real, ejecutivo, esencialmente abierto, ser-en-el-mundo al que se le llama Dasein, ser-ahí o existencia y que como propone el Dr. José Soria ( 2001), *nosotros nos podríamos entender mejor llamándole sencillamente “hombre” siempre que tengamos bien claro que este hombre del que hablamos es un ente con estructura de Dasein o de ser-en-el-mundo.*

La condición de tal existente que es el hombre es la de *ser en el mundo*, o también la de *estar en el mundo (In-der-Welt-Sein)*, estando, como ya dijo Ortega y Gasset (1964), unos años antes que Heidegger, inevitablemente arrojado a vivir la propia y solitaria existencia. El ser es así concebido como *fisis* en el sentido griego de continuo surgir-declinar de la presencia del presente. El ser ya no es el acto propio y constitutivo del ente, sino que es sólo acto de presencia en la conciencia histórica del *Dasein*.

Esto implicara comenzar a comprender su experiencia a partir de la condición de su vivencia (que siente y como vivencia eso que siente), el sentido que le da a esa vivencia; una postura que se preocupa por comprender antes que explicar todas las situaciones y paradojas existenciales del ser humano.

Será solo al captar y comprender el **qué** de la estructura de la experiencia de la obesidad, que tendremos un entendimiento fiel y una información significativa y contextualizada referente a los motivos (**por qué**) y a los mecanismos, estrategias y medios (**cómo**) de los que se vale la persona en su vida cotidiana, es decir una comprensión histórica que vaya sacando a la luz los momentos críticos donde se produjo el extravío, la omisión, el cambio, la caída; es a través de esta profundización en la historia vital del paciente como se podrá llegar a determinar los proyectos de mundo en los que el paciente ha vivido, la mayor o menor amplitud de ellos, la libertad que ha tenido para asumirlos o cambiarlos y el tipo y grado de las omisiones en la realización de posibilidades de ser y, no reduciremos su experiencia a un simple síntoma o mecanismo psíquico que sustituye la riqueza perceptiva y experiencial por esquemas abstractos, donde la sensación es pensada y objetivada de una manera general, dando lugar al concepto.

Para Marcel (1927), *“La existencia de una vida personal se apoya sobre un inmediato no mediatizable, sobre una no objetivable sensación o experiencia fundamental”*. Por lo tanto en mi aproximación a la comprensión de la persona en condición de obesidad adoptare la actitud del fenomenólogo –el artista - atento de manera especial a la experiencia originaria, que otorga a las percepciones su carácter fundamental pasivo-activo, devolviendo su peculiar riqueza a lo indeterminado e instaurando un modo nuevo de conocimiento, por participación e inserción en un medio existencial., en donde las cosas son por cómo se sienten y por lo que nos hacen sentir en su presencia, “una modulación existencial “ como expresa Merleau-Ponty.

Merleau-Ponty, compara el cuerpo con una obra de arte, en tanto su expresión, sus movimientos, sus despliegues de sonidos y colores, de creación, cuerpo que es apertura al mundo y me pone en situación con el.

La **mirada fenomenológica** entiende que entre los sujetos o entre el sujeto y el objeto que lo moviliza, se configura un par cósmico de mutuas singularidades de sentimientos y pensamientos. Por ello, esta corriente es una de las más cercanas a la literatura y al arte, por tener en cuenta esa rica dimensión de los intercambios y de las relaciones ínter subjetivas.



Del mismo modo es la mirada que permitirá la articulación del adentro con el afuera, de la belleza con la fealdad, de lo público y lo privado de lo oriental/ mitológico con lo occidental/científico, o del arriba con el abajo, permitiendo generar productos epistemológicos más ecológicos y promotores de un desarrollo humano más integral. *“Hay poesías que perduran en cada uno de nosotros porque somos nosotros mismos los que perduramos en ella, hay ideas cuyo pulsar no cesa porque al ser elaboradas nos abrieron a un mundo de percepciones”*.

Christopher Lang (1999), padre fundador de la vida artificial expresa *“Tengo la impresión de que culturalmente en el futuro de la ciencia va a ser algo que se parecerá bastante a la poesía”*

A propósito de una lectura de Morín (2005), me gustaría hacer una analogía de mi investigación en relación a su opinión sobre la poesía, el dice: *ya que en nuestra cultura tanto la poesía como la cultura humanista se encuentran relegadas, a la distracción, la diversión, la juventud, la poesía siempre se ha rebelado ante esta situación y una de estas rebeliones la constituyo el surrealismo.*

El surrealismo significa el rechazo de la poesía a dejarse encerrar en el poema, es decir en una pura y simple expresión literaria, no se trata de una negación del poema puesto que Breton, Eluard, Peret, escribieron poemas admirables. Pero para la idea surrealista la poesía encuentra su fuente en la vida. Como dice Ramos (1992), *“cuando acudimos a los textos poéticos, no los usamos meramente a modo de ilustración, sino como genuina fuente de conocimiento”*

Cuando Goethe o Leonardo Da Vinci se expresaban tanto como científicos, como poetas y artistas, lo que hacían era iluminar la realidad desde distintas perspectivas. El Fausto de Goethe es a la vez un análisis y representación poética de la búsqueda espiritual de sentido en la existencia humana, como también una profunda reflexión sobre las contradicciones de la modernidad y de la técnica.

Lo mismo podemos decir de obras clásicas como el Quijote de Cervantes, el Dr. Frankenstein de Shelley o las obras de un Dostojevski, quienes más allá del retrato del alma humano, también iluminan las contradicciones de determinados

momentos históricos a otro nivel de aquel que nos pueda dar la Historia entendida como disciplina académica. Y no sólo en la literatura, sino en la expresión artística en general desde un cuadro de Van Gogh a una sinfonía de Beethoven; desde las pinturas rupestres al Guernica de Picasso lo que encontramos son formas de expresión y de conciencia que nos acercan a la comprensión de la realidad más allá, y a un nivel distinto, que el inmediatamente fenomenológico privilegiado por la razón científica occidental.

Lo mismo podemos afirmar del silencio y de la introspección meditativa que encontramos en las tradiciones monásticas o en las prácticas orientales. Obviamente, al darse a otro nivel y al abordar dimensiones distintas del mismo fenómeno, la forma de validación y de consolidación de estas formas de saber y de búsqueda de comprensión de la realidad no puede ser la misma. De la misma forma que no podemos comprender un nivel sistémico a partir de la lógica de organización y de los principios válidos en otro, no podemos valorar una forma de construcción del saber y de la conciencia a partir de los criterios aplicables a otra.

## CAPITULO IV

### TRAYECTO METODOLÓGICO

*La meta define el viaje. Atrévete a buscar un horizonte más vasto, a ti te corresponde trazar el itinerario de tu viaje, este tendrá la amplitud de tu deseo.*

*Schwaller de Lubicz*

Cuando en mi práctica diaria como endocrinólogo me enfrento al problema de la obesidad y los efectos adversos que representan para el paciente, tanto en la parte biológica como psicológica, tan bien documentados en la literatura medico-científica y la carga de sufrimiento que impone a la persona que la padece, agravada por la actitud negativa hacia la obesidad que existe en las sociedades contemporáneas, e incluso dentro del mismo campo de la salud, donde la obesidad es una enfermedad autoprovocada producto generalmente de un estilo de vida poco saludable y donde el tratamiento es poco exitoso como lo demuestra el carácter epidémico que ha alcanzado a nivel mundial, necesariamente surge la inquietud de preguntarnos qué es lo que no estamos reconociendo en la obesidad que no nos permite solucionarla .

Es a partir de esta inquietud que intentare explorar otra forma de entender la obesidad, partiendo de la perspectiva del paciente obeso, buscando mas allá de lo que muestra objetivamente cual es la realidad de su enfermedad y padecimiento, en un intento de ampliar el campo natural donde está anclada esta patología como es el de la medicina y su criterio de enfermedad percibida como una realidad en sí, descontextualizada y carente de representaciones simbólicas y de subjetividad y donde lo observable y medible deja afuera la calidad experiencial del sujeto, es decir lo subjetivo del paciente el punto de vista con el cual el construye su mundo y donde la enfermedad es más que un cuerpo que vehiculiza nuestros síntomas, más que un papel que se debe asumir temporaria o

definitivamente, más que un comportamiento: **es un modo de vida**. No existe un sujeto y una enfermedad separados, sino un ser que adolece: **una vivencia singular**.

En relación con esto, como expresa el filósofo existencial Merleau-Ponty, la experiencia de la enfermedad es lo que pone en evidencia las limitaciones explicativas de las ciencias que escinden lo psicológico y lo somático y se resisten a ver en el individuo normal un sujeto encarnado, me recuerda que yo no tengo cuerpo (Körper) ("*corps objectif*") solamente, sino que también soy cuerpo vivido (*Leib*) ("*corps phénoménal*" o "*corps propre*"); me hace dolorosamente consciente de que este instrumento cuerpo (Körper) se escapa del control y de la disponibilidad, para hablar en términos de G. Marcel (1978): "*...puede ser manipulado sólo por un poder que como tal no pueda ser comprendido como instrumental... Toda instrumentalidad supone algo previo que no puede ser pensable como instrumental.*" ¿Podríamos decir otra vez con Nietzsche (2005), "Tu cuerpo vivido y su gran razón, ella no dice yo, pero hace yo?" ("*Dein Leib und seine grosse Vernunft: die sagt nich Ich, aber tut Ich*").

La enfermedad constituiría entonces una manifestación del fracaso de la corporalidad en cierta área o función. Normalmente, la intencionalidad no se dirige primariamente hacia el cuerpo, porque "*la corporalidad con el silencio que la acompaña, es ante todo una experiencia de presencia*".

Esta perspectiva humanista donde el sujeto y objeto son inseparables reconoce que no hay objeto sino es con respecto a un sujeto (que observa, aísla, define, piensa), y no hay sujeto sino es con respecto a un ambiente objetivo que le permite reconocerse, definirse, pensarse, pero también existir este es el espacio de la fenomenología-existencial, donde podrá cobrar sentido la exploración del cuerpo vivido desde la existencia y en donde será posible traducir al lenguaje verbal, la experiencia corpórea sabiendo siempre que este hablar es una tarea interminable e inconmensurable, que al enriquecer la reflexión hacia nuevas formas de interpretar el fenómeno de la obesidad, más allá del cuerpo mecánico nos permitirá una comprensión mucho más profunda y humana del sujeto obeso.

Pretendo quizás al seguir el método fenomenológico-existencial ofrecer una nueva forma de comprender una enfermedad que genera tanto sufrimiento y a

partir de la aplicación de entrevistas a profundidad aportar elementos que nos permitan comprender al hombre (Dasein) en su dimensión existencial de enfermar (obesidad), reconociendo como dice Pfeiffer (1994) que *“cuando nuestro cuerpo enferma, se ve reducido a un objeto entre objetos y se separa del mundo – con los otros (Mitwelt) - para centrarse en el mundo propio (Eigenwelt), pasa de ser un sujeto de intención a objeto de atención en el que dimensiones como la del tiempo se ven reducidas a la del tiempo de la enfermedad y la del espacio a los límites del cuerpo”*.

Por lo tanto y desde un punto de vista personal considero que cualquier intento que se haga desde la ciencia médica para aliviar el sufrimiento humano, es una motivación más que suficiente para intentarlo.

Este propósito, de recuperar el planteamiento que hace la psicología humanista–existencial, se justifica ya que nos propone que el tratamiento sea dirigido no solo a la solución de problemas sino más bien a la realización de la plena humanidad de cada individuo independientemente de sus limitaciones o sus logros.

### **Metodología de Investigación.**

Nos referimos a la fenomenología como un medio de estudio de la psique. El valor de la aplicación del método fenomenológico a la psicología reside en su poder, aun no superado, de investigar casos particulares. Se refiere a casos particulares pues tiene que ver en primer lugar con el estudio singular de la persona en situación en sus relaciones significativas, pero también con el estudio del grupo de personas con características afines. El método fenomenológico fundamenta la investigación cualitativa. La fenomenología tiene que ver con las significaciones advenidas tanto de estados intencionales de la conciencia como vivencias. El sentido de la comprensibilidad a partir de la vivencia (siempre personalizada) “va atrás” (reducción fenomenológica) hasta el principio de su presentación en la conciencia. En fenomenología esto forma parte del estudio de la constitución del significado. El objetivo del método fenomenológico es seguir paso a paso ese proceso de revelación de la esencia de cualquier interpretación psicológica de la realidad.

La verdadera originalidad del método fenomenológico consiste en el hecho de que la descripción de las vivencias intencionales equivale ya a una explicitación, dicho de otra manera a una interpretación. La fenomenología radicaliza la relación del hombre y del mundo entre sí como flujo constante de producción de sentido, marcadamente histórica e ínter corpóreo pues entrelaza varios horizontes vivenciales para darse cuenta de la mutualidad inherente a ellos.

La psicología fenomenológica clásica (o Husserliana) psicología de la primera persona evoluciona hacia la psicología fenomenológico-existencial, que es la psicología de la relación Yo-Tu, psicología en dos personas es la psicología de la correlación YO-TU.

En esta psicología existencial con su penetrante propósito de ayudar en libertad, inicia luego de la primera entrevista, no tiene sentido tomar a la persona como contenido de mi conciencia, como “objeto” (siendo yo el sujeto) que enjuicio y puedo manipular. La ayuda a verse a sí misma en el espejo de la elección, de la decisión, del cuidado de sí, según Guimaraes (2004).

El análisis existencial comprende pues el encuentro de por lo menos dos personas, en la cual una de ellas (el terapeuta) actuaría como testigo de ser del otro y como testigo comprometido. Análisis que se corresponde con el sendero de la izquierda del diagrama de los cuatro cuadrantes del psicólogo Ken Wilberg (2005), *“El sendero de la izquierda que no puede ser descrito en lenguaje objetivo, el que pregunta siempre ¿qué significa? Y de esta forma intenta llegar siempre a un entendimiento mutuo”*.

### **Método Fenomenológico**

Es conveniente enfatizar que la noción de método tiene una acepción particular en fenomenología, entendida como un modo de la conciencia de cuestionar su objeto de estudio. En una palabra, el método fenomenológico es un modo del preguntar para el filósofo Osorio (1998).

El enfoque fenomenológico pretende ser fiel solo a los fenómenos para poder así develar su significado pero no se queda en la mera verbalización sino que vuelve a la clínica y ayuda a comprender lo hasta entonces incomprensible a reordenar lo confuso y disperso y más de alguna vez a resolver contradicciones

que parecían insolubles. La aplicación del método fenomenológico permite observar y vivir la realidad en lo que posee de esencial, en su evidencia radical en su sentido pleno.

Martínez (2004), plantea que siempre que se parta de un inicio sin hipótesis se trate de reducir al mínimo la influencia de las propias teorías, ideas e intereses y se haga un gran esfuerzo por captar toda la realidad que se presente de manera vivencial a nuestra conciencia, estamos en la orientación fenomenológica.

La secuencia de las etapas y los pasos de la metodología seguida se fundamentan en el método diseñado por H.Spiegelberg, señaladas por Leal (2005), que consisten en cinco fases:

**Fase 1.-** Descripción del fenómeno: el investigador describe el fenómeno con toda su riqueza sin omitir detalles, su discurso no es riguroso, puede hablar en primera persona.

**Fase 2.-** Búsqueda de múltiples perspectivas: el investigador no solamente toma en cuenta las opiniones de los sujetos de estudio, sino también la visión del fenómeno por parte de agentes externos o personas involucradas, además de su propia opinión sobre el fenómeno; cabe resaltar que la perspectiva que presenta el investigador es sobre el fenómeno de estudio y no una crítica sobre las opiniones emitidas por los otros participantes.

**Fase 3.-** Búsqueda de la esencia y la estructura: es este proceso se organiza la información a través de matrices para ser contrastadas de manera que emerjan las semejanzas y diferencias sobre el fenómeno de estudio.

**Fase 4.-** Constitución de la significación: una vez organizada la información e identificadas las semejanzas y diferencias se facilita la constitución de los significados, que los sujetos de estudio tienen con respecto al fenómeno.

**Fase 5.-** Interpretación del fenómeno: después de haber seguido este procedimiento el investigador tiene todos los elementos para hacer la interpretación que le permita comprender la realidad de estudio; es importante señalar que este proceso está presidido por la epojé o suspensión de juicios; colocar provisionalmente “entre paréntesis” teorías, supuestos, preconceptos, prejuicios en relación con otra persona en situación de ayuda.

Los participantes fueron seleccionados en un grupo de personas del sexo femenino mayores de 20 años que asistían a una academia de bailoterapia ubicada, en la ciudad de Valencia Venezuela, a las cuales se invito a participar en el estudio, explicándoles el interés de la investigadora en comprender sus experiencias en relación a su peso. La muestra intencional, no probabilística quedo conformada por (cuatro) personas que aceptaron espontáneamente ser entrevistadas.

También se les realizo una entrevista a profundidad a tres sujetos del sexo femenino no obesos que asisten a la academia de bailoterapia denominados agentes externos que aportaron sus vivencias en relación con el problema de la obesidad. El estudio de diseño cualitativo se realizo para comprender los significados interpretaciones y experiencias vividas por los participantes a través de la aplicación de entrevistas a profundidad realizadas por el investigador.

Se lleno una forma de consentimiento informado, especificando que la confidencialidad seria respetada durante el proceso de información y del reporte final. Ver anexo (A)

## **Etapas Descriptiva**

### **La Entrevista Fenomenológica**

Es un recurso para buscar en el discurso de los sujetos los significados atribuidos por ellos a la experiencia vivida, frente a una determinada situación. Por su discurso habla el hombre, manifiesta su propia existencia, afirma Heidegger (1927), y sostiene que “*ser humano es ser interpretativo*”. Un recurso básico para la comprensión del hombre es el lenguaje el análisis del lenguaje permite comprender los significados atribuidos por la persona a la situación vivida. El discurso como una organización de pensamiento por el lenguaje se constituye en **un modo de ser humano**, o sea por su discurso el hombre manifiesta su propia existencia.

El objetivo no es coger informaciones listas sino sorprender lo vivido en el presente a través de la cuestión orientadora. El investigador actuará como facilitador de acceso a lo vivido, lo que es fundamental en la investigación



fenomenológica. No considera a los sujetos como proveedores de información, sino como colaboradores que piensan lo vivido junto con el investigador.

La relación investigador-sujeto debe tener como soportes la colaboración y la participación. Es un ver y observar a partir del tiempo del narrador lo que significa captar su subjetividad su manera de vivencial al mundo. La entrevista se inicio con una pregunta orientadora sobre el problema ( obesidad) dejando que la conversación fluyera libremente, la duración de la primera entrevista fue de una a dos horas por participante, haciéndose nuevos contactos para ir profundizando en el fenómeno en estudio. La entrevista se desarrollo en un ambiente tranquilo cercano al sitio de la academia de Bailoterapia.

### **Procedimiento para Análisis Fenomenológico de las Entrevistas**

Se realizo una transcripción de forma textual, sin interpretaciones (ipsis verbis) de la información recogida manualmente en cada entrevista. (Descripción protocolar).

Los interrogantes iniciales que como investigadora me hago del fenómeno en estudio de la primera sesión fueron: ¿Cuál será el significado que tiene la obesidad para el sujeto que sufre esa condición?, ¿El cuerpo del sujeto obeso tiene un significado distinto al del sujeto no obeso?, ¿Cómo siente su cuerpo el sujeto obeso?

Las subsecuentes a estas interrogantes, partieron de los elementos de sentido expresados por los participantes en sus relatos, y las de las siguientes sesiones surgieron de la necesidad de profundizar en aspectos relevantes mencionados por ellos mismo durante el desarrollo de cada una de las sesiones de entrevista, seguido de un análisis fenomenológico donde se identificaron las unidades de sentido, los respectivos códigos y categorías, para poder entender e interpretar la naturaleza y dinámica del fenómeno en estudio. Ver anexo (B).

Para la realización de esta trabajo se siguió un proceso sistémico de seleccionar, diagramar y dividir el material conforme a tópicos y temas claves (filtro epistémico) para mirar a todos los contextos dentro de contextos, que estructuran los valores internos y los significados algunos explícitos (que requieren entendimiento) y otros, implícitos (los que requieren investigación), de

los sujetos en estudio. En este procedimiento se tomó en cuenta la visión de personas (agentes externos) vinculadas a los sujetos de estudio, que pueden ayudar a la comprensión del fenómeno. Ver anexo (C)

Para la descripción de los resultados se elaboró la estructura situada a partir de la experiencia del sujeto en la búsqueda del significado singular, siempre entrelazado a la universalidad del vivido, una revelación de la existencia o facticidad según Moreira (2004), y por último la conclusión y discusión de resultados se dio a la luz de la teoría o espítome derivado.

## CAPITULO V

### ENTREVISTAS

#### Descripción Protocolar

Taylor y Bogdan (1992), conciben la entrevista en profundidad como un “*método de investigación*” cualitativo, en tal sentido entienden como entrevista cualitativa en profundidad los “*encuentros reiterados cara a cara entre el entrevistador y los informantes, encuentros estos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias, o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras*”. Como característica de la entrevista en profundidad señalan que es flexible, dinámica, no estructurada, no estandarizada y abierta.

La entrevista en profundidad sigue el modelo de una conversación entre iguales, no es un intercambio formal de preguntas y respuestas. El entrevistador reposa exclusiva e indirectamente sobre los relatos de otros; formula inicialmente preguntas no directivas y aprende lo que es importante para los informantes antes de enfocar los intereses de la investigación. Asimismo los autores antes señalados sostienen que: “*el sello de las entrevistas cualitativas en profundidad es el aprendizaje sobre lo que es importante en la mente de los informantes sus significados, perspectivas y definiciones; el modo en que ellos ven, clasifican y experimentan el mundo*”.

Del mismo modo Ruiz e Ispizua (2001), conciben la entrevista en profundidad como una “*técnica de investigación cualitativa, la cual consiste en “obtener información” mediante una conversación profesional con una o varias personas para un estudio cualitativo de investigación*”.

Los autores señalan que la entrevista en profundidad toma la forma de relato de un suceso, narrado por la misma persona que lo ha experimentado y desde su

punto de vista, la entrevista en si es el contexto en el cual se elabora ese relato y crea una situación social para que pueda tener lugar, y en ese relato el entrevistador desempeña el papel de facilitador o “mayéutico”.

En el desarrollo de la entrevista el investigador va acercándose al núcleo de la experiencia y del mundo del entrevistado trazando círculos concéntricos cada vez más reducidos, que mediante un proceso de elecciones ininterrumpidas se va desplazando en el tiempo y el espacio simbólico de este. La estructura que poco a poco se va imponiendo en la conversación como una especie de marco de referencia dentro del cual, cobran sentido no solo las respuestas sino las mismas preguntas es una guía de conversación, flexible y sometida a cambios continuos como resultado de la propia conversación. De acuerdo a esta dinámica, se realizaron cuatro entrevistas por cada sujeto de estudio, con un mínimo de duración de dos horas cada una.

### ***Sujeto N.L.***

Mujer de 26 años. Licenciada en Contaduría Pública. Su problema con la alimentación se hace evidente a partir de los 12 años, con la entrada al bachillerato.

*“Recuerdo mi infancia con mucha alegría, mi mamá, -hasta el cuarto grado-, estudiaba conmigo y también jugaba. Mi papá me hacía el vestuario para los actos culturales. La abuela de mi mamá es india y mi abuelo paterno, italiano. Los problemas que recuerdo eran económicos, pero siempre teníamos ayuda de los amigos y vecinos para solucionarlos. Vivíamos en La Campiña, una comunidad cerrada en Naguanagua, donde todos nos conocíamos.*

*En las celebraciones, la celebración era la comida. Mi mamá cocina muy sabroso, se comía muy rico, con muchas salsas y frituras, a mi papá le encantan, lamentablemente, no tan saludables.*

*En la adolescencia mis padres me dieron un poquito más de libertad, tenía doce años me iba y regresaba caminando del liceo y entonces comía muchas chucherías en los kioscos.*

*En esa época lo peor fueron los niños del liceo, se metían conmigo por el hecho de ser gordita, era un ambiente hostil. Yo les hablaba a mis amigas de un muchacho que me gustaba y ellas se comenzaron a burlar de mi y se lo dijeron al muchacho que*

*era de cuarto año de bachillerato, se corrió la voz por todo el liceo, me retraje mucho, no había apoyo de los profesores, una de las profesoras me decía Camioncito, perdí ese primer año.*

*Gracias al apoyo de mis compañeros de primaria que no me dejaron caer en el precipicio me apoyaban y respetaban.*

*Mi papá me hizo entrar en razón, me dijo que era decisión mía si quería estudiar o trabajar, ellos estaban haciendo un gran esfuerzo para enviarme al liceo. Mi papa es una persona que no tiene miedo, se hace respetar, no tolera las injusticias y pelea por lo que quiere.*

*Me cambiaron de colegio y yo cambié, me hice respetar, era muy buena alumna y conseguí amigos, (pero) me volví prepotente.*

*En el tercer año fui candidata y gané la dirigencia estudiantil, eso fue algo cómico, en realidad había ganado por error, pues la otra candidata era de mi mismo nombre. Los votos eran para ella, como yo era buena alumna el profesor me dejó ganar. Me di cuenta que tenía muy pocos amigos. Para mí, esa época fue la era del hielo, del látigo, de la indiferencia.*

*En el acto de graduación del ciclo básico de bachillerato de ese año, cuando se firman las camisas, muy pocos compañeros firmaron la mía. Eso me hizo sentir muy mal, reflexioné y me propuse cambiar en los próximos años -4° y 5° año-, a ser más extrovertida, más amiga.*

*El primer día de clase de cuarto año, llegué y me presenté a los alumnos nuevos. A mi mejor amiga la conocí ese día. Sin embargo, me seguía sintiendo extraña en la relación con los muchachos, cuando mis amigas se reunían para hablar de chicos, yo no participaba.*

*Me gusta comer mucho, sobre todo dulce, necesito sentir algo rico en la boca. Mi lengua como que piensa en chocolate, me gusta picar mucho.*

*El afecto es importante para sentirme querida, mi mamá me decía que tengo que cambiar, me entrego mucho en mis relaciones. He madurado mucho, cuando estoy angustiada o triste, pongo mi mente en otra cosa.*

*En mi casa no hay secretos, hablamos de todo y nos contamos todo, claro, hay cosas que no hablo con mis padres, sobre todo por respeto, -por ejemplo-, situaciones en que he hecho cosas malas, como ir en una ocasión a un sitio sola con*

*mi novio, eso no es bien visto en mi casa. Esos temas los hablo con mi mejor amiga. Tengo más confianza para hablar con mi mamá -sobre cosas de mujeres-, que con mi papá, pero hay un problema en la conversación porque me parece que ella no toma en serio cosas que son importantes para mí, lo toma a broma, eso no me gusta.*

*Por norma, en mi casa íbamos de la escuela a la casa. La primera vez que dormí fuera, fue en casa de una amiga, tenía 18 años. Me acostumbré a no salir, ahora salgo más. Mi salida preferida es ir al cine con mis amiguitos, no salgo de rumba a bailar, no me gusta*

*Mis experiencias sentimentales han sido malas, los chicos siempre quieren otra cosa. En parte culpa mía, yo me mostraba como no soy, más sensual, juegos de doble sentido, para atraer a los chicos, eso lo aprendí en la televisión y con las compañeras, ya no hago eso no estaba bien.*

*Tengo desconfianza en mi misma, creo que no les gusto como soy. En realidad no me gusta mi aspecto físico, sobre todo, tengo las piernas muy gordas.*

*El primer novio lo tuve a los 23 años, la relación duró ocho meses; me abandonó cuando aumenté de peso, ¡qué tristeza! Me consolaba comiendo rico y después me sentía culpable.*

*Soy muy radical en mis relaciones, cuando algo no es correcto, aún cuando me guste el muchacho, término y no hay vuelta atrás. Eso me lo enseñó mi mamá. Me advierte sobre ese tipo de relaciones, mi mamá odia a la gente que me hace algo, se vuelve una furia.*

*No me siento cómoda con los muchachos, ¡uy!, lo dije.*

*Hace poco, como un mes (mayo 2009), entendí con la práctica de la metafísica que puedo tener voluntad y fuerza para perder peso, que Dios me da las herramientas. La motivación actual para adelgazar es sentirme bonita conmigo misma, bien, tener ropa bonita. Estoy haciendo dieta y mis hermanitas (morochas) y mis padres, vigilan la dieta, están pendientes de mí, me quieren.*

*Yo sé que la responsabilidad es mía, antes les exigía a mis padres que tenían que comprar las cosas de dieta. Yo pienso que lo rico hace daño, no es sano.*

*Realizo la práctica metafísica de la voluntad. Voluntad es hacer conciencia de las cosas, aceptarlas sin ansiedad, porque la ansiedad es represión y no*

*aceptación. Es sencillo, pero difícil en el mundo actual. Estoy cumpliendo mi dieta, salgo con mis amigos y ellos respetan mi dieta, no me presionan para que coma.*

*Me estoy graduando de licenciada en contaduría pública, eso me hace sentir como flotando, ligera, me quita un peso de encima, estoy feliz, lo logre. ¡Una meta cumplida!, estudiaba y trabajaba, por eso no me gradué antes, era fuerte.*

*Mis proyectos futuros son sencillos y concretos; conseguir un trabajo estable con un buen salario que me de seguridad económica y crear una familia. Lo más importante para mí es crecer personalmente, evolucionar como amiga, madre. Tengo que hacer el presente porque es lo que va a crear el futuro.*

*Para formar una familia lo primero es tener estabilidad económica, ser independiente, que mi esposo y yo podamos mantenernos, y que sea una relación basada en el respeto y la comunicación. Para mí, la comunicación es muy importante; que lo oigan a uno, que lo tomen en cuenta. A mí me gustaría tener una familia como la mía, donde halla mucho amor”.*

### **Sujeto M.C**

Edad: 53 años. Casada con dos hijas. Hija de madre venezolana y padre hindú de Santa Lucía. Licenciada en administración. No ha trabajado fuera del hogar. Su problemática con la alimentación se hace evidente a los 42 años, correspondiendo con la muerte del progenitor.

*En la época de uno, los padres eran estrictos, no como los de ahora, todo era escondido, esa confianza, esa cosa no lo había con los padres de uno. Durante mi adolescencia todo era no, tú no podías salir, todo estaba prohibido, salía escondida, y después de la niña era peor: “tú tienes una hija, dependes de mí”, pura crítica, tú eres la mala de la película y ellos son los mejores del mundo.*

*La relación con mis hermanas era pésima, ellas decían que era adoptada. Me parezco a mi papá, era rebelde, respondo siempre; yo salía, conversaba con la gente, era la más “salida”.*

*Mi papa era hindú, nacido en Santa Lucía, colonia inglesa. Papá era machista y troglodita. Para él, la mujer es para la cocina, metida en la casa. Cuando nací mi papá quería un varón. Para los hindúes los hijos varones son lo mejor.*

*Es bonito tener apoyo, uno no es nada para juzgar al otro, no tengo apoyo familiar, no comparten conmigo nada. Actualmente, si voy a Puerto la Cruz (donde viven ellos), me quedo en casa de una amiga o en un hotel: ¿qué vas a hacer en un sitio donde no te sientes querida? Podemos compartir sobre las cosas diarias, hablar de tonterías.*

*Yo pienso que a uno tienen que preguntarle qué vas a hacer. ¿Qué importa lo que la gente diga? Es lo que tú pienses lo que vale, a mi esposo le critico cuando no me pide opinión, que no te tomen en cuenta, eso es lo que molesta, ¿acaso estoy pintada?*

*A mi me gustaba la cocina y cocinaba con mi mamá los fines de semana. Él se reunía con sus amigos y estaba feliz. Yo sentí siempre esa separación con mis hermanos, mi papá decía que yo era bruta, que no podía estudiar ciencia.*

*La Navidad era una fiesta con mi mamá, cocinábamos y estaba feliz. Cuando a ti te gusta algo, tú te liberas ahí, no me molesta compartir con las personas, mi casa tiene las puertas abiertas para el que quiera.*

*En mi casa no se celebraban los cumpleaños, mi mamá era lo que el marido decía; ella se casó a los 15 años y prácticamente él la educó, hasta la enseñó a cocinar. A veces nos reuníamos para comer en silencio, no se podía opinar ni hablar, es lo que decía mi papá y punto.*

*Pasó que a los 24 años salí embarazada, sin casarme. Una piensa que la familia lo va apoyar, está bien, cometiste un error, pero sólo (tuve) la crítica destructiva. Apoyo era lo que yo quería, escondida en el cuarto para que nadie me viera. La alimentación pésima. Eso me afectó mucho.*

*Yo a mi mamá no se lo perdono, los hijos son de uno, el marido no. Es de sabio rectificar, yo acepté con responsabilidad que me equivoqué y lo pagué con creces, pues mi hija no se crió conmigo. Mis padres asumieron la crianza y no me preguntaron, no pude participar. Mi papá la adoptó en contra de mi voluntad. Mi mamá decía que no me la estaban quitando y que ellos estaban haciendo lo correcto y yo era la equivocada.*

*En aquella época era un horror salir embarazada sin casarse, ahora no, por lo menos para mí, los hijos son los hijos; para mí en ese momento el terror, que cómo se te ocurre, nadie me podía ver, ningún apoyo, mi mamá prefería a su hombre, aún*



*cuando dicen que uno es la copia de lo que vive, yo no le haría nunca a mi hija lo que me hicieron a mí, ella tiene que salir, tú no le puedes poner un grillete. Yo siempre me cuidaba, esta barriga no la tenía, siempre fui delgada, aún con los embarazos.*

*Después del parto seguí viviendo en mi casa, la situación siguió igual, yo era un cero a la izquierda; ellos eran los que sabían, uno está ahí porque para dónde va a agarrar, yo seguí estudiando, me gradué. Me casé cuando la otra niña tenía cinco años, no tuve más relación con mi primera pareja, ese “c... ya murió.*

*Un cero a la izquierda con la crianza de mi hija, que le dicen que yo la abandoné. Cuando me casé no me la pude llevar, me decían que era una malagradecida, que mi mamá estaba allí, cuando mi mamá muere, tampoco, la cuidaba una hermana y mi papá, que le metieron en la cabezota no sé. Mamá es mamá, yo no participo de nada, qué va a decir ella: “mi mamá no está, no le importa mi vida”.*

*Cuando muere mamá, se termina de acabar la unión familiar. Tenía 31 años, estaba casada, y con otra hija, Mayra, de cinco años.*

*Cuando pasa el tiempo y haces una recopilación de todas las cosas te das cuenta de las carencias, (cumpleaños, fiestas). Uno no está traumatizado, no me voy a deprimir, si no me deprimí antes, menos a estas alturas de mi vida, me paro, me sacudo y pa’ lante, no tengo envidia. Los padres siempre tienen preferencia.*

*En religión, aún cuando sólo estamos bautizados en la iglesia católica y no somos practicantes, yo creo en algo.*

*Me gusta el súper peligro en las relaciones, conoces a una persona, sales embarazada, aunque yo digo que tú realmente no conoces a la persona. Es arriesgado casarse con una persona que viene de dos divorcios. Me casé embarazada y me dediqué a cuidar de mi hija y mi esposo, no era fácil, él venía de dos divorcios.*

*Había que cuidar la relación por eso no ejercí mi profesión de contadora. Hemos sido los dos para todo, más para lo malo que para lo bueno. Él dice que yo lo tengo sometido, metido en brujerías. Uno tiene que reconocer cuando las personas se equivocan. Problemas económicos, había dinero sólo para los niños, creo que todo el mundo piensa así. Uno lo hace para guiarlos, les das herramientas, mi hija ha sido inteligente porque las ha agarrado, le he dado educación y confianza hasta ahora creo que no me he equivocado.*

*No he pensado en el amor así como tal. Amor, claro que existe. Aparte de que el embarazo lo marca a uno, claro que era amor. Además lo enfocas a cualquier persona que te atrae, que puedes conversar contigo, uno siente que esa persona lo quiere a uno y uno siente que esa persona siente lo mismo, que hay comprensión, confianza, ¿pero qué pasa?, sales embarazada y la reacción de esa persona es que “tú eres mayor de edad con cedula de identidad”, a ti se te va todo; más nunca lo quise ver, inclusive, llevaba regalos y yo se los votaba, quiso reconocer a la niña y yo le dije que no, no de una sola vez, no hay vuelta atrás.*

*Nosotros somos tan complejos, hay que aprender a vivir. Pasa todo eso. Melisa se crió con mi papá, y mis hermanas se encompincharon con mi “ex”, pasaron por encima de mí; y mi hija Melisa quiere conocer a su papá, eso me puso más brava.*

*Ella hizo amistad de amores y besos con su papá y yo sin enterarme. Uno cree que tiene la razón y no te la dan. Cuando el tipo se muere mi hija me llama y me dice “se murió fulanito” y yo le dije “¿y?”. Mi hija no se molestó porque ella sabe mi posición. ¿Cual posición? Ahora resulta que yo soy la mala de la película y el tipo es lo máximo.*

*En el 2000, con una foto en diciembre, no me había sentido la barriga, no me veía en el espejo, no quería, no lo había asimilado, cuando me vi en la foto. ¡Qué horror! Esa soy yo. Tenía 42 años cuando murió mi padre, la ropa no me quedó. No creo que tenga problemas de tiroides, menopausia, ni estrógenos. Cuando me vi en la foto me sentí horrible, con rabia.*

*Uno empieza a buscar las fotos de antes y ve que parece una cochina. En bailo terapia, una de las compañeras comentó que ella parecía una cochina, lo repetía y repetía en la conversación. Aquí la única que esta pasada de kilos soy yo, pero yo no me considero cochina. Todas pasamos aquí de los 50 años, eso hace que el metabolismo cambie. Cambia con los años, no puedo comer como cuando era chama, comía a cualquier hora cualquier cantidad de comida, si ahora como así, ruedo.*

*En el año 2006, cuando me mudé de la casita a la nueva casa, cambió mi forma de vida. Engorde no, ¡cambió mi forma de vida!. Vives metida en la casa, amistades no tengo, es un solo circulo, metida en la nevera y el televisor, más nada.*

*Mi vida gira alrededor de la cocina, amistades no tienes, ¿con quién conversas metida en la cocina? inventas comidas.*

*Ahora me liberé, desde que me metí aquí en bailo terapia en 2006, tengo otra forma de pensar, veo las cosas de otro modo. Las cosas mejoraron, la economía, la hija creció, voy a pensar en mi, qué estoy haciendo conmigo, ya puedes invertir en ti, si tienes cinco bolívares los puedes usar en ti, ya estas maduro, pero ves los resultados de tanta espera, no estás limitado, las cosas mejoraron, el trabajo de mi esposo todas esas cosas influyen en tu personalidad; ¿qué es lo más fácil para ti entonces? hartarte de comida, muchas veces. Ya el organismo no es igual, no tienes el mismo metabolismo, no estás comiendo lo que debes comer.*

*Te puedes comprar tu carro nuevo, ir al restauran si quieres. Yo entre aquí a bailo terapia y no usaba bluyín, entrar aquí me ayudó en todo; el ambiente, veo a otras personas, otras cosas, uno cree que los problemas de uno son los peores y no es así, me la paso quejando y me doy cuenta que no tengo problemas, la rutina de pagar la luz, el agua etc., no me voy a morir por eso y mañana será otro día*

### ***Sujeto L R.***

Mujer de 59 años. Venezolana de nacimiento. Hija adoptada, es la menor de diez hermanos (cinco hembras y cuatro varones) adoptados también. Progenitores biológicos, desconocidos por ella. Madre venezolana, maestra. Padre, italiano, técnico superior en metalúrgica. Casada con dos hijos. Técnico superior en administración.

*Me gusto mucho la idea de la propuesta del estudio en base a conversar sobre el problema del peso, porque la verdad, es que ningún médico le pregunta a uno nada de su vida, y eso para mí es muy interesante, una propuesta diferente que te va ayudar con tu problema.*

*Soy hija adoptiva, yo soy la última de 10 hermanos, todos adoptivos. Mi infancia fue feliz, era la consentida de la familia por ser la hija menor, éramos todos muy unidos, una familia unida con principios de solidaridad de compartir.*

*Mis padres nos dieron muy buen ejemplo, eran muy trabajadores, nos enseñaban la importancia de ser alguien en la vida, estudiar para ser profesionales,*

*mi mamá, que era maestra, hasta en vacaciones nos ponía a estudiar. Los días de fiesta en esa época eran inolvidables, mi mamá nos hacía el vestuario.*

*En mi familia el compartir y el dar, eran importantes. No era indispensable acariciarse y besarse para expresarse afecto, el más expresivo con las mujeres era mi papá, mi mamá era más dura, era muy activa políticamente, hizo una gran labor social; a mí no me gustaba eso, me parecía que le quitaba tiempo para estar con la familia. Eran católicos, practicantes estrictos, mi mamá supervisaba la asistencia a la misa.*

*Me mimaban y yo era la más rebelde, quizás, porque mi educación fue muy estricta, mucha disciplina, me controlaban las amistades, los estudios, antes le planificaban la vida a uno, no como ahora.*

*A la edad de 12 años me envían a estudiar interna en Valencia el primer año de bachillerato, Reconozco que yo fui igual, o peor, que mis padres con la educación de mis hijos, muy estricta.*

*En mi época, yo era una adolescente zanahoria, la apariencia personal ha sido para mí sumamente importante, me he cuidado toda mi vida de verme bien, no entiendo a mis compañeras de trabajo que se jubilaron y se descuidaron, están irreconocibles. Ya en esa época el estar flaca era una moda. Varias de las hijas de amigas de esa época han tenido problemas de alimentación, inclusive, anorexia. Mi hija es gorda pero yo no soy obsesiva con eso, yo sé lo que es estar gorda, he padecido eso toda mi vida.*

*A la edad de 16 años me mudo a Valencia con mi hermana mayor cuando ella se casa. El cambio de ciudad fue horrible, repetí tercer año, estaba muy triste por la separación de la familia y los amigos, aunque me adapte rápido, joven al fin. Ahora me adapto menos, soy exigente, pongo condiciones, esto me parece un cambio positivo, ahora pienso más las cosas antes de decidir, la comodidad es importante, ya la etapa de pasar roncha está superada, eso de salir a pasar trabajo tiene su momento, hay que quemar etapas.*

*A mi papa le diagnostican cáncer de hígado y también se muda a Valencia, el grupo familiar cambió, tuvimos que separarnos. Terminando mi bachillerato muere mi papá, no pude asistir a la celebración del grado de bachiller, estaba de luto. Ingrese a estudiar en la universidad a los 18 años y comencé una relación de*

*noviazgo con mi actual marido, yo pienso que él llenó el vacío que dejó mi papá, tan es así que le digo papi. A los 20 años me embarazo sin estar casada. Cinco meses después me case escondida y le informé a mi mamá que estaba embarazada y me fui de la casa a vivir con mi esposo. Asumí mi embarazo con valentía y nunca tuve miedo. Asumo siempre las consecuencias de mis actos y no tengo miedo. Mis amigas me apoyaban. Mi mamá lo aceptó, me enfrenté con los reclamos de mi hermana mayor que es como mi mamá; mis hermanos, sin embargo no me cerraron las puertas me apoyaron porque los dos éramos estudiantes.*

*Aumenté 20 kilos con el embarazo, estaba gordísima, después del parto entré en crisis, me volví anoréxica. Me llevaron al hospital porque me deshidraté, así que me controlé y alcancé 53 kilos de peso. Con mi segundo embarazo no aumente tanto. Yo no les di de mamar a mis hijos, puro tetero, tenía miedo, creía que me iba a doler.*

*La relación con mis hijos ha sido buena, mejor con el varón que con la hembra, cuando mi hija estaba pequeña no la veía casi, tenía que trabajar duro, mi esposo todavía no se había graduado, actualmente mis hijos ya se graduaron y los dos son exitosos en su ejercicio profesional.*

*Los primeros años de matrimonio fueron los más difíciles, mi papi estaba estudiando y yo trabajando, no disfruté a mi hija pequeña, estaba en la guardería todo el día y yo la recogía en casa de mi hermana cuando regresaba del trabajo a las 10 de la noche.*

*Los estudios posdoctorales los hizo mi papi en Londres y nos fuimos a vivir allá y dejé de trabajar por tres años, pude dedicarles más tiempo a los hijos y la familia.*

*La relación con mi esposo, en general, ha sido buena, con sus altos y bajos como todo el mundo. Creo que nos ayudó mucho para mantener la relación, compartir el ambiente laboral. Ahora, después de tantos años de matrimonio, tenemos una relación como de hermanos, yo diría, más tranquila. A mí que nadie me diga que después de tantos años de matrimonio la relación no se vuelve rutinaria, conoces todo del otro hasta sin hablar, bueno, todas las cosas tienen su momento, él ya va a cumplir 70 años, yo creo que yo he ido quemando etapas y pienso que eso es importante, sino te quedas atrás.*

*Cuando tenia 43 años salí embarazada y a los cuatro meses de embarazo aborté, fue una experiencia traumática, me informó el médico ecografista “aquí no hay nada que hacer, el muchacho está muerto, la naturaleza es sabia”, desde ese día lo odio, todavía me acuerdo y me altero, eso me marcó, me lo dijo duramente y estaba sola.*

*A los 45 años me hicieron una histerectomía simple y recibí terapia de sustitución hormonal por cinco años aumente aproximadamente 10 kilos y después seguí engordando eso echo a perder mi vida.*

*Mi ejercicio laboral fue algo bonito, un disfrute total, me identifiqué y quise mi trabajo, tuve muchas satisfacciones y fui líder en mi sitio de trabajo, mi temperamento es extrovertido, practico, soy hiperquinética, trabajo sin horario, me llevaba el trabajo para mi casa.*

*Ahora estoy jubilada, y todo el mundo me extraña en mi sitio de trabajo, tengo muchas puertas abiertas, me llaman para que regrese pero yo me niego, esa etapa se cumplió, le dediqué mi vida, pienso que me perdí muchos momentos con la familia por el trabajo, pienso también, que no me desarrollé más profesionalmente, porque tuve que trabajar desde los 18 años. Pero en el ejercicio laboral tuve muchas satisfacciones, trabajé con dedicación y responsabilidad.*

*Después de la jubilación me dedique a viajar y a comer, mi papi y yo toda la vida nos ha encantado salir a comer , compartir socialmente, eso me ha hecho engordar muchísimo, llegue a pesar 100 Kg., por eso, hace un año decidí operarme.*

*No pienso regresar al trabajo, me llaman para que colabore, pero ni así, perdí muchos momentos familiares, ahora disfruto a mis nietos.*

*Yo me he cuidado toda mi vida para no engordar, desde que nací tengo tendencia a ser gorda, aunque te digo que para hacer dieta se necesita dinero, las comidas de dieta son caras y ahora más.*

*Hacer dieta no es como comer poco sino comer bien. Yo soy adicta a los carbohidratos, sobre todo en la tarde y en la noche y ahora, después de la cirugía del estómago, más. Siento mucha ansiedad por comer dulces y la ansiedad me da hambre. Yo dejé de consumir azúcar refinada hace 28 años cuando viví en Londres por tres años, en mi casa hay cajas de esplenda.*

*La gente comenta que lo que engorda son los carbohidratos. Los carbohidratos se comen más, son los más baratos, pasta, arroz, papas, yo no como pasta, no me gusta, pero si me encanta el pan.*

*A mi me gusta cocinar y quiero comer sin cuidarme, toda la vida en eso, por eso me operé. Durante la adolescencia, yo y mis amigas tomábamos todas las pastillas que decían servían para adelgazar, las vendían sin receta, después que me casé me relajé un poco.*

*No rebajar rápido después de la operación me pone ansiosa, he perdido 18 kilos en un año, pero siento que estoy estancada, sigo comiendo con disciplina, pocas cantidades, desgrasado, descremado, me siento impotente, esas situaciones en que no resuelvo, me ponen ansiosa y yo creía que iba a poder comer de todo, la ansiedad me da hambre, digo ansiosa y no nerviosa. Yo soy tranquila tomo las cosas con calma.*

*Hace poco me conseguí con el médico que me operó, le dije que estaba pensando en una segunda operación, que mi estomago estaba aumentando, el comentó que sería por la sutura. Lo que si no haría nunca es cirugía de la cara, eso no me gusta, me cambiaria mi expresión. Mi medico dice que soy mala conducta, que salgo mucho.*

*A mí me gusta escribir sobre los momentos importantes de mi vida, siempre he llevado un diario, pero sólo de una manera más formal desde hace tres años, me gusta leerlo para revivir esos momentos, así como ver fotos, la tecnología de los videos no me gusta para nada.*

### **Sujeto M. E F.**

Edad 55 años. Venezolana. Es la mayor de cuatro hermanos (tres hembras y un varón). Economista. Hija de padre colombiano y madre venezolana. Diagnosticada de obesidad a los 35 años por un psiquiatra.

*Yo soy la mayor de cuatro hermanos -3 hembras y un varón-, desde que nací fui la más gordita de todos y la familia me llamaba gordita por cariño. Mi infancia fue difícil, teníamos problemas económicos, mi papá era de nacionalidad colombiana y la familia adinerada de mi mama no lo aceptaba, no tenía dinero. Nos mudamos muchas veces, recuerdo a mi mama llorando, eso me molestaba, en cambio*

*yo admiraba a mi papa, era para mí perfecto, responsable con la familia, centrado en el trabajo, me exigía mucho por ser la mayor, debía dar el ejemplo, era como su hijo varón.*

*En la escuela era muy tímida, mis compañeras me llamaban “Tristán”. Esos años fueron difíciles, la falta de dinero me hacía sufrir humillaciones por parte de mis compañeras. Para la graduación de bachiller no tenía el dinero para el anillo ni para la fiesta. A los quince años mi papá, fabrica un producto automotriz que es muy bien acogido a nivel industrial, eso le trae éxito económico, se convierte en empresario, el mundo cambió para nosotros.*

*Mi papá para celebrar, imagínate que felicidad, nos llevó a una tienda de ropa y compramos todo lo que nos dio la gana, también nos mudamos a una quinta en una zona residencial. Cuando cumplí quince años la celebración fue espectacular, una fiesta para presentarme en sociedad por todo lo alto. En ese tiempo no me sentía gorda sino rellenita, les gustaba a los chicos, no me preocupaba el peso.*

*A los 17 años, ingreso a la universidad a estudiar economía, mi papá me regala un carro, pocos alumnos tenían carro para ir a la universidad, eso llamaba la atención. Me gradúo de economista a los 23 años, hago algunas pasantías por empresas y luego comienzo a trabajar en la empresa de mi papa.*

*A los 17 años me hago novia del joven que perfecto, era el amor de mi vida, me encantaba su apariencia física, se veía impecable con su ropa combinado, pulcro. Mi papa se llevaba muy bien con él, la opinión de mi papa era muy importante para mí.*

*Su mama fue la primera que me dijo que tenía las piernas muy gordas, me inscribí en un gimnasio. Lo que nunca me gusto eran mis senos, eran muy pequeños, soñaba con tener el dinero para operármelos, fue un sueño realizado cuando me puse las prótesis mamaria, de eso hace tiempo, ya tengo que retocarlas.*

*A los 24 años nos casamos, mi papá, se llevaba muy bien con él. A los 18 meses de casados, mi esposo me fue infiel con una jovencita de 17 años, tenía 5 meses de embarazo, entré en crisis, no dormía, sentía que mi cuerpo flotaba, me divorcio. Para mí, la fidelidad es sinónimo de amor. Vivíamos en la misma casa en cuartos separados, nace mi hija.*



*Asisto por primera vez, en busca de ayuda, a la consulta de un médico psiquiatra, me hace un diagnóstico de obesidad, peso 66 Kg. Hago dieta para tener un cuerpo delgado, sentirme bien, rejuvenecida. Debido a la intervención de papá, me reconcilio con mi esposo y nos casamos de nuevo. Nos vamos a vivir al extranjero por cinco años, regreso y salgo de nuevo embarazada a los 31 años. Cuando supe que era varón ¡que felicidad! Durante el embarazo, aumenté 17 kilos, me sentía muy gorda, hago dieta para perder peso. Mi esposo me es infiel nuevamente con una jovencita, siento que no me quiere, me divorcio.*

*A los 38 años tengo una nueva relación de pareja, él es nueve años menor que yo, le da mucha importancia al aspecto físico, practica deporte, gimnasia. Mi hija, ya adolescente, no acepta esta relación, tenemos muchos problemas, ella sale embarazada a los 17 años. Esto produce una conmoción familiar, en nuestra familia como buenos latinos es casi un pecado salir embarazada sin casarse.*

*El esposo de mi hija muere al año en un accidente de tránsito. Una verdadera tragedia, sufro mucho por mi hija y mi nieta, pierdo 22kg. Comía cualquier cosa sin pensar en dietas, me sentía sin vida, fueron tres años perdidos de mi vida, envejecí.*

*Para mí, los hijos son lo primero. Hago cualquier sacrificio por ellos. Actualmente mi hijo vive con el papá, no puedo mantenerlo económicamente. Todo esto deteriora mi relación de pareja, me divorcio de nuevo a los 44 años. La relación duro ocho años.*

*Regreso a consulta con un médico psiquiatra, hago psicoterapia y aprendo que he sido una tonta, siento que recupero mi vida, me libero del control de la familia; tenía muchas responsabilidades como hermana mayor.*

*Me propongo como único objetivo perder peso, estaba pesando 82 Kg. Acudo a la consulta de un médico especialista en problemas de peso; en ocho meses, con una dieta baja en calorías y control de peso, pierdo 22 kg. Me mantengo entre 63-68 Kg. En el año 2002, para hacer ejercicios, me inscribo en baile terapia, me siento bien pierdo peso.*

*En el 2004, mi papá que es el sostén económico de la familia, cae enfermo con un ACV que lo incapacita, su enfermedad agota los recursos económicos de la empresa familiar, después de dos años muere, quedo desempleada y sin ningún tipo*

*de seguridad social. Abandono el ejercicio y aumento de peso nuevamente, ocho kilos en los últimos seis meses.*

*La vida es un rollo, cuando esté tranquila y me decida, perderé peso. He vivido en una dieta eterna, para hacer dieta necesitas dinero, la comida de dieta es cara. Mis planes futuros son irme a vivir a Colombia, me encanta su cultura: la comida, los hombres son caballeros, ya veremos*

## CAPÍTULO VI

### APROXIMACIÓN AL FENÓMENO

*“El gesto del cuerpo hacia el mundo lo introduce en un orden de relaciones que la psicología y la biología puras no pueden llegar a suponer.”*

*Merleau-Ponty*

En los relatos de las mujeres entrevistadas vemos aparecer en su trayecto existencial, a partir de la comprensión fenomenológica del sujeto en condición de obesidad, el carácter universal del fenómeno de la corporalidad en el cual el cuerpo aparece integrado a la existencia y no es referido como síntoma.

Este es un proceso de *corporalización* que describe la imagen de circularidad señalado intachablemente por Merleau-Ponty (1997), *“Ya no hay más lo originario y lo derivado; hay un pensamiento que se mueve en un círculo donde la condición y lo condicionado, la reflexión y lo reflejado, se encuentran en relación de reciprocidad, y donde el fin está en el comienzo como el comienzo es el fin.”*

Estas constataciones han sido corroboradas, tanto por la neurofisiología contemporánea como por la teoría de auto organización. Para la neurofisiología, según Damasio (1996), *“la naturaleza parece haber construido el aparato de la racionalidad no sólo encima del aparato de la regulación biológica, sino también, a partir de éste y con éste. [...] La neocorteza participa junto con el núcleo cerebral más antiguo, y la racionalidad resulta de su actividad concertada”*.

Por su parte, la teoría de la auto organización, al indicar que el proceso de auto organización que lleva a cabo el ser humano le permite a este, en el

surgimiento de su “nicho”, plantea “crear un orden y no solamente ocupar un orden preexistente”. En tal sentido, el ser humano no se adapta al ambiente sino que desde el comienzo *crea un sistema de interacción y retroacción en el cual el mismo entorno se ve influido en su auto organización*. El organismo humano crea un determinado orden interno en su identidad a partir de las interacciones con el entorno.

Siguiendo este orden de ideas los trastornos psicológicos son dificultades en el proceso de organización del comportamiento acorde con las expectativas de la persona y los requerimientos del entorno. Para la persona sólo existen cuando en su vivir su comportamiento los distingue como tales. Antes de dicha distinción para esa persona no hay trastorno, aunque otras personas señalen su comportamiento como tal.

### **RELATOS**

#### ***Sujeto L R***

*Con mi primer embarazo aumenté veinte kilogramos, me volví anoréxica en el post-parto; me llevaron al hospital porque me deshidraté, tome conciencia y recupere peso. Con mi segundo embarazo no aumenté tanto. A los cuarenta y cinco me hicieron una histerectomía simple y recibí terapia de sustitución hormonal por cinco años, aumenté aproximadamente diez kilos y después seguí engordando, eso echó a perder mi vida. Después de la jubilación me dedique a viajar y a comer, eso me ha hecho engordar muchísimo, llegue a pesar 100 kilos, por eso decidí operarme hace un año.*

#### ***Sujeto N. L***

*En mi adolescencia lo peor fueron los niños del liceo, se metían conmigo por el hecho de ser gordita, era un ambiente hostil. Yo les hablaba a mis amigas de un muchacho que me gustaba y ellas se comenzaron a burlar de mí y se lo dijeron al muchacho, que era de cuarto año de bachillerato, se corrió la voz por todo el liceo. Me retraje mucho, no había apoyo de los profesores, una de las profesoras me decía “camioncito”, perdí ese primer año.*

*Mis experiencias sentimentales han sido malas, los chicos siempre quieren otra cosa. En parte por culpa mía, yo me mostraba como no soy, más sensual. Hacía juegos de doble sentido para atraer a los chicos, eso lo aprendí en la televisión y con las compañeras; ya no hago eso, no estaba bien. Tengo desconfianza en mi misma, creo que no les gusto como soy. En realidad no me gusta mi aspecto físico, sobre todo, porque tengo las piernas muy gordas. El primer novio lo tuve a los veintitrés, la relación duro ocho meses, me abandonó cuando aumenté de peso, qué tristeza. Me consolaba comiendo rico y después me sentía culpable.*

### ***Sujeto M . C***

*En el 2000, con una foto en diciembre. ¡Qué horror esa soy yo! me dije. No me había sentido la barriga, no me veía en el espejo, no quería, no lo había asimilado, cuando me vi en la foto. Tenía cuarenta y dos años cuando murió mi padre, la ropa no me quedó. Cuando me vi en la foto me sentí horrible, con rabia. Uno empieza a buscar fotos de antes y se ve que parece una cochina.*

### ***Sujeto M. E. R***

*Cuando cumplí quince años, la celebración fue espectacular, una fiesta por todo lo alto, para presentarme en sociedad. En ese tiempo, no me sentía gorda sino rellanita, les gustaba a los chicos, no me preocupaba el peso.*

*Lo que nunca me gustó eran mis senos, eran muy pequeños, soñaba con tener el dinero para operármelos, fue un sueño realizado cuando me puse las prótesis mamaria, de eso hace tiempo, ya tengo que retocarlas.*

*A los 18 meses de casada mi esposo me fue infiel con una jovencita de 17 años, tenía 5 meses de embarazo, entré en crisis, no dormía, sentía que mi cuerpo flotaba. Me divorcio, asisto por primera vez a una consulta con un médico psiquiatra en busca de ayuda, el médico me hace un diagnostico de obesidad, peso 66 Kg. hago dieta para tener buen cuerpo sentirme bien, rejuvenecida.*

Así pues, vemos en estos relatos como la obesidad, que antes estaba implícita en la cotidianidad, se torna explícita como algo que afecta durante los periodos existenciales críticos tales como adolescencia, embarazos, perdidas, inseparables, tanto en la teoría como en la práctica, de la individuación, en donde

ocurre un desplazamiento de los hábitos y normas usuales del sujeto, quien establece la necesidad de integrar experiencias a partir de nuevos significados y en donde el significado que se le da a la crisis, no reside en la situación sino en la interacción entre la situación generada y la capacidad de la persona para superarla.

Para Gerlinghoff y Backmund (2004), desde la perspectiva ontológica el cuerpo objeto se constituye como cuerpo vivido en el proceso de la percepción intencional, y desde la perspectiva epistemológica, la experiencia inmediata en primera persona es origen y génesis del enfermar (obesidad). Muchas veces este cambio, está revestido de un carácter angustioso.

Esta vivencia del cuerpo propio es acompañada de una sensación de rechazo y/o negación. El cuerpo propio se vuelve extraño, es la *alteridad* descrita por Gadamer (1992), como “*un cuerpo que se impone, que manda y dicta y es percibido en los sujetos como agresor del propio sentido de eficiencia, libertad personal y autoafirmación*”, al mismo tiempo, reafirmado por Pelegrina (2006), “*se ven afectados todos los parámetros referenciales del mundo relativo a la estabilidad y el orden que eran vigentes hasta el momento, en especial, los vínculos afectivos con aquellos otros susceptibles de dar protección.*”

Esta alteridad de la corporalidad también se ha reportado en estudios realizados en pacientes amputados, transplantados, cirugía estética, inseminación artificial y, embarazo. Así vemos, cómo el mismo discurso del paciente revela su preocupación por el cuerpo; un cuerpo que es a la vez negado e hipervalorizado. Ese "cuerpo pretendidamente ignorado que, a cada tanto, irrumpe en la escena como si viniese de fuera, reclamando persecutoriamente, unos derechos que en otros son deparadores de placer" como lo expresan Caparrós y Sanfeliú (1997).

La vivencia de la corporalidad, sentida como desorden y falta de cuidado, impone la necesidad de corrección para preservar el orden y volver al estado de salud que *custodia* al sujeto en la inconciencia de su cuerpo, desde donde emerge a la conciencia cuando experimenta limitaciones, amenazas y obstáculos para su salud. Siendo más bien, el estado patológico una puesta en evidencia de aquello que al individuo en su estado *normal* de integración le pasa desapercibido.

*Yo siempre me he cuidado hasta con los embarazos para no engordar. Cuando estoy en crisis como cualquier cosa sin orden me olvido de la dieta. Me*

*gusta comer rico debo tener fuerza de voluntad para comer sano. Me gusta comer sin cuidarme por eso me opere.*

Como dice Merleau-Ponty (1997), *lo patológico no es lo otro de la salud, no hay una barrera que separe salud y enfermedad, lo patológico y lo normal están inscritos en el vaivén de la existencia.* La obesidad, en consecuencia, ya no es meramente una enfermedad causada por acumulo anormal de grasa corporal que ocasiona efectos psicopatológicos secundarios, sino que es una distorsión de todo su ser-en-el-mundo en su aspecto espacio-temporal, afectando en su totalidad la relación con el mundo.

El fallo se da en la experiencia de la habitualidad corpórea, que es precisamente, la que nos permite dar por descontado los caracteres del propio cuerpo con sus cualidades fisiognómicas y materiales. El ser cuerpo como totalidad recogida en sí mismo (corporalidad), se aleja totalmente hacia la periferia, remitiéndose a la esfera estética.

La vivencia negativa del cuerpo de las pacientes entrevistadas se resume en lo expresado de manera testimonial por la antropóloga Esteban (2010), en su trabajo de investigación *Antropología encarnada Antropología desde una misma dice que: La parte negativa de este itinerario personal ha sido el sufrimiento que experimenté durante muchos años, la sensación de haberme equivocado, no sólo como mujer sino como ser humano, en algo que además, no era capaz de ver pero que intuía definitivo. De haberme abandonado, de estar en peligro, porque así se ve en nuestra cultura el descontrol.*

Según S Bordo (1990), *el cuerpo esbelto representa a una persona auto-regulada en la que todo está en orden a pesar de las contradicciones de la cultura.* Y, debemos añadir, pese a sus propias contradicciones subjetivas. Así el carácter problemático de la estructura social sumado a las incertidumbres propias de nuestra condición, acaba por inscribirse en el cuerpo.

*“Cuando me vi en el espejo qué horror esa no era yo. Tengo desconfianza en mi misma. En realidad no me gusta mi aspecto físico. Soy gorda desde que nació, he padecido esto toda mi vida”*

Se puede decir que el cuidado del cuerpo no hace referencia sólo a la salud, sino también a sentirse bien; nuestra felicidad y realización personal, cada

vez más, están sujetas al grado en que nuestros cuerpos se ajustan a las normas contemporáneas de salud y belleza.

Si bien en todas las épocas hay numerosos ejemplos de alteración de patrones biológicos en función de normas sociales de belleza, tales como la deformación de los pies en mujeres chinas de antes de la revolución, el artificial alargamiento del cuello en las mujeres Karen de Burma, el ensanchamiento exagerado de los labios en la cultura ugandesa, el uso de tatuajes, esta presión por el ideal estético, en el mundo contemporáneo se ha ido intensificando.

En este sentido, diversos problemas de salud actuales chocan con la definición de «cuerpo ideal». La gordura es un buen ejemplo para comprender cómo las modas sociales utilizan una categorización de enfermedad, etiquetando lo «normal» en un momento dado como «patológico», en otro. Se estigmatiza a personas cuyo peso no es un riesgo para su salud ni un obstáculo para su vida social, sólo porque choca con la definición de «cuerpo ideal».

La presión del ideal estético a través de los estereotipos culturales, están perjudicando *a posteriori* a personas que no pueden desenvolverse entre los demás llevando encima un “cuerpo no grato” pero, no todos los obesos son estigmatizados por igual según Perpiña (1989).

De acuerdo a Alemany (1993), el cuerpo “ideal” es mucho más importante para la mujer que para el hombre, por ello las mujeres obesas son socialmente más discriminadas y presionadas para hacer dieta que los varones obesos y son ellas las que llenan las clínicas de control de peso. En relación al ideal estético, las investigaciones que exploran la insatisfacción, distorsión de la imagen corporal y género, reportan una frecuencia significativamente superior en el sexo femenino que en el masculino según Garner y Garfinkel (1981), Perpiña y Valera (1995) y Toro (1996).

En consecuencia Tubert (1996), en su trabajo sobre la anorexia y la construcción cultural del cuerpo femenino, expresa que los ideales vinculados a la feminidad les imponen unos modelos de identidad a las mujeres que operan como el lecho de Procusto: *para amoldarse a ellos, cada una ha de recortar algo de si misma, ya sea que se trate de deseos, necesidades, aspiraciones o potencialidades personales.*



Como señala Nasser (1998), en su trabajo *Eating disorders: The cultural dimensión* estar delgada simboliza a la mujer nueva que es capaz de combinar cualidades de autocontrol y de libertad sexual con los valores tradicionales de atractivo. A propósito de ello Fradd (1994), habla de una exigencia triplemente contradictoria que mediáticamente le es impuesta a las mujeres en la actualidad:

*1. Que sean “femeninas” y se centren en el ámbito doméstico en una sociedad en que las necesidades se perciben como una molestia. 2. Que se centren en la competencia y el rendimiento en los ámbitos sociales y políticos en los que actúan con desventaja. 3. Que se centren en el sexo y sean atractivas en un espacio público en que esa actitud entraña riesgos.*

Es importante señalar que el estigma relacionado con la obesidad, e incluso los tratamientos para corregirla, se han considerado factores de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria, sobre todo en la población adolescente como lo demuestran numerosos estudios. De acuerdo con Turner (1989), “*el cuerpo y la sociedad*” el mantenimiento del cuerpo crea vínculos sociales, expresa relaciones, las reafirma y las niega. Las prácticas que sobre el cuerpo lleva a cabo el sujeto le posibilitan a este, sentirse vinculado al mundo social.

Esas prácticas buscan el perfeccionamiento de la figura corporal, sujeto a unos cánones de belleza construidos culturalmente como deseables. En este sentido Douglas (1970), considera el cuerpo como una forma simbólica que puede funcionar como metáfora de cultura y en donde el control del cuerpo expresa las inestabilidades o transformaciones del cuerpo social.

Como lo refiere la autora antes señalada se percibe el cuerpo humano como el medio que utilizamos los humanos para reflexionar sobre el mundo, y a la vez como símbolo de la sociedad. “*Se utilizan los cuerpos como analogías simbólicas para reflexionar sobre la sociedad y el universo*”. Asimismo Bernard (1999), analizó el cuerpo desde un doble simbolismo: social y psicológico.

El cuerpo es un proceso de formación simbólica para presentarse a sí mismo en sociedad y por otra parte, un medio de sobrepasar la simple vida orgánica, así el cuerpo es la proyección de nuestro deseo, de tal forma que “*el cuerpo es el símbolo de que se vale una sociedad para hablar de sus fantasmas*”. Entiende que el cuerpo es la plataforma del campo simbólico.

Para Turner (1989), el cuerpo es un lugar de enorme producción simbólica tanto con deformidad como con perfección, porque: *sus deformidades son estigmatizantes, a la vez que sus perfecciones, definidas culturalmente, son objetos de alabanza y admiración. Debido a su potencial simbólico, el cuerpo es asimismo un objeto de regulación y de control a través del ascetismo, el entrenamiento o la negación. Los cuerpos son objetos sobre los cuales trabajamos.*

En concordancia a lo antes expuesto, es necesario invertir en el cuerpo (dietas, gimnasio), ya que el cuerpo junto a su envoltorio es el primer signo mediador en la nueva relación social; pues es aquello con lo que nos presentamos. El cuerpo habla por sí solo y la palabra enmudece. Featherstone distingue dos tipos de exigencias con respecto al cuerpo: que el cuerpo interior (*inner body*) funcione bien (esté sano y en forma) y que la apariencia (*outer body*) sea cuidada.

Así, el cuerpo es un «signo», es un «mensaje» que habla de su propietario, ya no es importante ser feliz y encontrarse bien consigo mismo, sino la proyección que tienen los demás sobre uno mismo. En nuestra sociedad actual la perfección corporal es perseguida al cuerpo se le trabaja y modela en los gimnasios, se le somete a rígidas dietas hipocalóricas, se le amputa y enmienda en los quirófanos. En atención a la sociedad actual exige tener un cuerpo sano, activo, ágil, perfecto, como proclaman los discursos médicos, deportivos y estéticos.

La incertidumbre y la angustia acompañan el despertar de este cuerpo que irrumpe en escena como si viniera de fuera, nos recuerda la interpretación de López- Ibor (1985), en relación a *los defectos físicos que no se sienten como errores estéticos sino morales*, un yo corporal sentido como defectuoso, inferior, que pierde el aprecio o no lo merece.

Con respecto al registro del significado, en la sociedad actual preocupada por la apariencia física la persona con obesidad es juzgada como físicamente menos atractiva, carente de voluntad y conducta esto lleva a que muchas personas con sobrepeso desarrollen una imagen corporal negativa según Rosen (1996), cuyas características son:

- Preocupación estresante dolorosa por la apariencia, más perturbadora e inhibitoria que una simple insatisfacción.

- Timidez y vergüenza en situaciones sociales.
- Incomodidad, angustia cuando la apariencia es percibida por otras personas.
- Excesiva importancia dada a la apariencia en el auto evaluación.
- Autovaloración negativa debido a la apariencia y evitación de actividades por vergüenza por la apariencia física.

### ***Comer, vincularse, ser***

La antropóloga Patricia Aguirre (2007), en una entrevista dice, *El evento alimentario siempre es un fenómeno situado, en un tiempo, en una cultura, en un hábitat específico y dependiendo de las relaciones entre ellos construirán un comer. Esto es, una forma de producir los alimentos, una cocina entendida como forma de prepararlos y una comensalidad específica como manera de compartirlos. Ojo, también producirá un cuerpo, un enfermar, en fin: un vivir, también específico.*

Por consiguiente, comer es un acontecimiento social, no simplemente una pulsión biológica que satisfacemos hasta la saciedad para volver a satisfacerla más tarde cuando volvemos a sentir hambre. Comer es un acto socializado presidido por horarios, ritmos, costumbres y rituales. La alimentación es entonces, el *paso del ser nutrido al ser deseado*, el trayecto que va de la naturaleza a la cultura. *Más aún, siguiendo el aforismo de Heráclito, es el paso del mundo privado al mundo común, del idios cosmos al koinos cosmos.*

*Vives metida en la casa, amistades no tengo es un sólo círculo metida en la nevera y el televisor, más nada mi vida gira alrededor de la cocina. Amistades no tienes, metida en la cocina inventas platos, a mi me gusta la cocina.*

*La Navidad era una fiesta, con mi mamá cocinábamos y estaba feliz, cuando a ti te gusta algo, tú te liberas ahí.*

*La comida de mi casa es rica, se cocina con salsas y frituras. Las celebraciones en mi familia son la comida. Con mi papá todos teníamos que hacer desayuno, almuerzo y cena, eso cambió cuando me casé, por los horarios de trabajo. Las celebraciones en mi familia eran por todo lo grande, con abundancia en comida y bebida.*

Como en sus estudios sistémicos plantea Selvini Pallazzoli (1997), el síntoma alimentario aunque corporal, adquiere un significado simbólico que va más allá de lo individual para convertirse en una metáfora familiar o social que expresa algo que es necesario revelar y comprender. Ese darse cuenta del problema, modifica la vinculación con el alimento que deja de ser algo familiar para convertirse en algo amenazante que hay que controlar. La dieta entendida en términos de contar calorías y eliminar azúcares aparece como la posibilidad de sentirse saludable, rejuvenecida como posibilidad para alcanzar la anhelada corporalidad. La comida (dieta), es asumida sólo en función estética y al aceptarla con esta *concepción cosmética se pierde esa esencia vital primaria propia del alimento*.

Si bien las dietas no representan una exigencia cultural reciente, ya la dietética del mundo griego antiguo regulaba la ingesta de alimentos con la finalidad de alcanzar la moderación y el autodomínio, así mismo en la edad media, la práctica cristiana del ayuno buscaba la purificación espiritual y el dominio de la carne, en la actualidad en las sociedades occidentales ya no se aspira a la perfección del alma sino la del cuerpo.

En la sociedad actual el consumo excluye por principio toda norma restrictiva por ser incompatible con la «liberación» del cuerpo, de forma que todo *“impulso agresivo antagonista que libera y que ya no está canalizado por las instituciones sociales, recae hoy en la más profunda preocupación por el físico”*. Paradójicamente, como expresan los planteamientos de Bordo (1990), *la preocupación por la gordura y la dieta, no sólo responde a la norma sino que funciona como una poderosa estrategia de normalización, que busca la producción de cuerpos dóciles, capaces de autocontrol y de autodisciplina, dispuestas a transformarse y a mejorarse al servicio de las normas sociales y fundamentalmente, de las relaciones de dominio y subordinación imperantes*.

De acuerdo con lo expuesto la obesidad, al igual que las otras patologías de la alimentación tales como anorexia o bulimia, el cuerpo se pone de manifiesto como escenario en donde se desarrolla el drama del sujeto y en donde ese cuerpo se ve comprometido en su dimensión real mediante dietas, ejercicios o cirugía. Estas prácticas corporales buscan el perfeccionamiento de la figura corporal sujeta

a un ideal corporal estilizado, alto y delgado construido culturalmente como deseables canon de belleza.

A esto cabría añadir la evidencia de que en nuestra sociedad han surgido y proliferado auténticos imperios del significado, empresas creadoras de sentido que comercializan lo *humano*. Evidentemente, los significados en torno al cuerpo se han incardinado en el discurso de los individuos y forman parte de sus esquemas cognitivos. Pero estos significados no sólo poseen intencionalidad sino que dependen del contexto y activan las condiciones para su satisfacción, que en nuestro caso remiten indiscutiblemente a fuentes externas al propio individuo que le incitan a interpretarse de un modo particular conforme a una visión estereotipada y ficticia del cuerpo.

Buscar otro cuerpo para dejar de ser un **Yo** inaceptable e inseguro para el propio sujeto y conseguir un identidad valiosa, se ha convertido en el proyecto existencial de muchos seres humanos.

*Mi motivación para hacer dieta ahora es verme bonita, sentirme bien conmigo misma, comprarme ropa bonita.*

*Me he cuidado toda mi vida para no engordar y verme bien.*

*Para sentirme bien, con buen cuerpo, rejuvenecida hago dieta Me he pasado toda la vida en dieta La vida es un rollo cuando este tranquila haré dieta.*

*Cuando eres joven tú puedes comer de todo a cualquier hora y no engordas. Después de los cincuenta si comes así ruedas.*

A partir de estos hallazgos podemos considerar la hipótesis de la ideal delgadez, unida a la sensación de sentirse bien, como el substrato psicopatológico presente en la obesidad, al igual que en los otros trastornos alimentarios, explicaría el malestar con su cuerpo en individuos con sobrepeso y peso normal. La renuncia y alineación que generan esos ideales, se costean, como ha demostrado Freud (1968) al precio de la neurosis y otras patologías.

Por lo tanto el estudio de la obesidad no puede ser reducido a lo *biológico*, sino que es crucial para su comprensión un abordaje del sujeto desde la totalidad del ser que no excluya su biografía como *fundente* de su peculiar modo de ser en el mundo. Implica en tal sentido, replantearse la pregunta del ser humano como ser corpóreo y a la corporalidad como ese modo fundamental, categorial, en que

yo como *cuerpo vivido (Lieb)*, me expreso en el mundo con los otros en una situación coexistencial.

Asimismo esa corporalidad, que aún cuando está sostenida por un bio irreducible, más aun fundamental e irrenunciable, no se comprende como un círculo autónomo sino íntimamente conectado con todo el ser en situación. Mi cuerpo como totalidad significativa no es unidad de asociación ni una suma de partes, sino un mundo de significaciones vivientes.

La experiencia de la corporeidad no es la experiencia de un objeto, sino de nuestro modo de *habitar el mundo*. Parfraseando a Carielli (1998), *si el cuerpo vivido es el lugar de la comunicación, del encuentro de la Koinonia interpersonal, si es el lugar del llamado dialógico a la con-vocación, entonces no puede haber nadie que estudioso de lo humano, pueda eximirse de profundizar la investigación en este campo.*

## CAPITULO VII

### EPISTEME DERIVADO

*Ser un cuerpo es confundirse con un cierto mundo, la conciencia no hace sino continuar una tarea de dar sentido que ya ha sido efectuada por el cuerpo.*

*Merleau.-Ponty (1944)*

Producto de esta investigación emergió como fenómeno la corporalidad vinculada a la obesidad, la cual se ha estudiado básicamente desde el punto de vista biológico, mas no como cuerpo vivido donde y desde donde se ubica y comprende la existencia. Este cuerpo que es mi cuerpo que no puede ser reducido a una simple apariencia física.

Comprender la obesidad desde el concepto filosófico de cuerpo vivido de la fenomenología existencial, planteado por primera vez por el filosofo Merleau-Ponty, implica replantearse la pregunta del ser humano como ser corpóreo y a la corporalidad como ese modo fundamental, categorial, en que “yo” como cuerpo vivido( *Lieb* ), me expreso en el mundo con los otros en una situación coexistencial.

Merleau-Ponty es el filosofo que desmonta el dualismo alma-cuerpo o mente-cuerpo que tuvo hegemonía en la tradición cultural occidental, una visión anatomista del cuerpo que aspira a ser objetiva al explicar de manera causal exclusivamente los procesos que tienen lugar en el cuerpo, sin tener en cuenta a los estados subjetivos que los acompañan. Para la fenomenología, por el contrario, los procesos sensorio-motrices deben ser estudiados en función de los

estados subjetivos que los acompañan, motivan y dan sentido en relación con la situación desencadenante.

El cuerpo que considera Merleau-Ponty, es el cuerpo fenoménico (*Leib*), el vivencial que no nos limitamos a tener, sino el que todos sentimos y somos. Cuando yo digo "yo soy mi cuerpo" (*Ich bin mein Leib*), afirmo una relación pre-lógica entre el sujeto y su cuerpo, vivida de una manera inmediata en el curso de las percepciones y de los movimientos.

En definitiva para Merleau-Ponty ,tanto la existencia como la conciencia de existir son inseparables entre si y a su vez del cuerpo al cual llama "cuerpo vivido", el filósofo así , **recupera para la filosofía la noción de cuerpo**, estigmatizada por la antigüedad griega y la modernidad cartesiana. El cuerpo se convierte entonces en un elemento clave de la fenomenología, pues es él quien vivencia, y es él quien da cuenta de la experiencia vivida en la cotidianidad.

En relación a ello Pfeiffer (1994) hace énfasis en la dificultad que supone reflexionar sobre *la condición corporal del hombre*, porque nuestro pensamiento occidental heredado de los griegos nos ha "incorporado" una representación dual del hombre que no es nada fácil obviar. Él considera que el cuerpo es: "*un modo de estar en el mundo, de habitarlo, proyectarlo, recordarlo, compartirlo. Por eso habita un espacio, proyecta y recuerda en un tiempo y comparte su cuerpo con otros*". Señala que justamente el vivir corporalmente proporciona sentido de realidad, mejor aún, una realidad con sentido.

Es a partir de esta corporalidad comprendida como un nudo de significaciones y no como una yuxtaposición de órganos y sensaciones , donde a partir de los relatos de los sujetos entrevistados (*Dasein*), vemos emerger el cuerpo no como un hecho (dato), sino como una experiencia fenoménica en un mundo diferenciado por contextos históricos, socioculturales y medioambiente. Nosotros somos nuestra corporeidad, cuerpos únicos, diferentes e irrepetibles; expresión de los órdenes estructurales del ser en relación con el estilo de vida y el curso de la biografía.

Entender esta experiencia amplía la comprensión de la noción obesidad mas allá de la comparación y contrastación estadística, que si bien permite apreciar muchos dinamismos, procesos intrapsíquicos y mecanismos defensivos



implicados en la experiencia de la obesidad, éstos son vistos sin su relación con el significado de la persona que experimenta estos procesos, por lo cual estarán desligados y descontextualizados de su relación con la situación y posición particular del sujeto en el mundo.

Partiendo de esta dialéctica y relación del sujeto en afección de obesidad con su existencia y sus características y condiciones de vida, tanto universales como particulares, es donde se enmarca y comprende la experiencia de obesidad, debido a que es en esta relación donde ellos vivencian y asumen su corporalidad, y no en abstracto o de forma aislada del mundo concreto en el que se encuentra. El cuerpo en cuanto a lo vivido desde él y a través de él, se convierte en el terreno de expresión y conexión con el mundo desde que se nace.

Cabe destacar que de este estudio emergieron las siguientes categorías: experiencia de vida, imagen corporal, hábitos alimenticios, dieta, comer, vínculos afectivos, familia, ansiedad, las cuales giran alrededor de la categoría central que es la corporalidad del sujeto obeso. Partiendo de allí se va configurando el espisteme derivado de esta investigación cuyo enunciado fundamental es: *la aprehensión del fracaso de la corporalidad como estructura existencial en la obesidad, expresada en forma de insatisfacción corporal por los sujetos en estudio e interrelacionada con la experiencia de vida, con el concepto que tiene la persona de sí misma sobre su imagen corporal, con el acto de comer y su cultura alimentaria, con los vínculos afectivos y familiares, permitió el acceso a relaciones de sentido necesarias, mas allá de las relaciones de contigüidad observables en el plano de lo sintomatológico, y donde la corporalidad es el denominador común de todos los síntomas y a su vez el tema crítico de todas las situaciones desencadenantes insertadas transversalmente en el trayecto longitudinal de la existencia, lo que amerita, un abordaje del sujeto en afección de obesidad, desde la totalidad, de su ser-en-el-mundo( Dasein) para un manejo exitoso del problema.*

Este estudio cambia el horizonte de investigación, reemplazando al hombre como organismo bien o mal funcionante por el hombre como existencia (Dasein) cuya estructura fundamental es el “ser-en-el-mundo” en cuanto trascendencia, porque en la trascendencia no sólo se constituye el hacia dónde del

trascender el mundo sino también lo trascendido, el ente que somos en cada caso donde toda experiencia está basada en la existencia del *ser-en-el-mundo*.

Al abordar el problema desde la corporalidad estamos asumiendo a la obesidad como un modo de *ser-en-el-mundo* que nos permite comprender ese cuerpo vivido y el mundo que evoca, cuya expresión es cambiante y evolutiva. Ese cuerpo vivencial que a diferencia del cuerpo de la modernidad o cuerpo maquina no es un objeto abstracto, ni independiente de mi experiencia como sujeto encarnado, y en donde la vivencia del propio cuerpo mas allá de la forma y tamaño del propio cuerpo, expresa un significado, un lenguaje, una forma de comunicación frente a lo vivido.

En relación a esto Binswanger (1977), comenta acerca de los psicoterapeutas existenciales que: *Nosotros no nos detenemos como el biólogo o el psicopatólogo en el hecho particular, en el síntoma aislado, sino que nos lanzamos en busca de un todo orgánico dentro del cual pueda comprenderse ese hecho particular como un fenómeno parcial. Pero este todo lo es... en el sentido de la unidad de un diseño del mundo*

Al contextualizar y comprender la obesidad a la luz de esa estructura más amplia de existencia la obesidad de los sujetos en estudio no es simplemente un mal habito alimenticio ni una obesidad psicógena, un vinculo afectivo inseguro o un estilo de vida poco saludable sino que es una manera de habitar el mundo y es en este contexto donde cobran vida expresiones como la de Claude Fischler (1995) “*Los humanos somos los únicos que comemos nutrientes y sentido*”.

## **El cuerpo vivido en la obesidad**

### **El cuerpo objeto**

En esta investigación los relatos de los sujetos obesos muestran como su estructura existencial y los valores que dan sentido a su mundo están signados por imposiciones, frustraciones perdidas a lo largo de su trayecto vital que se marcan en el cuerpo como una vivencia negativa, un llevarse mal con su cuerpo, una afectación que cambia su manera de ver y relacionarse con el mundo externo y también el modo en que se mira a si mismo, afectación que se acentúa en los

momentos de crisis, manifestándose como una sensación de extrañeza, de no reconocimiento en y de su propio cuerpo que los lleva a rechazarlo que en uno de los sujetos en estudio llega al extremo de sentirse levitando. Es la vivencia de un cuerpo fragmentado sobre el que se ha perdido el control, el cuerpo se objetiva y deviene según Caparrós y Sanfeliú, (1997), *"un ente odioso cargado de afectos desconocidos, una desagradable presencia, un lastre que como la fuerza gravitatoria aprisiona al anhelo inefable"*.

Este cambio del hallarse o encontrarse uno en su propio cuerpo es una modificación del cuerpo vivido, sentido como ineficacia impotencia, falta de voluntad, envejecimiento por los sujetos en estudio, que les produce ansiedad y sentimientos de culpa un malestar, una absoluta falta de control que recuerda esa ansiedad a la que se refiere May (1990), como *"la reacción básica de los seres humanos hacia un peligro sobre su existencia, o hacia algún valor que él/ella identifique con su existencia."*

A esta experiencia de un cuerpo fragmentado cosificado sobre el que se ha perdido el control se presenta aparejado a una necesidad de intervención sobre el cuerpo a través de dietas, ejercicios, gimnasios, cirugías, para tener un cuerpo sano, ágil, perfecto como promueven los discursos médicos, estéticos, sociales, presiones a las que someten sus cuerpos en su deseo de delgadez como una estrategia de búsqueda de control que les dará felicidad, éxito y aceptabilidad., un cuerpo cuya trascendencia está atrapada en lo físico.

Ese malestar con el cuerpo frente al otro es solo y ante todo vergüenza, la vergüenza de ser objeto que Sartre (1943), lo formula como el sentimiento *"original de tener mi ser "afuera"*, comprometido en otro ser y como tal, sin defensa alguno iluminado por la luz absoluta que emana de un *"puro sujeto"*. La vergüenza es sentimiento de caída original no de haber cometido una falta, sino de que estoy caído en el mundo en medio de las cosas y que necesito de la mediación ajena para ser lo que soy *"Mi caída original es la existencia del otro"*

Es esta postura negativa desde lo estético la que establece una valoración negativa del cuerpo al ser confrontado con el ideal cultural, ese cuerpo delgado y ágil asociado a la juventud y la salud, donde perder peso se convierte en la necesidad por lograr un estado de juventud y de perfección corporal. El cuerpo

se transforma así en el único centro de atención y preocupación del sujeto y el alimento, al identificarse con lo material es considerado como un peligro constante que atenta contra el cuerpo ideal, convirtiéndolo en dietas, prohibiciones o restricciones que al no ser bien indicadas termina siendo iatrogénicas

Ese cuerpo ideal casi siempre imposible de cambiar pues el aspecto físico que incluye conformación física propiamente dicha y forma de presentarlo es siguiendo a Bourdieu (1986), todas las manifestaciones de la *“persona” la que menos y más difícilmente se deja modificar, expresando el ser profundo o la naturaleza de la persona. La distancia entre un cuerpo real y cuerpo legítimo: “el cuerpo habla incluso cuando no se quiere que hable”*.

Es en esta sociedad occidental de consumo, abundancia y libertades sin límites, donde sujeto y cuerpo ya no están preocupados por una trascendencia religiosa, política o social donde, aparece la obesidad considerada como metáfora de la abundancia y el descontrol; contraria a las imágenes delgadas, carentes de exceso de la modernidad y donde la concepción estética está tan alejada de la salud.

Cuando se analiza el modelo corporal y su evolución histórica también se está haciendo referencia a condicionantes de clase y la evolución del consumo entre los distintos grupos sociales. En las épocas históricas donde la obtención de alimentos es privilegio de las clases dominantes, la ostentación de peso, de gordura es un símbolo de *status*, de condición social privilegiada.

Cuando el consumo de alimentos se hace accesible al gran público, un nuevo elemento de distinción y de *status* viene a sustituirle, el cuerpo delgado, donde la obesidad siguiendo a Le Breton (2002), *“se transforma socialmente en estigma, la diferencia engendra el diferendo. El espejo del otro ya no sirve para iluminar el propio. A la inversa, su apariencia intolerable cuestiona por un momento la identidad propia al recordar la fragilidad de la condición humana, la precariedad inherente a toda vida.”*

Esta disociación de la belleza de la salud expresado en el cuerpo, crea un mundo de valores opuestos, uno de los cuales fomenta el bienestar físico de los

individuos mientras el otro trata con los conceptos abstractos de la belleza que no tienen nada en común con la salud..

Como señala la antropóloga Vlahos (1979), “*tanta negación del cuerpo en nuestras secularizadas sociedades quizás tenga que ver con la conquista de la carne*” y para alguna esta puede ser la única victoria de su vida.

Aunado a esto el fundamento del orden socio-económico de esta sociedad es el consumo, hoy se produce para consumir y se consume para producir al consumo base del orden económico actual se subordina todo y por ello la salud el bien máspreciado del hombre se utiliza en el discurso social como argumento para convencernos de que debemos consumir belleza para consumir salud (lo bello es saludable), es decir la salud parece reducirse a la belleza física, tal como expresan claramente los sujetos en estudio.

Según Pérez (2000), el concepto de belleza basado en una delgadez extrema no solo no favorece la salud sino que la destruye promoviendo el uso de dietas extremas que conducen a los desordenes de la alimentación, es así como a partir de la década de los ochenta se ha ido imponiendo una cultura del cuerpo favorecida por el desarrollo de las industrias de la moda, cosmética, publicidad, ocio, cine y audiovisuales Y apoyada, como dice Rivera (2002), por instituciones como la familia, la escuela, la religión. Las cuales definen, imágenes corporales que delinear una forma de vida de atención y cuidado del cuerpo con implicaciones en cierto tipo de padecimientos o problemas.

En este ejercicio del control social a través de los cuerpos se lleva al sujeto al deseo de liberarse del exceso de masa corporal mediante el adelgazamiento, para sentirse en la vía del mundo social, en términos de lo que a un cuerpo bello se refiere y en donde la estética en mucha mayor medida que la salud es la razón para ponerse a dieta, para control del peso.

De esta manera el alimento con sentido que cuenta una historia personal o una razón para pertenecernos, que causa placer, identidad, pertenencia y seguridad desaparece, apareciendo nuevas patologías unidas a la trilogía belleza-salud-alimentación, como la ortorexia definida como la obsesión por consumir solamente comida sana y la vigorexia.

Este desagrado de los sujetos en estudio con su cuerpo, no es una percepción alterada, sino una insatisfacción ante lo que su cuerpo muestra y lo que el cuerpo significa y que esta enmarcado en un rotulo con sentido cultural, tan cosido al tejido cultural que casi cualquier sujeto puede padecerlo, y es la razón por lo que algunos autores, como Devereux y Gordon (2000), refiriéndose a los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia) las han llamado enfermedad étnica.

Esto explicaría porque los síntomas de la obesidad se parecen tanto mientras que la personalidad de los sujetos que la padecen y parecen formar cuadros heterogéneos llegando a plantear en relación a la personalidad del sujeto obeso que no hay una personalidad del obeso sino tantas como sujetos obesos.

Esta atribución en torno a la figura, especialmente la femenina validada sólo desde una mirada esteticista, hedonista, ha redundado en un verdadero culto al cuerpo culto que como muchos otros, está sujeto a rituales que poseen nombre propio ej: *vigorexia*; decreta una asistencia regular al lugar de culto: *gimnasio*; y hace uso de una vestimenta que proporciona identidad con los pares: ropa *fitness*.

En relación a esto Bordo (1990), que estudia los cuerpos delgados que aparecen en los medios de comunicación, expresa que la anorexia es socialmente más aceptada que la bulimia porque se aproxima a la cultura del cuerpo ideal, mientras que el obeso induce rabia por su apariencia indiferente de los estándares sociales.

Esta cultura de la delgadez favorece la emergencia de trastornos de la conducta alimentaria, cuadros que claramente afectan en mayor medida a la población femenina. Y que si bien se presenta sobre todo en la etapa adolescente y cada vez más tempranamente, en las últimas décadas hay una emergencia de estas patologías en la adultez temprana y media como demuestra este estudio.

La presencia de estas conductas alimentarias de riesgo relacionadas a la preocupación por adelgazar, querer ser una persona mas delgada, la insatisfacción con la imagen corporal y practicar dietas continuamente, son variables importantes en los estudios de los desordenes de la conducta alimentaria

(anorexia, bulimia, trastorno por atracón, obesidad (Unikel, 2005; Villagomez, 2003) y constituyen un común denominador de las mismas.

Es así, como la cultura de la delgadez anclada en la imagen, encierra una doble filosofía de incitación al consumo por una parte y de disciplina por otra que no es más que otra versión de la regulación occidental de la vida a través de lo corporal; así nuestro cuerpo siempre sometido al rigor de las normas sociales hoy más que nunca se encuentra sometido a los preceptos de la racionalidad instrumental o formal y donde las variables sociológicas, antropológicas y culturales a menudo quedan circunscritas a una retórica hueca y superficial sin repercusiones concretas en el ámbito de las conductas efectivas.

Por eso este rechazo y cosificación del cuerpo develado en el relato de los sujetos en estudio es símbolo de un rechazo mayor que se expande a la sociedad, a la relación con los otros y a la inserción en el mundo, donde las condiciones sociales de la existencia quedan inscriptas en la corporalidad de los sujetos, sus huellas estigmatizan los comportamientos y modelan el terreno donde la enfermedad se instala y su desarrollo queda favorecido. Las enfermedades siguen guías de expresión legitimadas por la cultura en la que se contextualizan, las enfermedades sobre todo las mentales siguen patrones culturales.

Ahora nuestro cuerpo no es únicamente el reflejo de quienes somos sino que es la localización de la angustia y el origen de una inseguridad colectiva en donde el encuentro con el otro cuerpo vivido produce una dinámica de fuerzas, pero no físicas sino fisiognómicas, ese encuentro de las miradas descrito por Sartre (1943), donde lo que aquí tiene lugar es un afectar y un ser afectado, un sostener la postura frente al otro o ser aplastado por él.

Esto es un factor central en la construcción de la autoestima lo que define si soy susceptible de ser valorado, integrado, amado. Como esto es una necesidad básica del ser humano, la modelación del cuerpo adecuado a un patrón cultural ideal, el arquetipo, generado por los medios de comunicación del ideal excluyente del cuerpo sano y joven, el cuerpo narcisista, que al no estar anclado en la espacio-temporalidad espontánea y móvil del ser se transforma en algo de primera necesidad.

Este desajuste en la autoestima se ha relacionado con la depresión, las conductas adictivas o los embarazos precoces, hacen al individuo más vulnerable a enfermedades físicas o trastornos emocionales afirmado por Sandin (2002), e incluso inducen a conductas adictivas como lo describe El-Shikh y Col. (2004), y en donde el cuerpo siempre ahí, testigo mudo de nuestras búsquedas queda reducido a una interpretación cultural que únicamente subraya su visibilidad.

Es importante destacar los hallazgos del estudio realizado en nuestro país en la (Universidad Simón Bolívar Caracas) sobre obesidad y satisfacción con la vida: “*Un análisis de trayectoria*” de las Psicólogas, Guzmán y Lugli (2009), que sugieren que lo que hace infeliz a las personas obesas es haber interiorizado un ideal estético inalcanzable para ellos y que no está relacionado a determinantes genéticos, temperamentales o de aumento de peso.

En relación a esto, autores como Odgen (2003), actualmente proponen que la insatisfacción corporal se produce en tres circunstancias:

- Cuando hay una distorsión de la imagen corporal (creo que soy más gordo de lo que soy).
- Cuando existe discrepancia respecto del cuerpo ideal (creo que soy más gordo de lo que me gustaría ser).
- Cuando se emiten respuestas negativas ante el cuerpo (no me gusta mi cuerpo).

Si hoy más que nunca vivimos obsesionados por la belleza física, la salud y el bienestar de la eterna juventud y si el cuerpo es originaria apertura al mundo y el mundo es el ámbito que permite al cuerpo sentirse en sus posibilidades, será sólo asumiendo esta corporalidad que crece, que desea, que envejece, como es posible poner en marcha la reconquista de la experiencia corporal que se ha congelado en un cuerpo ideal que Fromm (1992), denomina con el nombre de patología de la normalidad.



## CONCLUSIONES

Resulta curioso, que siendo la alteración de la corporalidad el fenómeno emblemático de los trastornos de la alimentación para la fenomenología existencial, tenga tan poca repercusión en la investigación sobre la obesidad, aun cuando es justamente en el campo del fenómeno de la corporalidad donde el problema adquiere un perfil más específico y es el punto central de la patología de la cosificación del cuerpo.

Si bien la obesidad solo puede darse en una sociedad opulenta, no es una categoría cerrada, una alteración neurobiológica, sino un modo de ser o una posibilidad de ser-en-el-mundo, en donde el propósito de aparentar ha desplazado al propósito del ser o de encontrar una ubicación en el mundo debido al valor social que se adjudica a la delgadez y por oposición a la demonización (estigmatización) de la obesidad, un atributo socialmente desacreditado.

Asimismo en una sociedad, que cosifica a los sujetos transformándolos en productos de exhibir, vender o promocionar, a través de los discursos del culto al cuerpo a los rendimientos al éxito y al brillo social basados en la apariencia y donde Milkewicz (2004) dice que las imágenes “*perfectas*” prefabricadas del cuerpo se constituyen como patrones ideales “*normales*”, que promueven la falsificación corporal a partir de la desvaloración del propio. Una sociedad “*obeso-fóbica*” que los estigmatiza, con la consecuente “*vivencia de sentimientos de desvalorización cotidianos que deben enfrentar debido a la presión social que experimentan para bajar de peso*” según Silvestre & Stavile, (2005).

En tanto la obesidad sea percibida como la suma de determinados factores biológicos cuantificables y la terapéutica como un repertorio de propuestas destinadas básicamente a la modificación de aquellos mediante el uso de la farmacología, la cirugía y las dietas, donde el cuerpo es reemplazado por la medicalización y desoído en sus traumas y en sus duelos, el espacio disponible para el desarrollo de estrategias integradoras como la presente estará condenado a la marginalidad y a la excepción y el sujeto permanecerá iatrogénicamente desalojado y reducido a su existencia orgánica donde la etiqueta diagnóstica le proporciona una respuesta y una certidumbre; el síntoma sustituye al sujeto.

En base a lo expuesto la mejor forma de curar a un enfermo será profundizando en esa actitud existencial, llegando a ese **todo** global que es su actitud original y primaria ante la vida para desde allí comprender sus proyecciones y decisiones, es decir su mundo de la vida, y será esta aproximación a la comprensión de la obesidad desde el cuerpo vivido la que nos permitirá enriquecer la reflexión hacia nuevas formas de interpretar la obesidad recorriendo los diversos paisajes vitales en los que puede habitar un sujeto encarnado en permanente formación y transformación, orientándonos más allá del cuerpo mecánico, buscando el sentido que se muestra en esa relación coexistencial cuerpo-mundo hacia una comprensión más profunda y humana del sujeto en afección de obesidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alemaný, M. (1993). *Obesidad y Nutrición*. Alianza. Madrid.
- Allison D, Kaprio J, Korkeila M, Koskenvuo M, Neale MC, Hayakawa K (1996). *The heritability of body mass index among an international sample of monozygotic twins reared apart*. Int J Obes Relat Metab Disord. 20:501–506.
- Alianza. (1991). *Pureza y peligro: análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Madrid: Siglo XXI.
- American Dietetic Association. (2001). *Position statement of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified*. J. Am. Diet. Assoc. Vol. 101 No. 7: 810-819.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, Cuarta edición (DSMIV)*. Washington D C .
- Aneja A, El-Atat F, McFarlane S, Sowers J. (2004). *Hypertension and Obesity*. 169-205.
- Artículo publicado en Laverde T., María Cristina et al.(2004). **Debates sobre el sujeto. Perspectivas contemporáneas**. Bogotá: DIUC; Siglo del Hombre Editores, 2004. pp. 61-72. **Intervenciones estéticas del Yo Sobre estético-política, subjetividad y corporalidad** Zandra Pedraza Gómez.
- Binswanger, L. (1977). *La escuela de pensamiento de análisis existencial*. En: Rollo, May. Ernes Angel y Henry, FEllemberts(eds). **Existencia, Nueva dimensión en psiquiatría y psicología**. Gredos
- Bernard, K (1999). *Estudio prospectivo Delphi. Costes sociales y económicos de la obesidad y sus patologías asociadas (hipertensión, hiperlipidemias y diabetes)* NILO Industria Gráfica S. A. 13-23. Madrid.
- Barthes, R (1997) *La Aventura Semiotica*. Paidos. Barcelons
- Blackburn, G. Wilson G. y Col (1989). *Weight cycling: the experience of human dieters*. Am J Clin Nutr., 49:1105-9.
- Bourdieu, P. (1986): “*Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo*”, en VV.AA. *Materiales de Sociología Crítica*: Las ediciones de la Piqueta. Madrid.
- Bordo, (1990). “**Reading the slender body**”. Body Politics

- Boss, M. (1963 [1957]). *Psychoanalysis And Daseinsanalysis*. New York: Basic Books.
- Bracco, M. (2005). *Los horizontes del cuerpo en la sicopatología* Filosofema, n. 3-5, Diciembre 2004. tr. it , Héctor Viera Araya.
- Brownell, K. (1994). *Get slim with h* *ixes*. Editorial. Times, Dec 15, 1994, New York.
- Bruch, H (2002) *La jaula dorada: El enigma de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Paidós.
- Bruch, H (1961). *Transformation of oral impulses in eating disorders*. Psychiat Quart, 35, 368, 81.
- Bruch, H (1962). *“Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa”*. Psychoson Med, 24: 187-194.
- Castro, A. García, G. Rodríguez I. (2006). *La dimensión corporal desde el enfoque fenomenológico-existencial*. Rev PsicolCarib.
- Caparros, N y Sanfeliu, I. (1997). *La anorexia: una locura del cuerpo*. Madrid, Biblioteca Nueva.
- Callieri, B (1998) *La perspectiva Fenomenologica de la Corporalidad y la psicopatología*. Universidad de Roma.
- Cervantes, M. (2001) *Don Quijote de La Mancha*. Edit Martin de Riquer. Barcelona, PLANETA.
- Chagnon, Y. Perusse, L. Bouchard C. (1998). *The human obesity gene map: the 1997 update*. Obes Res; 6:76–92
- Chandler, E y Rovira, B (2002). *Obesidad: aspectos etiológicos, psicopatológicos y sociales*. Revista Actualidad Psicológica, N° 300 Agosto.
- Collins CE, Warren JM (2007) **Systematic review of interventions in the management of overweight and obese children which include a dietary component**. Int J of Evidence- Based Healthcare, 5(1):2-53
- Cordella, M (2008).**Incluir la obesidad en el manual de enfermedades mentales ( DSM IV )** Rev Chil Nutr Vol. 35, N°3, Septiembre , págs: 181-187
- Damasio, R. (1996). *El error de Descartes. La emoción, la razón y el cerebro humano*. Grijalbo Mondadori, Barcelona.

- Davis, M (1998). *Are different parts of the extended amygdale involved in fear versus anxiety?*. Biol Psychiatry; 44: 1239-1247.
- De Dios, J. (1999). *Acontecimientos vitales en Anorexia Nerviosa*. II Congreso A.E.T.C.A. Rev. Psiquiatria Fac. Med. Barna, 26,4:84-86 .
- Deblin, M. y Col (2000). **Obesity: What Mental Health Professionals Need to Know**. Rev American Psychiatric Association 157:854-866
- Devereux y Gordon. (2000) *Mito, narrativa y trastornos alimentarios*. Paco Traver
- Dörr Zegers, O. (1995). *El mundo de la paciente con anorexia nerviosa. Cap. XVIII: El rol de la familia en la patogénesis de la anorexia nerviosa. En: Psiquiatría Antropológica; contribuciones a una psiquiatría de orientación fenomenológica-antropológica*. Editorial Universitaria. Chile.
- Douglas, M (1970). *Símbolos naturales. Exploraciones en cosmología*. Alianza,1978. Madrid.
- Douglas, M (1979). *Do Dogs Laugh. A Cross Cultural Approach to Body*.
- Douglas, M (1979). *Implicit Meanings: Essays in Anthropology*. Londres. **Implicit Meanings: Essays in Anthropology**.
- Echwald, M. (1999). *Genetics of human obesity: lessons from mouse models and candidate genes*. J Intern Med; 245:653–666
- Echeburría, E., y Marañón J. (2008). *Co-morbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria en los trastornos de personalidad*.
- Ericsson M., Poston,W y Foreyt J (1996). *Common biological pathways in eating disorders and obesity* *Addict*. Behaviors 21,8:733-743
- El-Shikh, H. (2004). *Acontecimientos vitals y adiccion: una revision de la bibliográfica* Eur. J. Psychiat. (Ed.esp.)
- Esteban, M.(2010). *Antropología encarnada. Antropología desde una misma*. Extraído de:CEIC <http://www.ehu.es/CEIC/papeles/12.pdf> Junio
- Facchini, M. (2002). *Vicisitudes de la imagen corporal en la obesidad*. Revista Actualidad Psicológica, N° 300
- Fontaine K, Redden D, Wang C, Westfall A, Allison D. (2003). *Years of life lost due to obesity*. JAMA 289:187–193
- Fradd H (1994). *Anorexia as Crises Embodied: A Marxist Feminist, Análisis of the Household*. Colorado 112-131

- Freud, S. (1930- 1986). *El malestar de la cultura de Sigmund Freud*. Editado por Nestor Braunstein. México Siglo XXI Editores
- Friedman, J (2004). *Modern science versus the stigma of obesity*. Nat Med; 10:563–569 [http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/external\\_rm=10.1038/nm0604-563&link\\_type=DOI](http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/external_rm=10.1038/nm0604-563&link_type=DOI).
- Fromm, E. (1992). *La patología de la normalidad*. Paidós. Barcelona.
- Fischeler, C (1995) *El (H) omonimo*. Editorial AUNGANA. Barceloma
- García R., Raúl E. (2006). *Notas sobre la noción de salud y la reflexión cultural en la psicología*. Athenea Digital - núm. 9 ISSN: 1578-8946. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1981-2). *Body image in anorexia nervosa: Measurement theory and clinical implications*. International Journal of Psychiatry and Medicine, 11, 263-284.
- Gempeler J. (2007). *La corporalidad funcional como meta terapéutica en el trabajo cognoscitivo-comportamental de los trastornos de la imagen corporal en los TCA: una reconceptualización*. Rev Colomb Psiquiatr: 36:451-459.
- Gerlminghoff y Backmund (2004) *Anorexia y Bulimia. Entender y superar los trastornos alimentarios*. España Grijalbo.
- Gibbs, W. (1996). *Gaining on fat*. Sci Am 1996; 275:88–94
- Gluck, M (2001). **Night eating syndrome is associated with depression, low self esteem, reduced daytime hunger, and less weight loss in obese outpatient**. Obes Res 9: 264-7
- Godina H., Celida. (2001) *La lámpara de Diógenes. Teoría del género*. Año 2, Número 3, Vol. 2, enero-junio
- Goffman I. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrortu. Buenos Aires.
- Goffman, E. (1963). *Estigma*. Anagrama - 1980. Argentina
- Goodman, N.; Dornbusch, S. M.; Richardson, S. A., y Hartof, A. H. (1963): *Variant reactions to physical disabilities*. American Sociological Review, 18: 429-435.
- Goodwin G, y Fairburn, C. (1987). *The effects of dieting and weight loss on neuroendocrine responses to tryptophan, clonidine and apomorphine in volunteers*. Arch Gen Psychiatry, 44: 952-7

- Gordon, R (1990). *Anorexia and bulimia .Anatomic of a social epidemic*: Basil Blackwell, Cambridge.
- Guimaraes, R. (2004). *Psicología de la persona .Texto de apoyo del curso de doctorado “Patología existencial e intervención en crisis*
- Guzmán R., y Luigi, Z. (2009). *Suma Psicológica*, Vol. 16 No 2 Diciembre- 37-50
- Han, T.; Van Leer, E y Col. (1995). *Waist circumference action levels i the identificación of cardiovascular risk factors: prevalence study in a random sample*. Br Med. J. 311: 1401-1405.
- Heidegger, M (1993). *El Ser y El Tiempo*. Fondo de Cultura Económica Ltda. Carrera 16 no 80-118, Santa FE de Bogota DC
- Hirsh, J and Knittle, L. (1970). *Cellularity og obese and non obese human adipose tissue*. Federation Proc. 29. 1516-1521.<http://www.cop.es/papeles>.
- Hunot C y Col (2008). *Definición conceptual de las alteraciones de la conducta alimentaria*. RESPYN. Vol 9, N° 1
- Husserl, E. (1925). *Invitación a la fenomenología*. Paidos Ibérica.1992. (1925). Barcelona.
- Jáuregui. (2006). *Trastornos de la Conducta Alimentaria* 4:295-320
- Jung, R. (1997). *Obesity as a disease*. British Medical Bulletin. 53:307-21.
- Kalivas P, Volkow N (2005). *The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice*. Am J Psychiatry; 162:1403–1413
- Kawada,T, Kamel y and Sugimoto, E. (1996). *The possibility of active form of vitamins A y D as suppressors and adipocyte development via ligand dependenttranscriptional regulators*. Int J. Obes 20, suppl 3: S52-S57
- Kishi y Elmquist (Molecular Psychiatry 2005; 10: 132-146). McMinn JE, Baskin DG, Schwartz MW (Obesity Reviews, 1: 3746, 2000) .
- Kumanyika S, Jeffery R, Morabia A, Ritenbaugh C, Antipatis V. (2002). *Public Health Aproaches to the Prevention of Obesity. Working Group of the International Obesity Task Force*. Obesity Prevention: the case for action. Int J Obes Relat Metab Disord; 26:425-365.
- Laing R. (1988). *Percepción interpersonal* Amorrortu; Buenos Aires.
- Leal, J. (2005) *La autonomía del sujeto investigador y la metodología de la investigación. Conservando el discurso*. Centro .Editorial Litorama. Mérida

- Le Breton, D. (1990). *Antropología del Cuerpo y Modernidad*. Ediciones nueva visión. 1990. Buenos Aires
- Le Breton, D (2002). *La Sociología del Cuerpo*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.
- López-Ibor,J (1974). *El cuerpo y la corporalidad*. Gredos. Madrid.
- Lowen, A (1985).*El Lenguaje del cuerpo* .Editorial Harper
- Marcel, G. (1927). *Journal Metaphysique 913-1923*. Gallimard, Paris, trad cast *Diario Metafísico*. Losada Buenos Aires 1957, y Guadarrama, Madrid 1969.
- Martínez, M (1998). *La investigación cualitativa etnográfica en educación*. Manual teórico-práctico Edit Trillas. 3 ediciones. México
- Martínez, M. (2004) *Ciencia y arte en la metodología cualitativa* Ed Trillas. S.A. México
- Maturana, H y Varela, F. (1990). *El Árbol del conocimiento. Las bases biológicas del conocimiento humano*. Madrid: Debate.
- May, R. (1996). *The meaning of anxiety*. The Ronald Press Company. (Publicado originalmente en 1950). New York.
- May, R (1990) *Amor y Voluntad*. Barcelona. Editorial Gedisa.
- Mc Ewen B, Milner T. (2007). *Hippocampal formation: shedding light on the influence of sex and stress on the brain*. Brain Res Rev 2007; 5:343-355
- Merleau-Ponty, M (1997). *Fenomenología de la percepción*. Barcelona.Península.
- Merleau-Ponty, M (1968). *The Visible and the Invisible*. Evanston: Northwestern University Press.
- Meyer JM, Stunkard AJ (1993). *Genetics and human obesity, in Obesity Theory and Therapy*, 2nd ed. Edited by Stunkard AJ, Wadden TA. Raven Press. pp 137–149. New York.
- Milkewicz A Cash, T. & Hrabosky, J.(2004). *Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: the role of stigmatizing experiences*. *Body Image*, 1(2), 167.



- Moreira, V. (2001). *Más allá de la persona. Hacia una psicoterapia fenomenológica mundana*. Santiago de Chile: Universidad de Santiago.
- Moreira, V. (2004). *O método fenomenológico de Merleau-Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em psicopatologia*. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 13, 447-456. Brasil.
- Morin, E (2001) *Introducción al pensamiento Complejo*. Editorial GEDISA. Barcelona
- Morin, E (2005) *Amor, Poesía y Sabiduría*. Editorial GEDISA. Barcelona
- Muller D, Sorkin, J. (1993). **Long-term effects of change in body weight on all-cause mortality**. *Ann Intern Med*. 1993.119 (7 pt 2):737-743.
- Nasser, M. (1988). *Eating disorders: The cultural dimension, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23: 184-187.
- Nieto, H (2001). *Boletín de temas de salud de la asociación de médicos Municipales de la ciudad de Buenos Aires*. Suplemento del Mundo Hospitalario año 8 N° 68
- Nietzsche F (2005). *Así habló Zaratustra*. Edición de José Rafael Hernández Arias. Madrid
- Ogden C, Carroll, M, Curtin L, McDowell M, y Col (2006). *Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999–2004*. *JAMA*; 295:1549–1555
- Ogden (2003). *The psychology of eating*. Oxford: Blackwell
- Organización Mundial de la Salud.CIE-10. *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Edit. MEDITOR. Madrid. 1992.
- Ortega, y Gasett, J. (1964-1963). *Obras Completas*. Vol. XII, Revista De Occidente. Madrid.
- Osorio, F. (1998). *El Método Fenomenológico: Aplicación de la epoché al sentido absoluto de la conciencia*. *Revista Cinta de Moebio*. No.3. Abril. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.
- Pelegrina, H (2006). *Fundamentos Antropológicos de la Psicopatología*, Edic. Polifemo, Madrid. 632 págs. - 45 a 48

- Pérez Gual, J. C. ( 2000). *El cuerpo en venta. Relación entre el arte y la publicidad*. Cátedra, Madrid, p. 65.
- Perpiñá, C. (1989): *Trastornos alimentarios: el estado de la cuestión*. Promolibro. Valencia. Venezuela.
- Perpiñá, C. Belloch, A.; Sandín, B.; Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*. McGrawll/Interamericana de España S.A. Madrid
- Petitot, J., Valera, F y Col (1997) *Naturaleza Fenomenologica*. Issmes in Contemporany phemamemilogy and cognitiva socience, Satanford, University Press.
- Pfeiffer, M (1994). *Psicología y psiquiatría fenomenológica*, Buenos Aires, Facultad de Psicología.
- Pi-Sunyer, (1998). *FX :NHL.BI obesityeducation initiative expert panelon the identification,evaluation and treatment of overweight and obesity in adults – the evidence report*. Obes Res 1998: 6 (supl 2)
- Porte, D ,Seeley R. (1998). *Obesity, diabetes and the central nervous system*. Diabetología., 41:863-81.
- Phillips, G (1977) *Relationship between serum sex hormones and glucise, insulon and lipid abnormalities in men with myocradical infarction*.
- Prigogine, I. (1999). *Las leyes del caos*. Barcelona: Crítica.
- Pruzinsky, T. Cash, T.(1990). *Integrative theme in body image, development, deviance and change*. The Guilford press. N. York,
- Puhl R., Latner J. (2008). *Obesity 16*, S1–S2; doi:10.1038/oby.2008.460 Weight Bias: New Science on an Significant Social Problem
- Puhl, R. (2009). *The Stigma of obesity: A review and update*. Obesity a research Jorunal: 17 5, 941-964.
- Quesenberry C, Caan B, Jacobson A. (1998). *Obesity, health Service Use, and Health care costs among members of a health maintenance organization*. Arch Intern Med; 158:466-72.
- Quetelet, A ( 1871). *La antropometría o medida de las diferentes facultades del hombre*
- Ramos, P. (1992). *Manifestaciones psicopatológicas de la esfera de la subjetividad. Los trastornos del yo*. Acta Luso. Esp. Neurología Psiquiatria, 20, 6, 267-272.

- Ravussin E, Bogardus C. (1990). *Energy expenditure in the obese: is there a thrifty gene?* Infusionstherapie.
- Ranean, G (1988) *Role of insuline resistance in inuman disease*. Diabetes
- Ravenna, M.(2004) Una delgada linea entre el exceso y la medida
- Reinharz, S. (1997). *El fracaso industrial de la fina estampa*. Rev. Visión. Vol. 89 N° 1. Bs. As. Julio
- Routledge. (1988). *Símbolos naturales: exploraciones en cosmología*. Madrid.
- Rovaletti, M. (1990). *En torno a la identidad personal*. Madrid: Sistemas, 98: 87-103.
- Sandin, B. (2002). *El Estrés Un análisis basado en los factores sociales*. Revista internacional de psicología clinica y de la salud. Vol. 3, N° 1, pp. 141-157
- Sandín, B. (2001). *Estrés y hormonas*. En B. Sandín (ed.), *Estrés, hormonas y psicopatología*. (pp. 89-114). Madrid: Klinik.
- Santere, J (1943/1966) *El ser y La nada*. Washinton- Square Tress.
- Sartre,J ( 1943) *El Ser y La Nada*. Editorial Losada
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S. (1997). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Paidos, Barcelona
- Sheehan, M. & Jensen, M.(2000) *Metabolic complications of obesity. Pathophysiologic considerations*. Med. Clin. North Am. 84:363-385.[Medline] 8. (2005 The American Society for Nutritional Sciences J. Nutr. 135:1314-1319, May 2005 1,2.)
- Silvestre, E. & Stavile, A. (2005). *Aspectos psicológicos de la obesidad. Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario*. Tesis de posgrado no publicada. Universidad Favaloro. Córdoba, España.
- Silvestri, E., Stavile, A., Hirschman, J. (2005). *Aspectos Psicológicos de la Obesidad*.
- Slade, P. (1994): *What is body image?, Behaviour research and therapy*: N° 32.
- Solomon, C., y Manson, J. (1997). *Obesity and Mortality: a review of the epidemiologic data*. Am J Clin Nutr 66:10445-505.

- Soria Ruiz, J (2001). *Enfermo como totalidad*. Archivos de psiquiatría Vol. 64 N° 4.
- Spinelli, E. (1989). *The interpreted world. An introduction to phenomenological psy-chology*. London: Sage
- Stunkard A, Sobal J. (1995). *Psychosocial consequences of obesity*. En: Brownell KD, Fairburn CG, editores. **Eating disorders and obesity: a comprehensive manual**. Guilford Press: 417-421. New York
- Stunkard, A. y Freedman (1982). *Tratado de Psiquiatría*. Salvat Editores. Barcelona.
- T Kishi, J (2005). **Elmqvist molecular psychiatry**.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós. Barcelona.
- Terapia Psicológica (2009) *El método fenomenológico crítico M-P.*, Vol. 27, N° 2, 247-257
- Toro J. (1995). *Los trastornos oraalimenticios, en Psicopatología del niño y del adolescente*, coord. J. Rodríguez Sacristán Ed. Universidad de Sevilla
- Toro, J (1996). *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Ed. Ariel Ciencia. España.
- Turner, B. (1989). *El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social*. Fondo de Cultura Económica. México.
- Uher R, Murphy T, Brammer MJ, Dalgleish T, Phillips ML, Ng VW, Andrew CM, et al. *Medial prefrontal cortex activity associated with symptom provocation in eating disorders*. Am J Psychiatry 2004; 161:1238-1246. (21)
- Unikel, C. Aguilar, J. y Gómez, G. (2005). *Predictors of Eating behaviors in a sample of Mexican women*. *Eating and Weight Disorders*, 10, 33- 39.
- Unikel, C., Saucedo, T., Villatoro, J., Fleiz, C. (2002). *Conductas Alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años*. *Salud Mental*; 25: 49-57.
- Valenzuela, A. (2004). *Tejido adiposo: algo más que grasa corporal*. *Rev. Esp. Obes.*, 2(6), 327-350. España.
- Vanegas, J. (2001). *El Cuerpo a la Luz Fenomenología*. Ediciones Artes Gráficas Tizan Ltda. Manizales.

- Vague, J (1947) *La diferenciación sexual, factor determinante en las formas de obesidad*. Presse Madrid.
- Varela F. (1990). *Conocer*. Ed. Gedisa. Barcelona
- Varela F, Thompson E, Rosch E. (1991). *The Embodied Mind*. MIT Press, Cambridge.
- Varela F (1992). *De cuerpo presente. Las ciencias cognitivas y la experiencia humana*. Gedisa. Barcelona.
- Varela F (2000). *El fenómeno de la vida*. Dolmen Ediciones. Santiago de Chile.
- Vargas, J. (2007) *Estrés psicológico y enfermedad*. American Psychiatric Association
- Velásquez, E.; Villalobos L.; y Col (2003). *Obesidad en Niños y Adolescentes. Experiencia del Servicio de endocrinología Pediátrica del Hospital “J.M. de Los Ríos”*. 3er Premio XLIX Congreso Nacional de Pediatría. Vol. 66 N° 3, Archivos venezolanos de puericultura y pediatría, Julio – Septiembre.
- Von Foerster, H (1994)“*Visión y conocimiento: disfunciones de segundo orden”, en Nuevos Paradigmas*. Cultura y subjetividad de Dora Fried Schnitman (comp.). Editorial Paidós. Buenos Aires
- Vlahos, O (1979) *Body, the ultimate symbol*. Lippincott Co. Nueva Y.
- Vogler G, Sorensen T, Stunkard, A y Col (1995). *Influence of genes and shared family environment on adult body mass index assessed in an adoption study by a comprehensive path model*. Int J Obes Relat Metab Disord. 19:40–45
- Volkow, N, y O' Brien C. (2007). *Issues for DSM-V Should obesity be included as a brain disorder?*. Editorial Am J Psychiatry; 164(5): 708-710.
- Volkow, N. (2007). *El cerebro y la comida. Investigación y ciencia*.
- Wadden T, Stunkard, A(1993). **Psychosocial consequences of obesity and dieting**. En: Stunkard A, Wadden T. **Obesity: theory and therapy**. New York: Raven Pres: 163-178.
- Ward A, Ramsay R, Treasure J. (2000). *Attachment research of eating disorders*. *Brit J Med Psychol*; 3:35-51.
- Wheller, K; Broad, R. (1994). **Alexithymia and overeating**. *Perspect. Psychiatr.Care*.1994, Jan-Mar.; 30(1); 7-10

- Wilber, K (2005). *Sexo, ecología, espiritualidad*. Edit Gaia Segunda edición revisada Non.
- Wolf, A y Colditz, G (1998). *Current estimates of the economic cost of obesity in the United States*. Obesity Research. 6(2):97-106)
- World Health Organization (WHO) (1990) *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Geneva: Tec Rep. Series 797.
- Zukerfeld, R. (1979). *Psicoterapia y obesidad*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Zukerfeld, R. (1996). *Acto bulímico y tercera tóptica*. Paidós (2ª ed.). Buenos Aires.
- Zukerfeld, R. (2002) *Psicoterapia psicoanalítica y obesidad*. Rev. Actualidad psicológica N 300.
- Zutt, J (1974). *Hambre y Apetito*. En: *Psiquiatria Antropológica*. Edit. Gredos. Madrid.

## **ANEXOS**

**[ANEXO - A]**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Usted es invitado a participar voluntariamente en este estudio, sin ofrecerle incentivo de ningún tipo; es libre de aceptar o rechazar. Usted deberá responder estos cuestionarios, cuyos resultados que serán manejados confidencialmente ya que se evaluará: síndrome de desgaste profesional, Índice de reactividad al estrés, Desgaste profesional crónico y trastornos psicopatológicos. Su respuesta se mantendrá en absoluta reserva;

Yo: \_\_\_\_\_

Acepto libre a participar en este estudio previa información del mismo.

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha de la autorización: \_\_\_\_\_

Firma

---



**[ANEXO - B]**  
**ENTREVISTA N° 1**

<b>ENTREVISTAS SUJETO</b>					
<b>INFORMANTE 1 M C</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>PROPIEDADES</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>SIGNIFICACIÓN</b>	<b>INTERPRETACIÓN</b>
<p>Sucedió quede embarazada a los 24 años, uno espera que lo apoyen pero no, pura critica, escondida en mi cuarto que nadie me viera, si apoyo de nadie, eso me afecto mucho.</p> <p>Está bien cometiste un error apoyo era lo que yo quería Yo acepte que me equivoque con responsabilidad y lo pague con creces, mi hija la criaron mis padres, yo no participe en la crianza</p> <p>Uno confía en el novio crees que te apoyara, pero no ya tu eres mayor y sabes lo que haces.</p> <p>Salir embarazada sin</p>	Embarazo fuera del matrimonio	<p>Salir embarazada para mí fue un terror Uno espera que lo apoyen, pero no pura critica, eso me afecto mucho Escondida en mi cuarto Yo acepte que me equivoque con responsabilidad. Para el novio tu eres mayor de edad y con cedula</p> <p>Para mi familia un horror.</p> <p>Después del parto seguí viviendo en mi casa porque para dónde vas a coger</p>	Experiencia de vida	El embarazo para mí fue un terror	La experiencia del embarazo fue de miedo y abandono y produjo un cambio en sus relaciones dentro del grupo familiar

casarme para mí fue un terror y un horror para mi familia. Después del parto tuve que seguir viviendo en mi casa, uno está ahí porque para dónde vas a ir, no puedes					
<p>No participe en la crianza de mi hija, era un cero a la izquierda, pasaron por encima de mí, que le dicen que yo la abandone. Mi papa la adopto. Cuando me case no me la pude llevar, me decían que era una mal agradecida que mi mama estaba allí. Que le metieron en la cabezota, no se, mama es mama, yo no participe de nada, que va a decir ella, mi mama no esta no le importa mi vida.</p> <p>Yo a mi mama no se lo perdono, los hijos son de uno, el marido no.</p>		<p>Mis padres me quitaron la hija</p> <p>Un cero a la izquierda en la crianza, no participe en nada. Que va a decir ella, mi mama me abandono.</p> <p>A mi mama no se lo perdono los hijos son de uno el marido no</p>			
No he pensado en el amor así como tal. Lo enfocas en cualquier persona que		No he pensado en el amor así como tal. Lo enfocas en		Mi primera relación amorosa termino en	La experiencia amorosa negativa , cambio su

<p>te atrae, que puede conversar contigo. Uno siente que esa persona siente lo mismo., que te apoya, pero que pasa sales embarazada y la reacción de esa persona es que tu eres mayo y con cedula de identidad se te va todo. Después quiso regresar y lo rechacé no lo vi mas soy muy radical cuando es no es no Me case cinco años después</p>	<p>Amor</p>	<p>cualquier persona que te atrae. Que comparte contigo Que siente lo mismo que tu. Pero sales embarazada y se te cae todo No lo quise ver mas</p>	<p>Experiencia de vida</p>	<p>embarazo y abandono</p>	<p>visión del amor basado en la confianza y comprensión</p>
<p>Todo lo que uno gana lo invierte en los hijos, yo creo que todo el mundo piensa así Los hijos son de uno el marido no</p>	<p>Hijos</p>	<p>Identificación responsabilidad</p>	<p>Experiencia de vida</p>	<p>Los hijos son lo primero</p>	<p>La maternidad es lo mas importante en su vida</p>
<p>Con la muerte de mi papa en el año 2000 me di cuenta de la barriga.  Yo no me veía la barriga No me veía en el espejo no quería, no lo había asimilado.</p>	<p>Cuerpo</p>	<p>No me veía la barriga No quería verme en el espejo.  La ropa no me quedaba Yo siempre me cuidaba, antes era delgada aun en los embarazos.</p>	<p>Imagen corporal</p>	<p>Yo no me veía la barriga, no me veía en el espejo no quería. Esa no era yo</p>	<p>La barriga le causa rabia y le produce rechazo de su imagen corporal</p>

<p>La ropa no me quedaba Yo siempre me cuidaba, esta barriga no la tenía, siempre fui delgada, aun con los embarazos Cuando me vi en la foto me sentí horrible con rabia, uno empieza a buscar las fotos de antes y se ve que parece una cochina.</p> <p>En la academia donde hago bailoterapia, el comentario de una de las compañeras que dijo que parecía una cochina, lo repetía y repetía en la conversación ,aquí la única que esta pasada de kilos soy yo, pero yo no me considero cochina. Cuando era chama comía cualquier cantidad de comida a cualquier hora, si como ahora así ruedo Después de los cincuenta el metabolismo cambia si como así ahora ruedo. Yo no sufro de tiroides, no tomo estrógenos.</p>		<p>Me sentí horrible, con rabia.</p> <p>Me veía como una cochina al compararme con las fotos de antes. Aquí la única pasada de kilos soy yo.</p> <p>Aumento después de los cincuenta por cambios en su metabolismo</p>			
---	--	--	--	--	--

<p>Durante mi adolescencia, todo era no, tú no podías salir, todo estaba prohibido. No había confianza. Salía escondida y después de la niña todo fue peor. Tú eres la mala de la película y ellos son los mejores del mundo.</p> <p>Yo creo que a uno hay que preguntarle qué vas a hacer. Lo importante es lo que tú piensas no lo que la gente diga. Que no te tomen en cuenta, eso es lo que molesta. Acaso estoy pintada</p>	<p>Adolescencia</p>	<p>Todo era no          Todo estaba prohibido.          Falta de confianza con sus padres.          Salía a escondidas          No le pedían su opinión.          Que no te tomen en cuenta eso es lo que molesta          Acaso estoy pintada en la pared</p>	<p>Experiencia de vida</p>	<p>En mi época de adolescencia no había confianza con los padres ellos siempre tenían la razón</p>	<p>Creció en un ambiente familiar de desconfianza y críticas negativas donde su opinión no era tomada en cuenta</p>
---	---------------------	--	----------------------------	--	---

<p>Me gusta el súper peligro en las relaciones, tu nunca conoces realmente a una persona</p> <p>Me case y me dedique a cuidar a mi hija y a mi esposo, el venia de dos divorcios.</p> <p>Nunca ejercí mi profesión contadora</p>	Relación conyugal	<p>Las relaciones son peligrosas</p> <p>Hay que cuidarlas</p> <p>Tú nunca conoces realmente a una persona.</p> <p>Me case y me dedique a cuidar a mi hija y a mi esposo</p> <p>No ejercí mi profesión</p>	Vínculo afectivo	<p>Las relaciones de pareja son peligrosas porque tu nunca conoces realmente a la persona</p>	Vínculo afectivo inseguro.
<p>Cuando era chama comía cualquier cantidad de comida a cualquier hora, si como ahora así ruedo</p> <p>Después de los cincuenta el metabolismo cambia si como así ahora ruedo</p>	Hábitos alimenticios	<p>Cualquier cantidad de comida.</p> <p>Comer a cualquier hora</p> <p>El metabolismo cambia después de los cincuenta</p>	Comer	<p>Cuando eres joven tu puedes comer de todo a cualquier hora y no engordas</p>	Cuando envejeces debes cuidar tu alimentación
<p>Vives metida en la casa, amistades no tengo, es un solo circulo metida en la nevera y el televisor, mas nada., con quien conversas, inventas comidas.</p> <p>No había dinero todo para los niños yo creo que todo el mundo piensa así.</p> <p>Ahora me libere, las cosas mejoraron, la</p>	Modo de vida	<p>Vives metida en la casa sin amistades.</p> <p>Un solo circulo metida en la nevera y el televisor</p> <p>No conversas con nadie inventas comida.</p> <p>No había dinero todo para los niños.</p> <p>El trabajo del esposo mejoro no estás tan limitado la hija creció</p>	Experiencia de vida	<p>Mi vida estaba centrada en la cocina , la casa y la familia y lo más fácil era hartarme de comida</p>	Modo de vida socialmente aislado

<p>economía, la hija creció, voy a pensar en mí que estoy haciendo conmigo, ya estás madura pero ves el resultado de tanta espera. El trabajo de mi esposo mejoró, no estás limitado, todas esas cosas influyen en tu personalidad, que es lo más fácil para tí hartarte de comida muchas veces. Entrar en la academia bailoterapia me ayudó en todo, el ambiente ves a otras personas, otras cosas uno cree que los problemas de uno son los peores y no es así me la paso quejándome y me doy cuenta que no tengo problemas, la rutina pagar el agua la luz no me voy a morir por eso y mañana será otro día</p>		<p>Todas esas cosas influyen en tu personalidad que es lo más fácil para tí hartarte de comida Ya el organismo no es igual no tienes el mismo metabolismo no estás comiendo lo que debes comer. El ambiente de la bailoterapia me ayudó a ver otro mundo y otras personas. Me doy cuenta que no tengo problemas sino lo ordinario pagar la luz, el agua.</p>			
<p>Cuando pasa el tiempo y haces una recopilación de todas las cosas (cumpleaños, fiestas) te das cuenta de las carencias. Uno no está</p>	<p>Reminiscencias</p>	<p>No se celebraban cumpleaños, No había fiestas Los recuerdos no la deprimen ni entristecen</p>	<p>Experiencia de vida</p>		

traumatizado, no me voy a deprimir, sino me deprimí antes menos a estas alturas de mi vida, me paro, me sacudo y pa lante					
Mi papa era troglodita y machista para él la mujer era para la casa y la cocina, cuando nació mi papa esperaba un varón. Mi papa decía que yo era bruta que no podía estudiar ciencia,. Nos reuníamos para comer en silencio no se podía opinar ni hablar era lo que decía mi papa y punto	Padre	Para él la mujer era para la casa y la cocina. Decía que yo era bruta y que no podía estudiar ciencia.  Cuando nació mi papa esperaba un varón. No se podía opinar ni hablar era lo que decía mi papa.	Vinculo afectivo	Mi papa era troglodita y machista	Un papa autoritario
Para ella su hombre era lo primero, se caso a los 15 años., con un hombre mucho mayor que ella, hasta la enseñó a cocinar. Ella hacía lo que él decía	Madre		Vinculo afectivo	Para mi mama lo primero era su hombre	Vinculo afectivo dependiente
Es bonito tener apoyo. Uno no es nadie para juzgar al otro, no tengo apoyo familiar, no comparten conmigo nada. Si voy a Pto la Cruz me	Familia	No tengo apoyo familiar. No comparten conmigo No me siento querida Mis hermanas dicen	Familia	No me siento querida ni apoyada por mi familia Soy diferente a mis hermanos.	No está integrada en el grupo familiar, se siente rechazada



<p>quedo en casa de una amiga o en un hotel, porque que vas a hacer en un sitio donde no te sientes querida.  La relación con mis hermanas era pésima, ellas decían que yo era adoptada  Con la muerte de mama se termina de romperse la unión familiar</p>		<p>que soy adoptada.  La unión familiar se termina de romper con la muerte de la mama</p>			
---	--	---	--	--	--

**[ANEXO – B-2]**  
**ENTREVISTA N° 2**

<b>SUJETO</b>					
<b>INFORMANTE 2 NL</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>PROPIEDADES</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>SIGNIFICACIÓN</b>	<b>INTERPRETACIÓN</b>
<p>En la adolescencia mis padres me dieron un poquito más de libertad, tenía doce años iba y venía caminando de mi casa al colegio y entonces comía mucha chucherías en los kioscos. Por norma en mi casa íbamos de la escuela a la casa, nunca dormíamos fuera, la primera vez que dormí fuera en casa de una amiga tenía 18 años, me acostumbre a no salir ahora salgo mas al cine, no salgo de rumba no me siento bien en esos ambientes</p> <p>En mi primer año de liceo lo peor eran los niños se metían conmigo por ser gordita. Era un ambiente hostil yo les</p>	Adolescencia	<p>Lo peor eran los niños del liceo Se metían conmigo por ser gordita No había apoyo de los profesores Una me llamaba camioncito Era un ambiente hostil. Me retraje mucho. Perdí mi primer año. Cambie, me volví prepotente, era muy buena alumna. Para mi fue la época del hielo del látigo de la indiferencia. Me sentía extraña en mi relación con los muchachos,. Cuando mis amigas hablaban de muchachos yo no participaba</p>	Experiencia de vida	<p>En mi adolescencia me afecto mucho que los niños y los profesores se metían conmigo por ser gordita</p>	<p>La burla de sus compañeros y profesores por ser gordita en la adolescencia la volvió insegura en su relación con los muchachos</p>

<p>hablaba a mis amigas de un chico que me gustaba y ellas se burlaban de mi. No había apoyo de los profesores, una de las profesoras me decía camioncito me volví introvertida, perdí el primer año y me cambiaron de liceo. Yo cambie era muy buena alumna me volví prepotente. Para mí esa fue la era del hielo, del látigo de la indiferencia. No tenía amigos. Reflexione y decidí cambiar ser mas amiga mas extrovertida. Sin embargo me seguí sintiendo extraña en mi relación con los muchachos, cuando mis amigas se reunían para hablar de chicos yo no participaba</p>					
<p>En mi familia la celebración es la comida, se cocina rico</p>		<p>Me gusta comer mucho. Comer sobre todo dulce</p>		<p>La celebración es la comida, nos reunimos</p>	<p>Comer es un acto social que une a la familia y los</p>

<p>con mucha salsa y frituras. Me gusta comer mucho sobre todo dulces. Necesito sentir algo rico en la boca, mi lengua como que piensa en chocolate.</p> <p>Mi novio me dejo cuando empecé a engordar, que tristeza me consolé comiendo y después me sentí culpable.</p> <p>Hace poco, un mes, entendí con la práctica de la metafísica, que puedo tener voluntad y fuerza para perder peso, que dios me da las herramientas. La motivación actual para adelgazar es sentirme bonita conmigo misma, bien, tener ropa bonita. Estoy haciendo dieta y mis hermanitas y mis padres vigilan la dieta, están pendientes de mi, me quieren</p>	<p>Hábitos alimenticios</p>	<p>me hace sentir algo rico en la boca</p> <p>Mi novio me dejo cuando empecé a engordar, que tristeza me consolé comiendo y después me sentí culpable</p> <p>Estoy haciendo dieta y mis hermanitas y mis padres vigilan que la cumpla, están pendientes de mi, me quieren</p> <p>La motivación actual para adelgazar es sentirme bien conmigo misma, tener ropa bonita</p> <p>Mis padres y hermanas vigilan que cumpla la dieta me quieren</p>	<p>Comer</p>	<p>para comer y compartir</p>	<p>amigos</p>
--	-----------------------------	--	--------------	-------------------------------	---------------

<p>Mis experiencias sentimentales han sido malas en parte culpa mía yo me mostraba como no soy más sensual (juegos de doble sentido) para atraer a los chicos eso lo aprendí en la televisión y con las compañeras, ya no hago eso no estaba bien. Los muchachos siempre quieren otra cosa. No me siento bien con los muchachos, creo que eso se relaciona con mis malas experiencias en el bachillerato. El afecto es importante para mí me gusta sentirme querida, mi mamá me dice que tengo que cambiar, me entrego mucho en mis relaciones</p>	<p>Amor</p>	<p>Mis experiencias sentimentales han sido malas. No me siento a gusto con los muchachos Los muchachos siempre quieren otra cosa. Me gusta sentirme querida</p>	<p>Experiencia de vida</p>	<p>Mis experiencias sentimentales han sido malas</p>	<p>Se siente rechazada e insegura en sus relaciones sentimentales</p>
<p>En mi casa no hay secretos nos contamos todo y hablamos de todo, claro hay cosas que por respeto no</p>	<p>Familia</p>	<p>Confianza Amor</p>	<p>Familia</p>	<p>Cuando me case espero tener una familia como la mía</p>	<p>La familia le trasmite amor, apoyo y respeto</p>

<p>hablo con mis padres, esos temas los hablo con mi mejor amiga. Tengo confianza para hablar con mi mama, pero me parece que no toma en serio cosas importantes para mí, lo toma a broma eso no me gusta.</p> <p>Me gusta que me oigan Tu opinión es importante</p> <p>Mi papa es un hombre de carácter, se hace respetar, no tiene miedo y pelea por lo que quiere, no tolera las injusticias</p> <p>Recuerdo mi infancia con mucha alegría, los problemas que recuerdo eran económicos pero siempre teníamos la ayuda de los amigos y los vecinos para solucionarlos vivíamos en una comunidad pequeña</p> <p>Cuando me case espero tener una familia como la mía con mucho amor</p>		<p>Respeto</p>		<p>con mucho amor</p>	
---	--	----------------	--	-----------------------	--

<p>Tengo desconfianza en mi misma.  En realidad no me gusta mi aspecto físico  Tengo las piernas muy gordas</p>	<p>Cuerpo</p>	<p>Tengo las piernas muy gordas</p>	<p>Imagen corporal</p>	<p>No me gusta mi aspecto físico</p>	<p>El rechazo de su imagen corporal se centra en las piernas</p>
---	---------------	-------------------------------------	------------------------	--------------------------------------	--

**[ANEXO – B-3]**  
**ENTREVISTA N° 3**

<b>SUJETO</b>					
<b>INFORMANTE 3 LR</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>PROPIEDADES</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>SIGNIFICACIÓN</b>	<b>INTERPRETACIÓN</b>
<p>La apariencia personal ha sido para mí sumamente importante, me he cuidado toda mi vida de verme bien, no entiendo a mis compañeras de trabajo que se jubilaron y se descuidaron, están irreconocibles. Yo me he cuidado toda mi vida para no engordar, desde que nací tengo esa tendencia,</p>	Apariencia personal	<p>La apariencia personal es sumamente importante</p> <p>Me he cuidado toda mi vida de verme bien. Me he cuidado toda mi vida para no engordar</p> <p>Durante la adolescencia tomaba cualquier cantidad de pastillas para adelgazar</p>	Imagen corporal	Me he cuidado toda mi vida para no engordar y verme bien	Una persona cuidadosa de su apariencia personal debe ser delgada
<p>Ingrese a estudiar a la universidad a los 18 años, y comencé una relación de noviazgo con mi actual marido, yo pienso que el lleno el vacío que dejo mi papa, tan es así que le llamo papi, me atrajo su inteligencia, lo</p>	Embarazo	<p>Embarazo fuera del matrimonio a los 20 años</p> <p>A los cinco meses de embarazo se lo dije a mi mama</p> <p>Me case y me fui a vivir con mi esposo.</p> <p>Mi mama lo acepto y</p>	Experiencia de vida	Asumí mi embarazo con valentía y nunca tuve miedo, asumo siempre las consecuencias de mis actos y no tengo miedo	La crisis del embarazo fuera del matrimonio fue asumida con responsabilidad y confianza



<p>admiraba, nada de romanticismo, me llevaba 10 años. Salí embarazada a los 20 años, cinco meses después me case escondida y le informe a mi mama que estaba embarazada y me fui de la casa a vivir con mi esposo. Asumí mi embarazo con valentía y nunca tuve miedo, asumo siempre las consecuencias de mis actos y no tengo miedo. Mi mama lo acepto y mis amigas me apoyaban. Me enfrente al reclamo de mi hermana mayor que es como mi mama y mis hermanos, sin embargo no me cerraron las puertas, me apoyaron porque los dos estábamos estudiando</p>		<p>mis amigas me apoyaban.</p> <p>Mis hermanos no me cerraron las puertas, nos ayudaron ,los dos estábamos estudiando</p>			
<p>Yo me he cuidado toda mi vida para no engordar, desde que nací tengo tendencia a ser gorda.</p>	<p>Cuerpo</p>	<p>Desde que nací tengo tendencia a engordar</p> <p>En mi adolescencia tomaba cualquier cantidad de pastillas</p>	<p>Imagen corporal</p>	<p>Se lo que es estar gorda he padecido eso toda mi vida</p>	<p>No acepta su gordura porque daña su imagen corporal ideal , y eso la hace padecer</p>

<p>En mi época de adolescencia el estar flaca ya era una moda., junto con mis amigas tomaba cualquier cantidad de pastillas para adelgazar, se vendían libremente, sin orden médica, muchas de las hijas de mis amigas de esa época se han vuelto anoréxicas, mi hija es gorda pero yo no soy obsesiva con ella. Se lo que es estar gorda he padecido eso toda mi vida</p> <p>Los embarazos fueron terribles en relación al peso, me liberaba comiendo y aumentaba hasta 25 kilos, eso me deprimía mucho Después de la jubilación engorde muchísimo por eso decidí operarme. A mí me gusta cocinar y comer sin cuidarme toda la vida en eso, por eso me opere.</p>		<p>para adelgazar</p> <p>Los embarazos alteran mi alimentación, me libero y como mucho, aumento hasta 25 kilos</p> <p>Después de la jubilación engorde muchísimo llegue a pesar 100kilos por eso decidí operarme. Estoy pensando volver a operarme Me siento impotente y eso me pone ansiosa</p>			
--	--	--	--	--	--

<p>Después de la operación he perdido 18 kilos pero siento que estoy estancada, Eso me hace sentir impotente. Si no rebajo lo que quiero estoy pensando operarme de nuevo. La cara si no me la operaria nunca me cambiaria la expresión</p>					
<p>Mi infancia fue feliz era la consentida por ser la menor de 10 hermanos. Éramos todos muy unidos, una familia unida con principios de solidaridad y de compartir. No era indispensable acariciarse y besarse para expresarse afecto, el más expresivo era mi papa con las mujeres, mi mama era más dura, era muy activa políticamente, hizo una gran labor social, a mi no me gustaba eso, me parecía que le quitaba tiempo para estar en familia Mis padres me dieron muy buen</p>	<p>Familia</p>	<p>En mi familia el compartir y el dar eran importantes. No era indispensable acariciarse y besarse para demostrar afecto. Mis padres eran católicos practicantes estrictos Mi infancia fue feliz. Mis padres nos dieron muy buen ejemplo, eran muy trabajadores. Nos enseñaban que había estudiar para ser alguien en la vida, ser profesionales. Seguimos siendo una familia unida</p>	<p>Familia</p>	<p>Mi familia es muy unida, con principios de solidaridad y de compartir, sin manifestaciones externas de afectos</p>	<p>La familia se mantiene unida por valores de solidaridad</p>

<p>ejemplo, eran muy trabajadores nos enseñaban la importancia de ser alguien en la vida, estudiar para ser profesionales, mi mama que era maestra hasta en vacaciones nos ponía a estudiar. Eran católicos practicantes estrictos</p>					
<p>Me mimaban y yo era la más rebelde, quizás porque mi educación fue muy estricta mucha disciplina, me controlaban las amistades, los estudios, antes le planificaban la vida a uno no como ahora. A los 12 años me envían a estudiar interna en Valencia En mi época yo era una adolescente zanahoria nada de drogas ni alcohol. En esa época el estar flaca ya era una moda, tomábamos cualquier cantidad de pastillas para adelgazar</p>	<p>Adolescencia</p>	<p>Era rebelde Mi educación fue estricta mucha disciplina, me controlaban las amistades, los estudios, me planificaban la vida.  A los 12 años estuve interna en un colegio de religiosas.  A los 16 años nos mudamos de ciudad eso fue terrible deje a mis amigos y familiares.  Mi papa enferma de cáncer de hígado, su enfermedad afecto al</p>	<p>Experiencia de vida</p>	<p>Me rebelaba ante una disciplina estricta que controlaba mi vida</p>	<p>Adolescente rebelde contra normas de disciplina estrictas</p>

<p>se vendían libremente. Varias de las hijas de mis amigas de esa época han tenido problemas de alimentación, inclusive anorexia, mi hija es gorda pero yo no soy obsesiva con eso, yo se lo que es estar gorda, he padecido eso toda mi vida</p>		<p>grupo a familiar. Fui una adolescente zanahoria nada de drogas ni alcohol.</p> <p>Ya en esa época me cuidaba para no engordar, tomaba pastillas para adelgazar. Se lo que es estar gorda he padecido eso toda mi vida. Desde que nací tengo tendencia a engordar</p>			
<p>Mi ejercicio laboral fue algo bonito, un disfrute total me identifique con mi trabajo y la institución. Ahora que estoy jubilada siento que perdí muchos momentos con la familia Ejercí liderazgo y activismo político. Mi temperamento es extrovertido soy hiperkinética, práctica, trabajo sin horario me llevaba el trabajo a la casa, me gustan las cosas bien hechas. Todavía me llaman para</p>	<p>Ejercicio laboral</p>	<p>Bonito Sentido de pertenencia</p> <p>Desarrollo personal</p>	<p>Experiencia de vida</p>		<p>El ejercicio laboral favoreció su desarrollo personal</p>

que regrese pero yo me niego esa etapa se cumplió le dedique mi vida, pienso que perdí muchos momentos con la familia por el trabajo.					
Mi mama fue una mujer fuerte de carácter, era poco afectuosa y una gran activista política, a mi no me gustaba eso me parecía que le quitaba tiempo para estar con la familia. Mis hermanos dicen que yo soy la que me parezco a mi mama Yo fui igual de estricta con la educación de mis hijos	Madre	. Poco afectuosa Estricta con la disciplina Activista política Poco tiempo con la familia	Vinculo afectivo	Mama poco afectuosa	
Mi papa era un hombre tranquilo, cariñoso	Padre	Cariñoso tranquilo	Vinculo afectivo	Mi papa era cariñoso y tranquilo	
Los primeros años de matrimonio fueron los más difíciles, tenía que trabajar y estudiar, mi papi estaba estudiando, mi hija estaba pequeña en la guardería todo el día, no la disfrute. Mi matrimonio en general ha sido bueno	Relación conyugal	Inicios difíciles porque eran estudiantes Poco tiempo compartido con la primera hija.	Vinculo afectivo	Mi matrimonio en general ha sido bueno con sus altos y bajos como todo el mundo	Vinculo afectivo estable

con sus altos y bajos como todo el mundo					
Hacer dieta no es comer poco sino bien, yo soy adicta a los carbohidratos, sobre todo en la tarde y en la noche Para hacer dieta se necesita dinero, las comidas de dieta son caras, lo más barato son los carbohidratos Yo deje de comer azúcar hace 28 años, en mi casa hay cajas de esplenda. A mí me gusta cocinar y comer sin cuidarme toda la vida en eso , por eso me opere	Hábitos alimenticios	Hacer dieta es comer bien sin carbohidratos  Para hacer dieta se necesita dinero, las comidas de dieta son caras.  A mi me gusta cocinar y comer sin cuidarme por eso me opere	Comer	Hacer dieta es comer bien sin carbohidratos	Comer sano es hacer dieta
Disfrute poco a mis hijos, el trabajo me absorbió mucho. Fui muy estricta con ellos sobre todo con mi hija	Hijos	Disciplina Responsabilidad	Experiencia de vida	Mi trabajo me quito tiempo de disfrute con mis hijos	Compartir el tiempo de crianza de los hijos con el ejercicio laboral le quito calidad a la relación madre-hijo(a)

**[ANEXO – B-4]**  
**ENTREVISTA N° 4**

<b>SUJETO</b>					
<b>INFORMANTE 4 ME</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>PROPIEDADES</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>SIGNIFICACIÓN</b>	<b>INTERPRETACIÓN</b>
<p>Mi infancia fue difícil, teníamos problemas económicos, mi papa era de nacionalidad colombiana y la familia adinerada de mi mama no lo aceptaba, no tenía dinero. Nos mudamos muchas veces, recuerdo a mi mama llorando, eso me molestaba, en cambio yo admiraba a mi papá.</p> <p>En la escuela era muy tímida mis compañeras me llamaban tristón Esos años fueron difíciles, la falta de dinero me hacia sufrir humillaciones por parte de mis compañeras, para la graduación de bachiller no tenía el dinero para el anillo ni para la fiesta. A los quince años mi papa, fabrica un producto automotriz que es muy</p>	Dinero	<p>Mi infancia fue difícil, teníamos problemas económicos Nos mudamos muchas veces, recuerdo a mi mama llorando eso me molestaba. En la escuela era muy tímida mis compañeras me llamaban tristón La falta de dinero me hacia sufrir humillaciones por parte de mis compañeras</p> <p>A los 15 años mi papa tiene éxito económico se transforma en empresario todo cambia nos mudamos a una zona residencial, el mundo cambio para nosotros Para celebrar nos llevo a una tienda de ropa y compramos todo lo que</p>	Experiencia de vida	Sin dinero pase muchas humillaciones y tristezas el éxito económico de mi papa cambio nuestro mundo.	El dinero representa un valor en su vida



<p>bien acogido a nivel industrial, eso le trae éxito económico, se convierte en empresario, el mundo cambio para nosotros</p> <p>Mi papa para celebrar, imagínate que felicidad, nos llevó a una tienda de ropa y compramos todo lo que nos dio la gana, también nos mudamos a una quinta en una zona residencial</p> <p>Cuando cumplí quince años la celebración fue espectacular, una fiesta para presentarme en sociedad por todo lo alto.</p> <p>Cuando ingrese a la universidad me compraron un carro Al graduarme comencé a trabajar en la empresa de mi papa</p>		<p>quisimos</p> <p>Desde mi graduación trabajé en la empresa de mi papa,.</p>			
<p>Yo admiraba a mi papa, era para mí perfecto, responsable con la familia, centrado en el trabajo, me exigía mucho por ser la</p>	<p>Padre</p>	<p>Yo admiraba a mi papa, era perfecto</p> <p>Trabajador, responsable con la familia.</p>	<p>Vinculo afectivo</p>	<p>Admiraba a mi padre para mi era perfecto</p>	<p>Vinculo afectivo seguro</p>

<p>mayor, debía dar el ejemplo, era como su hijo varón .Trabaje casi toda la vida en su empresa era su administradora En el 2004 mi papa que es el sostén económico de la familia, (empresa familiar), cae enfermo con un ACV que lo incapacita, su enfermedad agota los recursos económicos, después de dos años muere, quedo desempleada y sin ningún tipo de seguridad social</p>		<p>Me exigía mucho por ser la mayor, debía dar el ejemplo</p>			
<p>Recuerdo a mi mama llorando eso me molestaba mucho, en cambio admiraba a mi papa, el solucionaba los problemas</p>	<p>Madre</p>	<p>Llanto</p>	<p>Vinculo afectivo</p>	<p>Mi mama dependía de mi papa</p>	<p>Vinculo afectivo dependiente</p>
<p>Era la más gordita de mis hermanos me llamaban gordita por cariño. No me sentía gorda sino rellenita le gustaba a los chicos. La primera que me dice que tengo las piernas gordas es la mama de mi novio me inscribo en un gimnasio Lo que nunca me</p>	<p>Cuerpo</p>	<p>Era la más gordita de mis hermanos. Mis hermanos me llamaban gordita por cariño, no me sentía gorda sino rellenita</p> <p>La mama de mi novio dice que tengo las piernas gordas</p>	<p>Imagen corporal</p>	<p>Lo que nunca me gusto eran mis senos, eran muy pequeños, soñaba con operármelos</p>	<p>Rechazo de la imagen corporal</p>

<p>gusto eran mis senos, eran muy pequeños, soñaba con tener el dinero para operármelos, fue un sueño realizado cuando me puse las prótesis mamaria, de eso hace tiempo, ya tengo que retocarlas.</p>		<p>Lo que nunca me gusto eran mis senos, eran muy pequeños, soñaba con tener el dinero para operármelos</p> <p>Cuando me puse las prótesis mamarias fue un sueño realizado, ya tengo que retocarlas.</p>			
<p>Mi hija ya es adolescente y no acepta esta relación, tenemos muchos problemas, y ella sale embarazada a los 17 años, esto produce una conmoción familiar, en nuestra familia como buenos latinos es casi un pecado salir embarazada sin casarse.</p> <p>El esposo de mi hija muere al año en un accidente de tránsito, una verdadera tragedia, sufro mucho por mi hija y mi nieta, pierdo 22kg, comía cualquier cosa sin pensar en dietas, me sentía sin vida, fueron tres años perdidos de mi vida,</p>	<p>Hijos</p>	<p>Embarazo de la hija adolescente fuera del matrimonio produce una conmoción familiar.</p> <p>Para mí los hijos son lo primero.</p> <p>Sufre mucho con la muerte del yerno siente que dejo de vivir, envejeció.</p> <p>No vive con su hijo no puede mantenerlo</p> <p>Los hijos interfieren con su relación de pareja</p>	<p>Experiencia de vida</p>	<p>Para mí los hijos son lo primero hago cualquier sacrificio por ellos</p>	<p>La maternidad es lo mas importante en su vida</p>

<p>envejecí. Para mí los hijos son lo primero hago cualquier sacrificio por ellos. Actualmente mi hijo vive con el papa, no puedo mantenerlo económicamente. Todo esto deteriora mi relación de pareja, me divorcio de nuevo a los 44 años. La relación duro ocho años.</p>					
<p>He vivido en una dieta eterna, para hacer dieta necesitas dinero, la comida de dieta es cara.</p> <p>Con mis embarazos aumento mucho de peso. A los 26 años el médico me hace un diagnostico de obesidad, peso 66 Kg. Hago dieta para tener buen cuerpo (delgado) sentirme bien, rejuvenecida;</p> <p>Me propongo como único objetivo perder peso, estaba pesando 82 Kg</p>	<p>Hábitos alimenticios</p>	<p>He vivido en una dieta eterna Para hacer dieta necesitas dinero Con los embarazos aumento mucho de peso, me siento gorda</p> <p>Mi único objetivo es perder peso, acudo a un médico especialista que me indica una dieta en baja en calorías y control de peso pierdo 22 kilos en ocho meses. En el año 2002 me inscribo en bailoterapia para hacer ejercicio</p>	<p>Comer</p>	<p>Hago dieta para sentirme bien, rejuvenecida, con buen cuerpo</p>	<p>Para ella la dieta se asocia con belleza, juventud y salud</p>

<p>acudo a la consulta de un médico especialista en problemas de peso, pierdo 22kg en ocho meses con una dieta baja en calorías y control de peso. Me mantengo entre 63-68 Kg. cuidándome (dieta baja en calorías). En el año 2002 me inscribo en bailo terapia, para hacer ejercicios, me siento bien pierdo peso Con la muerte de papa abandono el ejercicio y aumento de peso nuevamente, ocho kilos en los últimos seis meses. La vida es un rollo, cuando este tranquila y me decida perderé peso.</p>		<p>siento que pierdo peso. Hago dieta para sentirme bien, tener buen cuerpo, rejuvenecida</p>			
<p>A los 17 años me hago novia del joven que veía perfecto, era el amor de mi vida, me encantaba su apariencia física, se veía impecable con su ropa combinado, pulcro. Mi papa se llevaba muy bien con él, la opinión de mi papa era muy importante para mí.</p>	<p>Amor</p>	<p>Atractivo a la vista Impecable con su ropa. , tenía la aprobación de mi papa</p>	<p>Experiencia de vida</p>	<p>El joven que veía perfecto , me encantaba su apariencia física, se veía impecable con su ropa combinado pulcro</p>	<p>Un amor basado en la perfección de la apariencia física</p>

<p>A los 24 años nos casamos, mi papa, se llevaba muy bien con él. A los 18 meses de casados , mi esposo me fue infiel con una jovencita de 17 años, tenía 5 meses de embarazo, entre en crisis no dormía, sentía que mi cuerpo flotaba , me divorcio , para mi la fidelidad es sinónimo de amor. Vivíamos en la misma casa en cuartos separados, nace mi hija, debido a la intervención de papa me reconcilio con mi esposo y nos casamos de nuevo Nos vamos a vivir al extranjero por cinco años, regreso y salgo de nuevo embarazada a los 31 años, cuando supe que era varón! que felicidad. Mi esposo me es infiel nuevamente con una jovencita, siento que no me quiere, me divorcio.</p>	<p>Relación conyugal</p>	<p>Infidelidad divorcio</p>	<p>Vinculo afectivo</p>	<p>Mi esposo me es infiel con jovencitas siento que no me quiere me divorcio</p>	<p>Perdida del vinculo afectivo</p>
<p>A los 38 años tengo una nueva relación de pareja, el es nueve años menor que yo, le da mucha</p>	<p>Relación de pareja</p>	<p>Nueve años menor Deportista-gimnasta</p>	<p>Vinculo afectivo</p>	<p>Mi hija adolescente no lo acepta, esto trae muchos conflictos que</p>	<p>Perdida del vinculo afectivo</p>

<p>importancia al aspecto físico, practica deporte (gimnasia)  Mi hija adolescente no lo acepta, esto trae muchos conflictos  Me separo nuevamente, tengo 44 años  Cuando se termina mi segunda relación de pareja, regreso a consulta con un médico psiquiatra, hago psicoterapia y aprendo que he sido una tonta, siento que recupero mi vida, me libero del control de la familia, tenía muchas responsabilidades como hermana mayor</p>	<p>Familia</p>	<p>Problemas con la hija adolescente</p> <p>Control</p> <p>Responsabilidades</p> <p>Restricciones</p>	<p>Familia</p>	<p>terminan en separación</p> <p>Mi familia controlaba mi vida</p>	<p>Relación de dependencia con la familia</p>
---	----------------	---	----------------	--	---

[ANEXO – C]  
**FILTROS EPISTEMOLÓGICOS**

*Sujeto 1*

CATEGORIA	SIGNIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
<b>Experiencia de vida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Embarazo fuera del matrimonio a los 24 años que le produjo terror y sentimiento de culpa.</li> <li>• Una adolescencia llena de críticas negativas y descalificación. sin apoyo en las crisis</li> <li>• Su primera relación amorosa le produjo decepción y desconfianza</li> <li>• Vives metida en la casa entre la cocina y la nevera sin amistades que te queda hartarte de comida</li> <li>• Me liberaba cocinando, en navidad era una fiesta cocinaba con mi mama.</li> <li>• Para mi papa las mujeres son para la casa y la cocina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La experiencia durante periodos existenciales críticos (adolescencia, embarazo, etc.) estuvieron marcados por sentimientos de rechazo, culpa, arrepentimiento, aislamiento</li> </ul>
<b>Imagen corporal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando muere mi papa la ropa que me probé no me quedaba, me vi en el espejo no aceptaba esa barriga, yo siempre me cuide y fui delgada, aun con los embarazos. . Sentí rabia, no lo asimilaba. Busque las fotografias de antes esa no era yo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No aceptación de la imagen corporal que muestra el espejo, que se acompaña de rabia y extrañeza</li> </ul>
<b>Comer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando eres joven tú puedes comer de todo a cualquier hora y no engordas. Después de los cincuenta el metabolismo cambia hay que comer menos cantidad y poco dulce</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El cuerpo cambia con la edad, envejeces, engordas, hay que comer menos cantidad y poco dulce</li> </ul>



<p><b>Vínculos afectivos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•La relación conyugal es peligrosa porque tú realmente no llegas a conocer nunca a la persona con la que te casas Mi papa nunca me tomo en cuenta y mi mama hacia lo que mi papa decía. Yo era un cero a la izquierda</li> <li>•No me siento querida por mi familia</li> <li>•Los hijos son lo realmente tuyo, no el marido, para mí son lo más importante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Los vínculos afectivos son inseguros crean desconfianza</li> </ul>
<p><b>Familia</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•No me siento querida por mi familia</li> <li>•Soy la diferente de mis hermanas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Se siente rechazada por su familia</li> </ul>
<p><b>Ansiedad:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Con los años uno aumenta de peso sino se cuida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•La obesidad es un problema de la vejez</li> </ul>

[ANEXO – C-1]  
**FILTROS EPISTEMOLÓGICOS**

*Sujeto 2*

CATEGORIA	SIGNIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
<b>Experiencia de vida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Mi infancia fue infeliz por falta de dinero, sufrí muchas humillaciones en el colegio me llamaban tristón, esto cambió en la adolescencia con el éxito profesional de mi papa, imagínate que felicidad comprar toda la ropa que quisimos para celebrar, a mi me encanta vestirme toda combinada, sino me siento mal; vivir en una zona residencial, tener carro para ir a la universidad</li> <li>•La muerte del esposo de mi hija en un accidente causó un sufrimiento intenso en el grupo familiar envejecí, no me cuide en la comida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•La experiencia durante periodos existenciales críticos (muertes, separaciones, embarazo, etc.) estuvieron marcados por sentimientos de rechazo, culpa, arrepentimiento.</li> </ul>
<b>Imagen corporal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•No me sentía gorda sino rellenita. Lo que nunca me gusto fueron mis senos, eran muy pequeños soñaba tener dinero para poder operármelos</li> <li>•A los 17 años, mi suegra fue la primera que dijo que tenía las piernas muy gordas, y me inscribí en un gimnasio. A los cinco meses de embarazo mi esposo fue infiel, entre en crisis, no dormía, sentía que mi cuerpo flotaba</li> <li>•Con el problema de mi divorcio asistí a consulta con un médico psiquiatra y me diagnosticó obesidad</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Insatisfacción con la imagen corporal acentuada durante periodos existenciales críticos , acompañada de sentimientos de extrañeza</li> </ul>

<b>Comer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Con mi papa todos teníamos que hacer desayuno, almuerzo y cena, eso cambio cuando me case por los horarios de trabajo. Las celebraciones en mi familia eran por todo lo grande con abundancia en comida y bebida</li> <li>•Cuando estoy en crisis como cualquier cosa ( comida chatarra), sin orden, me olvido de la dieta</li> <li>•Para sentirme bien, con buen cuerpo, rejuvenecida hago dieta Me he pasado toda la vida en dieta., para hacer dieta se necesita dinero. La vida es un rollo, cuando esté tranquila haré dieta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•La forma de comer marca el tiempo cotidiano y festivo, el comer marca la pertenencia a un grupo familiar y marca los momentos de crisis.</li> <li>•Hacer dieta y sentirse bien van unidos con tener un buen cuerpo, rejuvenecido.</li> </ul>
<b>Vínculos afectivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Por mis hijos hago cualquier sacrificio</li> <li>•Mi segunda relación de pareja se termino por conflictos con mis hijos, no lo aceptaban</li> <li>•Admiraba a mi padre su opinión para mí era importante, era como su hijo varón, me exigía mucho por ser la mayor.</li> <li>•No me gustaba la actitud llorosa de mi mama</li> <li>•Mi esposo siempre me fue infiel con jovencitas, me divorcie de él porque me dejó de querer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Los vínculos afectivos imponen responsabilidades, renunciás, sacrificios</li> </ul>
<b>Familia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Mi familia controlaba mi vida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•La opinión familiar controlaba su vida</li> </ul>
<b>Ansiedad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•La vida es un rollo, cuando este tranquila perderé peso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Para mantener el peso se necesita una vida tranquila</li> </ul>

[ANEXO – C-2]  
**FILTROS EPISTEMOLÓGICOS**

*Sujeto 3*

CATEGORIA	SIGNIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
<b>Experiencia de vida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Adolescente rebelde porque sentía que controlaban su vida</li> <li>•Embarazo fuera del matrimonio que asumió con responsabilidad y sin miedo</li> <li>•Hija adoptiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•La experiencia de vida estuvo marcada por actitudes de rebeldía frente al control familiar</li> </ul>
<b>Imagen corporal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Se lo que es ser gorda he padecido eso toda mi vida.</li> <li>•Me he cuidado toda mi vida para no engordar y verme bien</li> <li>•Los embarazos afectan mucho mi peso, porque me libero y como mucho. Con mi primer embarazo aumente 20 kilos, después del parto entre crisis me volví anoréxica, me hospitalizaron.</li> <li>•Durante mi adolescencia tomaba pastillas para adelgazar , cuando me case me libere un poco</li> <li>•Con la jubilación aumente mucho de peso y por eso me opere.</li> <li>•La cara sino me la operaria nunca, me cambiaria la expresión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Rechazo a la imagen corporal acentuada durante crisis existenciales</li> </ul>
<b>Comer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Hacer dieta no es comer poco sino comer bien, lo que engorda son los carbohidratos y es lo que más compras son los más baratos</li> <li>•Para hacer dieta se necesita dinero</li> <li>•Me gusta comer sin cuidarme por eso me opere. Mi medico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Hacer dieta es comer bien eliminando carbohidratos y grasas. Comer cuidándose para no engordar, sin libertad para comer</li> </ul>

	<p>dice que soy mala conducta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Hacer dieta y no rebajar me hace sentir impotente y ansiosa.</li> <li>•Me gusta cocinar</li> </ul>	
<b>Vínculos afectivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•En mi familia las expresiones de afecto no eran necesarias. Mi mama era poco expresiva, mi papa era más cariñoso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Los vínculos afectivos no expresan cercanía, ni intimidad</li> </ul>
<b>Familia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Me controlaban las salidas, las amistades, los estudios. Planificaban mi vida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•La familia controlaba su vida</li> </ul>
<b>Ansiedad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Impotencia, no poder resolver</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Falta de control sobre el peso</li> </ul>

[ANEXO – C-3]  
**FILTROS EPISTEMOLÓGICOS**

**Sujeto 4**

CATEGORIA	SIGNIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
<b>Experiencia de vida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Durante la adolescencia las experiencias sentimentales fueron malas, sufrí mucho, me volví insegura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Experiencias de humillación y rechazo en la adolescencia que genero desconfianza</li> </ul>
<b>Imagen corporal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•No me gusta mi aspecto físico. Tengo las piernas muy gordas. No le gusto a los muchachos.</li> <li>•No tengo confianza en mí misma.</li> <li>•No me siento bien con los muchachos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•La imagen corporal negativa está cargada de sentimientos de inseguridad y desconfianza con ella y los demás que afecta sus relaciones</li> </ul>
<b>Comer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Me gusta comer sobre todo dulce</li> <li>•Me gusta comer rico, lamentablemente lo rico no es sano. En mi casa se cocina con salsas y frituras. Cuando estoy triste me consuelo comiendo</li> <li>•Las celebraciones en mi familia son la comida</li> <li>•Estoy ejercitando la voluntad para hacer dieta con la práctica de la metafísica.</li> <li>•Hacer dieta no es fácil, yo les exigía a mis padres la compra de alimentos para la dieta</li> <li>•Mi familia vigila que yo cumpla la dieta me quieren.</li> <li>•Mi motivación para hacer dieta ahora es verme bonita, sentirme bien conmigo misma, comprarme ropa bonita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•La comida marca el tiempo de lo cotidiano y las celebraciones, del premio y el castigo, de la alegría y la tristeza. La comida marca la pertenencia a un grupo familiar Separa lo sano de lo rico.</li> <li>•Hacer dieta significa tener voluntad, soporte familiar, sentirse bien, verse bonita.</li> </ul>
<b>Vínculos afectivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Los afectos son importantes para mí, mi mama dice que me entrego mucho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Los vínculos afectivos son importantes en su vida</li> </ul>

<b>Familia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Somos una familia muy unida. Compartimos todo, no hay secretos entre nosotros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•No existe una buena delimitación entre los límites del grupo familiar, falta intimidad</li> </ul>
<b>Ansiedad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Represión y no aceptación. Concepto metafísico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Falta de control sobre el peso expresado como falta de voluntad</li> </ul>

[ANEXO – D]

PERSPECTIVAS DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO

Perspectiva de los SUJETOS de estudio						
SIGNIFICACIÓN INDIVIDUAL						
CATEGORÍA	SUJETO 1	SUJETO 2	SUJETO 3	SUJETO 4	SIGNIFICACIÓN GENERAL	INTERPRETACIÓN
<b>Experiencia de vida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Rebeldía</li> <li>•Embarazos fuera del matrimonio</li> <li>•Vínculos afectivos inseguros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Infancia triste</li> <li>•Vínculo afectivo con la madre negativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Rebeldía</li> <li>•Embarazo fuera del matrimonio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Desconfianza.</li> <li>•Inseguridad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•La experiencia de vida estuvo signada por comportamientos rebeldes, vínculos afectivos inseguros y experiencias sentimentales negativas que se acentúan durante las crisis existenciales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•La experiencia de vida, como expresión de una totalidad presente en la cotidianidad en el día tras día, tiene una valoración negativa de aparición temprana, que emerge durante las crisis existenciales afectando los parámetros referenciales de seguridad en especial los vínculos afectivos predominantes.</li> </ul>



<b>Imagen corporal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•No le gustan sus senos ni sus muslos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Produce extrañeza.</li> <li>•Rabia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Daña la apariencia personal.</li> <li>•Produce malestar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Da inseguridad.</li> <li>•Produce malestar.</li> <li>•No le gusta su aspecto físico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•La imagen corporal es rechazada porque daña la apariencia personal no es saludable ,se sienten mal y crea problemas en las relaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•La imagen corporal no coincide ni en lo estético ni en lo ético con la imagen ideal, de la cultura a la que pertenecen. Expresa el estilo y sentido de nuestra biografía</li> </ul>
<b>Dieta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•El cuerpo cambia con la edad, envejeces, engordas, hay que comer menos cantidad y poco dulce</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Para sentirme bien, con buen cuerpo, rejuvenecida hago dieta Me he pasado toda la vida en dieta. La vida es un rollo, cuando esté tranquila haré dieta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Hacer dieta no es comer poco sino comer bien, lo que engorda son los carbohidratos y es lo que más compras son los más baratos</li> <li>•Para hacer dieta se necesita dinero</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Estoy ejercitando la voluntad para hacer dieta con la práctica de la metafísica.</li> <li>•Hacer dieta no es fácil</li> <li>•Mi familia vigila que yo cumpla la dieta me quieren.</li> <li>•Mi motivación para hacer dieta ahora es verme bonita, sentirme bien conmigo misma, comprarme ropa bonita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Para hacer dieta es necesario tener tiempo, tranquilidad, dinero, voluntad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•La dieta es difícil de cumplir porque impone un cambio en el modo de vida.</li> </ul>
<b>Comer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Cuando eres joven tú puedes comer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Las celebraciones en mi familia eran</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Me gusta comer sin cuidarme. Me</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Las celebraciones en mi familia son la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•La forma de comer marca el tiempo cotidiano y festivo,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•El comer es un modo de vivir</li> </ul>

	de todo a cualquier hora y no engordas.	por todo lo grande con abundancia en comida y bebida •Cuando estoy en crisis como cualquier cosa (comida chatarra), sin orden, me olvido de la dieta •Los horarios de comida eran estrictos	gusta cocinar, por eso me opere, •Hay que eliminar los carbohidratos y grasa	comida. Me gusta comer rico sobre todo dulce. Cuando estoy triste me consuelo comiendo	la pertenencia a un grupo familiar y social marca los momentos de crisis. El comer sano es bueno y el comer rico es malo	
<b>Vínculos afectivos</b>	•Los vínculos afectivos son inseguros crean desconfianza	•Los vínculos afectivos imponen responsabilidades, renuncias, sacrificios	•Los vínculos afectivos no expresan cercanía, ni intimidad	•Los vínculos afectivos crean problemas	•Los vínculos afectivos no expresan confianza, intimidad, crecimiento	•Los vínculos afectivos representan una limitación para el desarrollo personal
<b>Familia</b>	•Mi familia no me quiere	•Mi familia controlaba mi vida	•Mi familia planificaba mi vida	•Comparto todo lo que hago con mi familia	•La familia no favorece la independencia, es controladora	•La pauta familiar es autoritaria
<b>Ansiedad</b>	•Los años engordan, eso es inevitable	•Para hacer dieta debo estar tranquila	•Impotencia para controlar el peso	•Falta de voluntad para controlar el peso	•El cuerpo despierta sentimientos negativos de impotencia, descontrol, falta de voluntad	•El cuerpo genera ansiedad, y es visto como un obstáculo que hay que controlar

[ANEXO – E]

PERSPECTIVAS DE LOS AGENTES EXTERNOS

PERSPECTIVA DE LOS AGENTES EXTERNOS						
SIGNIFICACIÓN INDIVIDUAL						
CATEGORÍA	SUJETO 1	SUJETO 2	SUJETO 3	SUJETO 4	SIGNIFICACIÓN GENERAL	INTERPRETACIÓN
Experiencia de vida	<u>Los gorditos tienen que esforzarse más que los flacos para ser aceptados</u>	Los gorditos no la pasan bien, la gente los rechaza			A los gorditos todo les cuesta más, no la pasan bien, la gente los rechaza	Las experiencias de vida de los sujetos obesos están marcadas por emociones negativas de frustración, rechazo, culpa
Imagen corporal	Se sienten inseguros	Deben tratar de perder peso	Trasmiten flojera, descuido		La gordura es mal vista en nuestra sociedad Los sujetos obesos dan la impresión de abandono, falta de voluntad	La imagen corporal no coincide en lo estético y en lo ético con la imagen ideal de la cultura a la que pertenecen
Dieta	La alimentación no es balanceada	Comen sin horarios, en la calle	Comen sin orden, en la calle		Hacen dieta para perder peso	La dieta es una conducta puesta en práctica para perder peso. No es comer sano

Comer	Comen mucho sobre todo carbohidratos	Comen comida chatarra, sin horarios	Comen comida chatarra		Comen comida chatarra, muchos carbohidratos, sin horarios	No se ajustan a las normas establecidas de comer sano
Vínculos afectivos	Se sienten fuera de grupo	Son rechazados	Son rechazados		La gordura dificulta las relaciones personales	La gordura representa un obstáculo para establecer un vínculo afectivo seguro
Familia	Hay que aprender a comer desde pequeño	La alimentación sana es de la casa	Ya no hay tiempo de comer en casa comida sana		Los hábitos alimenticios los aprendemos de la familia	La familia es la influencia primaria que determina el comportamiento alimentario