

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE HISTORIA
CARRERA DE ANTROPOLOGIA

La discriminación sociocultural en enfermos de
obesidad mórbida. Un enfoque antropológico.
(Casos tratados en el Instituto Guatemalteco de
Seguridad Social, 2005 - 2006).

Sergio Vinicio Rodríguez Guoz

Nueva Guatemala de la Asunción,
Guatemala, C.A., Octubre del 2007.

Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Historia
Carrera de Antropología

La discriminación sociocultural en enfermos de obesidad mórbida.
Un enfoque antropológico. (Casos tratados en Instituto
Guatemalteco de Seguridad Social, 2005 - 2006).

T E S I S

Presentada por:

Sergio Vinicio Rodríguez Guoz

Previo a conferírsele el Grado Académico de

LICENCIADO EN ANTROPOLOGÍA

Nueva Guatemala de la Asunción,
Guatemala, C.A., Octubre del 2007.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE HISTORIA

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR: Lic. Carlos Estuardo Gálvez Barrios
SECRETARIO: DR. Carlos Guillermo Alvarado Cerezo

AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE HISTORIA

DIRECTOR: Lic. Ricardo Danilo Dardón Flores
SECRETARIO: Lic. Oscar Adolfo Haeussler Paredes

CONSEJO DIRECTIVO

DIRECTOR: Lic. Ricardo Danilo Dardón Flores
SECRETARIO: Lic. Oscar Adolfo Haeussler Paredes
Vocal I: Licda. Marlen Judith Garnica Vanegas
Vocal II: Dra. Wanda Barrios KLee
Vocal III: Lic. Julio Galicia Díaz
Vocal IV: Est. Marcos Orlando Moreno Hernández
Vocal V: Est. Tanya Isabel del Rocío García Monzón

COMITÉ DE TESIS

Licenciada Ligia Archiva Serrano
Licenciada Sonia Dalila Gaitán Lara
Licenciada Olga Pérez Molina



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Escuela de Historia
Edificio S-1, Segundo Nivel
Ciudad Universitaria, zona 12
Ciudad de Guatemala



[Handwritten signature]

Nueva Guatemala de la Asunción,
29 de mayo de 2007

Señores Miembros
Del Consejo Consultivo
Escuela de Historia
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Honorables miembros:

*En atención a lo especificado en el Punto Tercero, inciso 3.4 del Acta No. 20/2006 de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el día miércoles 2 de agosto de 2006 y dando cumplimiento a lo que reza el Capítulo V, Artículo 11º, Incisos a, b, c, d y e, del Normativo para la Elaboración de Tesis de Grado de la Escuela de Historia, rindo dictamen favorable al informe final de tesis titulado **“La discriminación sociocultural por obesidad mórbida en pacientes tratados en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, 2005-2006”**, del estudiante SERGIO VINICIO RODRÍGUEZ GUOZ, carné 50196.*

Por lo expuesto anteriormente, solicito se nombre el Comité de Tesis Revisor para continuar con los trámites correspondientes.

Sin otro particular, con las muestras de mi consideración, me suscribo atentamente.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

[Handwritten signature]
Licda. Lidia Archila Serrano
Asesora de Tesis

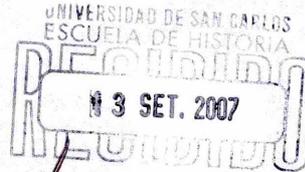


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE HISTORIA

-LICENCIATURA EN ANTROPOLOGÍA-

Guatemala 12 de septiembre de 2007
CA-167/2007

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Historia
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

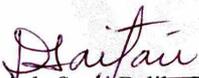


Señores Miembros:

En atención a lo especificado en el Punto Segundo, inciso 2.4 del acta 20/2007 de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el jueves 19 de julio del corriente año y dando cumplimiento a lo que reza el Capítulo IV, Artículo 13, incisos a, b, c, d y e del normativo para la elaboración de la tesis de grado de la Escuela de Historia, rendimos dictamen favorable al trabajo de tesis titulado *“La discriminación sociocultural en enfermos de obesidad mórbida y casos tratados en el Instituto Guatemalteco de seguridad Social, años 2005 y 2006”*, del estudiante Sergio Rodríguez Guoz carné No. 50196

Sin otro particular y con las muestras de nuestra consideración y estima, nos suscribimos de ustedes atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciada Santa Dalila Gaitan Lara
Miembro Comité de Tesis


Licenciada Olga Pérez Molina
Miembro Comité de Tesis

Esta tesis es dedicada a:

Sandra, Eduardo y Ana Elisa.
Motivo de mi existencia.

Agradecimiento a:

Todo el personal docente de la escuela de historia, quienes a través de sus enseñanzas, influyeron en mi forma de ver la realidad.

Índice

	Pág.
Introducción	3
Capítulo I	
1.1 Antecedentes y concepción Antropológica	6
1.2 Clase Social y obesidad	15
1.3 Antropología y nutrición	21
Capítulo II	
2.1 La obesidad como problema social	24
2.2 Grupos y Redes Sociales	33
2.3 Grupos de auto ayuda	34
Capítulo III	
3.1 La obesidad desde el punto de vista medico	30
3.2 Causas de la obesidad	31
3.3 Síntomas de la obesidad	33
3.4 Complicaciones de la obesidad	34
3.5 La cirugía como tratamiento definitivo de la obesidad	34
Capítulo IV	
Presentación de resultados	
4.1 Estudio de vida de los pacientes	35
4.2 Resultados de las encuestas	45
4.3 Mesa redonda Interdisciplinaria De la obesidad	58
4.4 Discusión de resultados	60
4.5 Diseño de la red interinstitucional	61
4.6 Actividades Docentes	65
Capítulo V	
5.1 Conclusiones	67
5.2 Recomendaciones	69
Bibliografía	71
Anexo	76

INTRODUCCION.

La obesidad es una epidemia de la globalización, causada por el cambio en los hábitos alimenticios ocasionados por la alimentación accidentalizada. Esta ha cambiado las dietas originarias de las culturas por el tipo de comida conocida como chatarra.

Otro aspecto importante es el tipo de vida cada día más agitado y la presión del tiempo, lo que hace imposible las antiguas preparaciones caseras de los alimentos. Esto ha derivado en el consumismo del tipo de alimentos ya preparados causantes de una mala alimentación, que en la actualidad esta alcanzando niveles alarmantes, al punto de convertirse en la nueva epidemia.

Países industrializados han alcanzado hasta un 30 % de obesos en su población, los países latinoamericanos no se quedan atrás y han reportado hasta un 10%, en la región Centro Americana se reporta un 85%.

La obesidad es una enfermedad que ha cobrado importancia en los últimos años porque es capaz de provocar serios trastornos de salud, baja autoestima y discriminación sociocultural en los enfermos que la padecen.

La discriminación ocurre en su núcleo familiar, en el ámbito académico y en el trabajo y es concebida aun por parte del mismo paciente quien se subestima debido a su condición corporal.

En esta investigación se estudian los elementos de discriminación sociocultural, de los que son victimas los enfermos de obesidad mórbida, en pacientes que fueron tratados en el Departamento de Cirugía del Hospital General de Enfermedades del Seguro Social durante los años del 2005 al 2006.

La unidad de análisis consistió en 16 pacientes, 10 de ellos femeninos y 6 masculinos comprendidos entre las edades de 26 a 51 años.

El objetivo de esta investigación es conocer este tipo de discriminación, identificando factores socioculturales comunes en estos pacientes, así como demostrar que la cirugía es un método curativo para la enfermedad, además de fomentar la organización de redes de autoayuda de grupos experienciales para la prevención.

Para alcanzar los objetivos propuestos se hizo una recopilación bibliográfica sobre el abordaje de la obesidad mórbida, la antropología de la obesidad y la estética del cuerpo, patrones de alimentación y antropología nutricional, cultura de masas y alimentación de la obesidad como problema social, de la obesidad como problema médico.

Se recabó información de los pacientes mórbidos tratados en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, sobre el seguimiento pre y post operatorio de talla-peso, edad.

Se efectuó un estudio de caso y entrevistas a profundidad por paciente para evaluar los aspectos ante y post operatorios referidos a los factores socioculturales que incidieron en su interacción social para identificarlos en cuanto a formas de discriminación sociocultural.

Se trabajó la diagramación de la situación grupal en cuanto a la discriminación sociocultural sufrida por los pacientes obesos mórbidos y su respectivo análisis de contenido. Se realizaron dos discusiones

estructuradas de grupo para promover la organización de una red de grupos experienciales de autoayuda.

Se convocó a un grupo de trabajo multidisciplinario del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social con el fin de compartir experiencias y organizar una red intrainstitucional para la prevención de la obesidad mórbida.

Los resultados obtenidos en esta investigación, demuestran que sí existe discriminación de este grupo y se identificaron los factores comunes de esta discriminación, se demostró que la cirugía fue curativa en forma definitiva y en opinión de los enfermos se les cambio la vida.

El contenido temático de cada capítulo esta compuesto de la siguiente manera: el capítulo I, se describen los antecedentes y la concepción antropológica de la obesidad, también la relación existente entre las clases sociales y este fenómeno, así como un análisis de la antropología y su relación con la nutrición, en el capítulo II, se hacen observaciones relacionadas con la obesidad como problema social y aspectos psicológicos de la formación de grupos y redes de autoayuda de los enfermos, en el capítulo III, se aborda la obesidad desde el punto de vista medico analizando sus causas, síntomas, complicaciones y el tratamiento Quirúrgico de la misma, en el capítulo IV, se efectúa la presentación de resultados y por ultimo en el capítulo V se dan las conclusiones y recomendaciones finales.

CAPITULO I

En este capítulo se recorre la concepción antropológica de la obesidad desde la época primitiva hasta la actualidad, comentando los razonamientos que el hombre utilizó para justificar la misma.

1.1 Antecedentes y concepción antropológica

La obesidad no existió significativamente para la especie humana hasta hace unos 10.000 años. Con el advenimiento de la agricultura y más intensamente, con la llegada de la Revolución Industrial, la obesidad se convierte en la primera de las "enfermedades de la civilización" (Towell, 1995: 86-92).

La obesidad puede comportarse como una condición adaptativa ventajosa o como una enfermedad, según que la acumulación de reservas resulte protectora de la falta de alimentos o que se convierta en una sobrecarga mecánico-metabólica.

En la primera situación las reservas se acumulan transitoriamente, sólo durante la época de abundancia de alimentos, mientras que en el segundo se mantienen en forma permanente.

En cuanto a la sensación y actitudes que despierta en los pacientes y en otros sectores sociales, este tipo de tratamientos dirigidos a la compensación de los efectos de enfermedades metabólicas crónicas el concepto expresado tiene plena actualidad.

De una u otra forma, obesidad-protección y obesidad-enfermedad, han estado presentes en la historia de la humanidad, con un cambiante significado social según las características y las condiciones de vida en los distintos momentos evolutivos de la humanidad.

El conocimiento empírico de que los obesos tienen una mayor supervivencia ante la falta de alimentos, dio a la obesidad el significado semiológico de una señal que descarta el riesgo inmediato que genera la subalimentación, incorporándose inicialmente a la cultura, como una situación protectora.

Al mejorar las condiciones de vida se prolongó la existencia humana al mismo tiempo que aumentaba la disponibilidad de alimentos. Con esos

cambios, la obesidad-protección comenzó insensible y lentamente a transformarse en obesidad enfermedad.

La obesidad enfermedad biológica, se produce cuando se acumulan exceso de grasa durante un tiempo suficientemente largo. Sin embargo la obesidad-enfermedad, también existe en el ámbito psicológico y hasta a veces en ausencia de exceso de grasa.

Debido a los comportamientos y actitudes sociales, gran cantidad de obesos se sienten responsables de haber enfermado o de provocar su enfermedad.

Los orígenes de este comportamiento social son múltiples. En los textos religiosos se menciona la gula (Stonkard, 2000: 1138-1140). Como uno de los pecados capitales, razón por la cual la obesidad hasta parece ser un justo castigo.

La sociedad con sus "buenos consejos" cree brindar al obeso el camino de la solución a su problema, dando ocasión para la interpretación social de que el obeso elige el placer a la salud. Estas y otras razones han convencido de ello al enfermo y a gran parte de la sociedad, incluyendo a muchos médicos.

Debido al vacío de investigación científica en torno a la obesidad, en la primera mitad del siglo XX, han perdurado mitos que han sido incorporados como verdades al inconciente colectivo.

La falta de una investigación acorde con las características del problema y la actitud de los sistemas médicos han convergido para crear una atmósfera irreal, acorralando al paciente entre los males que le ocasiona su enfermedad:

- las presiones sociales contra todo lo que sea obeso,
- la negativa de una prestación médica racional y adecuada,
- las exigencias infundadas y arbitrarias hacia algunos métodos terapéuticos y
- las sabias recomendaciones familiares y populares, muchas veces instrumento de propagandas comerciales y conveniencias sectoriales encubiertas

Se encuentra gran cantidad de literatura encaminada a recetar y explicar recetas de deliciosas comidas que no consiguen disminuir la

obesidad, así como esfuerzos proporcionalmente demostrativos a su ineficacia, aunque no libres de problemas pues agregan a la vida del obeso otros problemas como hambre, carencias y alteraciones del comportamiento alimentario.

Es sorprendente que la enfermedad crónica no transmisible más frecuente, en el mundo occidentalizado, haya sido minimizada y desvalorizada como problema de salud individual y pública y hasta resulta curioso que la cultura haya denunciado a la obesidad aunque por diferentes razones, con más fuerza que la medicina.

La borrosidad de los límites entre la obesidad como problema estético y la obesidad como factor de riesgo; la hipótesis de la auto provocación de la enfermedad, el hecho de ser un problema más cuantitativo que cualitativo, entre otras razones han generado las condiciones para que los sistemas médicos no asuman la debida responsabilidad en su tratamiento como enfermedad.

Lo anterior ha postergado el problema; deberán tratar las consecuencias, más costosas que la obesidad misma. En su disculpa se podría argumentar que ni desde el punto de vista individual ni desde el sanitario reviste la jerarquía de una urgencia.

Sin embargo, al ser tantos los individuos afectados, es tan grande su impacto, que recuerda el ritmo de las epidemias de las enfermedades contagiosas.

El problema continúa en expansión con tan serena imperturbabilidad que estadísticas norteamericanas señalan que de continuar esta tendencia, en el año 2.230 toda la población estadounidense será obesa, según los estándares de la Organización Mundial de la Salud.

Durante 2.500 años los médicos aplicaron conceptos hipocráticos para tratar la obesidad, pues en ese lapso la medicina no había generado otras, ni mejores propuestas.

Hasta no hace mucho se seguían -y algunos continúan- confundiendo las causas de la obesidad con los mecanismos de ganancia de peso: médicos, psicólogos, psicoanalistas, masajistas, fisiatras y gimnastas intentaron, cada uno a su manera, disolver la amorfa, elástica, recidivante y noble grasa de reserva, que porfiadamente resiste a sus métodos y la mayoría de las veces regresa superando su volumen inicial.

Para el grupo de los tratantes, la obesidad es todo un desafío y se convierte en una situación que expone a la pérdida de la autoestima.

El simbolismo y evolución de la figura humana por medio de las figuras e imágenes humanas y el arte que expresó las características, costumbres y rasgos más trascendentes para cada cultura,

Del período paleolítico data la estatuilla humana más antigua, de unos 25.000 años, hallada en el actual territorio de Austria (Brown, 2000: 147-247), en la región de Willendorf: representa a una mujer obesa, la Venus de Willendorf.

Seguramente ésta mujer fue un modelo destacado por la cultura de ese pueblo, acosado por la incertidumbre alimentaria y la consecuente amenaza de extinción. La mujer obesa era una imagen pero hoy.

Las estadísticas actuales indican que el 55% de la población norteamericana presenta exceso de peso (IBID 2000:150-151), esta estatua se encuentra en el Museo de Ciencias Naturales de "María Teresa". Viena. Austria. Simbolizaba la esperanza de supervivencia para la especie.

La función nutricia de la mujer comprende la alimentación de la descendencia desde el momento de la concepción hasta el fin de la lactancia; momentos claves para el desarrollo y perpetuación de la especie. La Venus de Willendorf destaca la obesidad masiva y el importante desarrollo abdominal y mamario, verdaderos monumentos a la preñez y a la fuente nutricia para la descendencia.

Otras, las Venus Europeas guardan similitudes que revelan el intercambio cultural y la similitud de necesidades en esos pueblos de la Edad de Piedra. Gran cantidad de estatuillas femeninas similares, halladas desde el sudoeste de Francia hasta Rusia, al norte del mar Negro, lo confirman (IBID. 2000: 76-82).

Para los hombres prehistóricos era casi imposible el acopio de alimentos, razón por la cual hacían una distribución igualitaria de los mismos entre los integrantes de las tribus.

Sin embargo que en la prehistoria, correspondiente al período más frío de la última glaciación 27.000 - 19.000 AC en Europa, hayan existido Venus obesas, sugieren la existencia (aunque excepcional) de alguna forma especial

de organización, que permitía el almacenamiento de alimentos o del desarrollo de estrategias para poder sobrealimentar a algunos de sus miembros (IBID. 2000: 66-68).

Con el desarrollo de la agricultura y la ganadería entre 10.000 y 5.000 AC, la provisión de alimentos fue más regular y segura (Lowenberg, 1991: 841-845). y la necesidad de la obesidad como protectora fue disminuyendo. Las Venus del neolítico, así lo reflejan. La reducción de la figuras de Miss Valle del Indo, Chipre y Siria lo demuestran.

La fuerza y la potencia de algunos robustos atletas fue muy bien considerada por algunos sectores sociales griegos, sin embargo, en el Corpus Hipocráticos fueron reconocidos los riesgos de la obesidad.

Paulatinamente y a pesar de alguna reivindicación renacentista la figura obesa fue perdiendo valor sociocultural como ideal de belleza. Progresivamente los gustos populares fueron cambiando y ejerciendo presión sobre el individuo, al tiempo que los cambios conseguidos realizaban la ambición de nuevos y más exigentes modelos.

Los gustos populares destacaron las imágenes femeninas protectoras del embarazo y de la procreación pero se han volcado hacia otras con muy dudosa capacidad para sobrellevar un embarazo bien nutrido y asegurar una lactancia y vida adulta normales mas pareciera en la actualidad que esta imagen no es capaz de sobrellevar un embarazo (Rabner, 1991: 841-845).

La proporción entre el perímetro de la cintura y la cadera es, una señal de atracción sexual. Ante los ojos del varón la figura femenina ideal es aquella en la cual el perímetro de la cadera supera en un tercio al de la cintura, proporción que sería la traducción visible de un equilibrio hormonal asegurador de la reproducción y la supervivencia de la especie.

Esta señal que se mantiene con gran independencia del peso corporal y del volumen de la figura, tiende a perderse con la actual persecución de una figura femenina que se va alejando de estas proporciones., el índice de masa corporal relación de uso médico, indicativa de la corpulencia.

Su valor normal para los caucásicos está comprendido entre 18,5 a 24,4 Kg. /m². ¿Figura ideal o peso ideal?

La cultura se refiere a patrones aprendidos de conductas y creencias, característicos de una sociedad o grupo social. Incluye valores de todo tipo,

desde la alimentación, los medios de producción, el manejo de su economía, hasta elementos ideológicos como la estética del cuerpo.

Las conductas derivadas de la cultura y las creencias se adquieren en la infancia y raramente son cuestionadas en la adultez, considerándose las como un conocimiento "obvio" que trasciende a la descendencia.

La relación existente entre figura y peso lleva a situaciones confusas en que para las culturas "occidentalizadas", la delgadez es considerada un sinónimo de belleza y la gordura, de fealdad.

Sin embargo, ni la obesidad tiene connotaciones negativas en todas las culturas, ni la delgadez es para todo sinónimo de belleza. Debido a que la autovaloración y la sexualidad, obedecen a razones que no son constantes ni iguales para todas las culturas, el prestigio de las antiguas Venus perdura en algunas culturas primitivas actuales.

Para los nigerianos, expuestos a la subalimentación y como contrapartida de la connotación negativa que conlleva la delgadez, la obesidad es un signo de prosperidad y de salud (Lee, 1999: 56-59).

Coincidentemente, las mujeres africanas americanas cuyo riesgo de sobrepeso y obesidad duplica al de las blancas, presentan una actitud más tolerante ante esta realidad, pues su autoestima no se correlaciona con la obesidad de la misma manera que en las blancas, posiblemente vinculada con las cuestiones ancestrales relativas a la escasez de alimentos.

En estas interpretaciones, aun dentro de una misma sociedad, se observa también en algunos mexicanos-americanos que han acuñado el término "gordura mala" para distinguir las formas de obesidad perjudiciales para la salud, de la "gordura", que aun continúa teniendo una connotación cultural positiva para esos mismos grupos (Ritembaugh, 1982:347-350).

Estos ejemplos hacen comprensible el diferente significado de la figura corporal, según el contexto en que se desarrolla y vive el individuo.

La belleza tiene tanta fuerza y repercusión social que para alcanzarla se suele recurrir a técnicas que alteran el estado de nutrición y la composición corporal, en búsqueda de modificar la figura.

En algunas culturas en que la ganancia de peso antes del casamiento es un prerrequisito para asegurar la buena evolución del embarazo y la lactancia

(Scout, 1992: 24-32), (IBID 2000: 88-97), como en la de los kenianos Kipsigis, se acostumbra engordar a las púberes en condiciones de cautiverio, hasta convertirlas en obesas. Alcanzar este estado, que es ventajoso para contraer matrimonio, puede llevar hasta 2 años de prácticas alimentarias hipercalóricas y de reducción de la actividad física.

Estas novias obesas son más valorizadas, porque la obesidad femenina es tomada como un símbolo de maternidad y de seguridad para la descendencia (Bergerhoff, Mulder. 2001: 147-152).

Para las mujeres de Puerto Rico, ganar peso luego del casamiento es una demostración de la capacidad proveedora del esposo y de sus aptitudes como esposa, cocinera y madre. También es un signo de fidelidad, ya que no es bien considerado que una madre y buena esposa demuestre preocupación por mejorar su apariencia física. Por esa razón la pérdida de peso es desalentada en esta sociedad. (Gortmaker, 1993:77-78)

Por el contrario, en las culturas occidentales la probabilidad de contraer matrimonio es menor para las mujeres obesas y en caso de hacerlo se asocian con más frecuencia a un descenso en la escala socioeconómica (Gortmaker, 1993: 99-103).

Estos hechos demuestran que el menos para las mujeres la apariencia física es el factor más importante para contraer matrimonio, con independencia si es obesa o delgada (Elder, 1969: 32-56).

La imagen es algo muy personal y no alcanzar el ideal propuesto constituye muchas veces un punto de disgusto y de sensación de fracaso. Es de gran importancia el conflicto que se plantea al pretender objetivos a veces inalcanzables. En este punto es interesante citar el trabajo de Foster (1997: 233-250) que estudió en 60 mujeres (con una media de peso de 110 Kg.), la sensación que producía el descenso de peso conseguido.

Estas mujeres consideraban que una reducción del 32% del peso inicial era el "peso feliz", del 38% correspondía al "peso soñado", del 25% resultaba solamente "aceptable" y del 17% era "decepcionante".

Después de 48 semanas de tratamiento, con una pérdida de peso promedio de 18 Kg., aproximadamente la mitad de las participantes no había alcanzado aún ni siquiera el peso considerado como decepcionante.

Sin embargo, desde el punto de vista médico una pérdida sostenida del peso del 10 % del peso corporal se considera un éxito, pues es suficiente para corregir la mayor parte de las anormalidades metabólicas asociadas con la obesidad (Muust, 1997: 445-447).

El fracaso en alcanzar un objetivo ponderal, que de antemano se vislumbra casi imposible, puede dejar en la persona y en la sociedad un sentimiento de frustración, inadecuación, etc. a pesar de los beneficios objetivos de esa pérdida de peso. Sociedad, cultura y su concepto de obesidad el concepto cultural de obesidad difiere del biológico y evolutivo.

Según Brown existen tres niveles en el sistema de la cultura;

- a) la economía productiva,
- b) la organización social y
- c) el sistema de creencias.

La conceptualización social de obesidad encuadra dentro de las creencias, dependiendo del ojo del observador, como fenómeno subjetivo relacionado con los ideales de belleza, posición social y económica, comportamiento social, demostración de fuerza y perseverancia, etc.

La definición social de tamaño y forma corporal ideales, responde más a estándares estéticos que a razones médicas, resultando para las sociedades americana y europea en cuerpos ideales más delgados que para la medicina, especialmente para las mujeres.

En concordancia, desde 1.943 hasta 1.980, la definición de peso ideal fue descendiendo para las mujeres, mientras permaneció casi constante para los varones (Ritenbaugh, 1982:369-376).

Mientras tanto el "sentirse gordo/a", es una queja frecuente aun entre individuos que no lo son, razón por la cual la obesidad además de ser una condición física es experimentada a nivel psicológico y a veces sólo de ésta última manera (Kreitler, 1990:409-418), comportándose muchas veces como una cualidad "incorporable" difícil de remover una vez aplicada, aun luego de perder peso.

La propuesta médica de considerar obesidad riesgosa a la que se produce a expensas de la grasa abdominal, dándole menos importancia a la grasa periférica, probablemente poco modifique por el momento la definición cultural e individual de obesidad.

El exceso de peso se acompaña de discriminación social, que se hace evidente a todo nivel: en cada aspecto de su vida se le recuerda al obeso que vive en una sociedad que odia la gordura,

La sociedad en la mayoría de sus expresiones rechaza la imagen del obeso y lo desconoce como un integrante cuantitativamente importante -y en aumento en la misma, al punto que asientos, pasillos, mobiliario, indumentaria, etc. No contemplan en general con los requerimientos a personas con esta característica.

La religión no ha estado al margen del origen de estas actitudes discriminatorias. Para el budismo y para el cristianismo la obesidad es estigmatizante; para el primero representa un castigo por pecados morales cometidos en vidas anteriores, para el cristianismo sería una consecuencia de transgresiones contra la voluntad Divina (Stunkard, 1998: 1141-1144).

El resultado de la estigmatización es la constante discriminación que soportan los obesos. En estudios sobre el tema, las personas obesas ocupaban el mismo lugar en la escala de valores que las prostitutas y los estafadores, mientras que estudiantes norteamericanas preferían casarse con adictos a la cocaína y divorciados antes que con obesos (Krupka, 2004: 52-56). Niños de 6 años han descrito a sus compañeros obesos como holgazanes, sucios, estúpidos, feos y mentirosos.

En la sociedad norteamericana el sobrepeso y la obesidad son vistos como símbolos de un amoral carente de auto control. Inversamente la delgadez especialmente en las mujeres es vista como un signo de auto control, de poder sobre las comidas.

A pesar que no existe demostración que la obesidad y la inteligencia se asocien negativamente, en algunas instituciones norteamericanas se había comprobado una disminución del porcentaje de obesos entre los estudiantes de más elevado ranking en las calificaciones. Este hecho fue la consecuencia de una política discriminatoria de los centros de estudios más jerarquizados tendiente a limitar el ingreso de estudiantes obesos (Canning. 1996: 21-34).

La discriminación alcanza también al ámbito laboral. En un estudio realizado en California, se comprobó renuencia en los empleadores para contratar obesos: las personas con exceso de peso fueron vistas como menos deseables, desorganizadas, indecisas, inactivas y menos exitosas (Larkin, 1979:315-316). Esta tendencia desvalorizante se reflejó en los

salarios más bajos percibidos por los obesos, para igual jerarquía laboral (Mac Lean, 1990: 1006-1009).

Lo anterior no pudo ser comprobado en el presente estudio ya que la mayoría de pacientes son profesionales de éxito.

Otros problemas que suelen sufrir muchos obesos y que influyen en su discriminación son los desórdenes de la alimentación, la distorsión de la percepción de su imagen corporal y las consecuencias de los tratamientos anti obesidad (Sullivan, 1993:55-60).

1.2 Clase socioeconómica y obesidad.

La delgadez es un ideal en los ámbitos donde es fácil ser obeso, mientras que la preferencia por la gordura se produce en los ámbitos donde lo más fácil ser delgado.

Alcanzar y mantener cualquiera de éstos en su particular contexto cultural requiere esfuerzos individuales y económicos, lo cual es también una forma de evidenciar status, determinación y poder.

La práctica de ejercicio y las comidas dieta hacen suponer que la aproximación al cuerpo ideal es algo que puede adquirirse si se puede invertir suficiente tiempo y dinero. Un cuerpo delgado, así también como uno bronceado, es visto como una señal de tiempo libre y de personas ricas y bellas.

En las sociedades opulentas como la norteamericana, existe una fuerte correlación inversa entre clase social y obesidad, especialmente en las mujeres. Esta asociación no es constante en todos los lugares ni a todas las edades. (Garn y Clark, 1988: 123-130) han demostrado que las niñas con mejor nivel económico son más gordas que las pobres, pero cuando adultas tienen menos sobrepeso y obesidad.

Actualmente la mayor prevalencia de obesidad se da en los nativos Nauru de la Micronesia, entre quienes el 84.7% de los varones y el 92.8% de las mujeres adultos son obesos, atribuible a un brusco incremento de los ingresos de estos individuos con un cambio hacia la "occidentalización" de su estilo de vida.

La revisión de 144 estudios en Estados Unidos y Europa, entre estado socioeconómico y obesidad, demostró entre las mujeres una relación inversa

entre peso y estado socioeconómico, menos consistente en los varones y niños, mientras que en los países en desarrollo la relación fue positiva (Sobel, 1989:270-275).

Datos que también se corroboran en nuestro estudio. Las explicaciones culturales se fundamentan en la creencia que las conductas alimentarias hiperfágicas se adquieren por "aprendizaje" (a partir de premios o costumbres familiares) y que por el mismo mecanismo pueden corregirse, siendo mucho más cierta la primera mitad de la afirmación.

Además el concepto cultural sólo reconoce como causa a los factores ambientales, por lo que acepta de mala gana tratamientos, como los farmacológicos y quirúrgicos.

La realidad aparece inapelable, ya que es rara la obesidad entre los individuos que continúan con el estilo de vida cazador-recolector de los comienzos de la historia.

También apoya la creencia sobrealimentacionista el hecho que la subalimentación ocasiona pérdida de peso, de la misma manera que el ejercicio intenso se asocia con pérdida de peso o delgadez.

Por estas razones, las recomendaciones de disminuir la ingesta e incrementar la actividad física suenan como lógicos y saludables consejos. Y lo son. Además, su sencillez y simpleza no las hacen ajenas a las posibilidades de ningún individuo, lo que fomenta la suposición que "es gordo quien quiere". Esto ha transformado un tema médico en un problema "popular", demostrado en la existencia de grupos de autoayuda sin supervisión profesional, de dietas populares recomendadas masivamente, etc.

Lo que no ha quedado suficientemente claro es que esas técnicas adelgazantes actúan sobre los mecanismos que permiten el desarrollo de la obesidad y no sobre sus reales causas, actúan sobre sus efectos y no sobre sus orígenes.

Si se define la obesidad como la acumulación excesiva de grasa, la sobrealimentación es el mecanismo por el cual la obesidad se constituye, mientras su causa, es el producto de complejas interacciones multifactoriales genético - ambientales, que cuando no son de difícil identificación, son de complejo abordaje.

La limitación de la ingesta de alimentos provoca el desarrollo de respuestas biológicas contra rregulatorias, que se manifiestan desde el aumento del apetito hasta el desarrollo de comportamientos alimentarios anormales.

La gran aceptación popular que tiene la teoría hiperfágica ha sido capitalizada por los sistemas médicos, que apelando a la omnipotencia, encaminan al paciente hacia una terapéutica de recomendaciones "saludables", que de antemano están condenadas al fracaso.

Los fracasos reiterados terminan por desalentar al individuo, acentúan la culpa queriente, contribuyen a que se crea díscolo, negligente y débil y en el mejor de los casos considerar que está ante una situación "intratable". Finalmente, en el 5-10% de aquellos que consiguen mantener el peso descendido, aparece el fantasma del tratamiento.

Esto se pudo comprobar en este estudio. Todos los pacientes habían tenido diferentes tratamientos de este tipo sin obtener resultados positivos.

Prescindir de la terapéutica es el segundo problema para el paciente, para su familia y para la sociedad, pues a ninguno de ellos le parece "normal" continuar con la intervención, cuando el motivo aparente ha desaparecido.

Cuando el tratamiento es suspendido, la recuperación del peso es la regla, lo cual es interpretado como el "fracaso" del tratamiento. Hasta en este punto la obesidad es discriminada.

¿Alguien supondría que un tratamiento antihipertensivo deba seguir actuando luego de ser interrumpido? ¿Por qué se le exige eso mismo a los tratamientos antiobesidad?

Los tratamientos actuales sólo actúan... cuando actúan y esto sólo mientras se los utiliza. Repercusión de la obesidad en la psicología del individuo. No existen estudios que demuestren mayor prevalencia de psicopatología en personas con obesidad.

Sin embargo, el estigma de ser obeso puede cobrar su cuota a nivel de la salud emocional, siendo las repercusiones psicológicas una consecuencia más de la enfermedad. La exteriorización de la obesidad la hace inocultable, lo que obliga a vivir y a comportarse de una manera diferente.

Las consecuencias negativas de la imagen obesa son tan impactantes que puede afectar adversamente la calidad de vida del individuo que la padece, aunque su exceso de peso no sea tan severo como para dar lugar a complicaciones clínicamente significativas.

Los estudios controlados no indican que las personas obesas difieran en síntomas psicológicos, psicopatología y personalidad de las que no lo son (O'Neil & Jarrell, 1992:23-44, Striegel-Moore & Rodin, 1986:143-155 Wadden & Stunkard, 1985:66-70), aunque no sucede lo mismo cuando el tema considerado es la imagen corporal (Organización Panamericana de la Salud. 1994; 49).

El estudio SOS (Swedish Obese Subjects) evaluó 1.743 obesos severos de ambos sexos. Los niveles de ansiedad y depresión fueron 3 a 4 veces mayores entre obesos que entre quienes no lo fueron y clínicamente la ansiedad, la depresión y los inconvenientes sociales fueron el doble.

La imagen corporal fue mayor predictor de depresión y problemas sociales relacionados con la obesidad y a pesar que la depresión clínica es frecuente en los obesos la mayoría de los autores opinan que psiquiátricamente no difieren de los que no lo son (Omran, 1971:509-538).

Cuando el exceso de peso es importante algunos pacientes llegan a percibir su imagen como horrorosa y deforme y se sienten, -no sin razón- blancos de actitudes hostiles y de manifestaciones de desagrado por parte de los demás. En estos sujetos la obesidad llega a constituirse en el centro de su sistema de valores, del cual se excluyen otras cualidades como la inteligencia o la simpatía.

El individuo puede desarrollar actitudes "evitativas" de ciertas situaciones que le resultan particularmente desagradables, como mirarse al espejo, tomarse fotos, comprar ropa, ir a la playa, piletas, pesarse, etc. y adquirir conductas de control como medirse, pesarse o mirarse al espejo varias veces al día o llegar al "decorado" corporal,

Recurriendo a las técnicas utilizadas para disimular un defecto físico. No llama entonces la atención que los trastornos emocionales, como la depresión sean más frecuentes en aquellos pacientes que demandan ayuda para controlar su enfermedad, cuando son comparados con los obesos que no buscan tratamiento o aquellos que pertenecen a comunidades en las que la

discriminación frente al sobrepeso no es tan intensa.(Goldstein, 1996: 447-470).

En ocasiones los obesos y hasta quienes no lo son pueden desarrollar trastornos de la conducta alimentaría cuando intentan restringir su alimentación para perder peso (Srunkard, 1998:1059-1065). El tratamiento de la obesidad implica sostener esfuerzos en el largo plazo y esto podría ser una causa de estrés en algunos individuos.

(Foreyt, 2005:778-789), describió el desarrollo de comportamientos obsesivos ante conductas alimentarias estrictas para conseguir o mantener el peso perdido.

Queda por lo tanto poca duda que la obesidad es un estado físico altamente censurado en los países occidentalizados, tanto en términos de apariencia física como en la significación que se hace de la misma, lo cual fue claramente expuesto por (Stunkard, 1998:1159-1170), al afirmar que "la mayor carga que soporta el obeso es justamente la carga psicológica."

Estos problemas de índole psicosocial, producto de un conflicto entre el medio cultural y el individuo producen una actitud de rechazo tan fuerte hacia la obesidad y el obeso, que el conocimiento de la existencia de estas creencias sociales produce sentimientos de culpa por ser obeso y por el temor ante el fracaso de controlar el peso, lo cual genera baja autoestima en áreas vinculadas con la imagen personal y la autoestima global.

Los indicadores objetivos: económicos, ingresos, empleo, son importantes aunque también lo son los aspectos cognitivos, afectivos y simbólicos (Schuessler, 1992:129-149) como lo demuestran las respuestas de obesos mórbidos a preguntas referidas a su peso y a las funciones psicosociales (Rand, 1990: 1390-1395) Después de un año de cirugía gástrica en obesas masivas, la pérdida de peso promedio fue de 35 Kg. y la calidad debida de 83 obesas mejoró.

El 90% de los pacientes estaban satisfechos con el resultado de la cirugía, en nuestro estudio todos estuvieron totalmente satisfechos al punto de referirse a ello como me cambio la vida doctor.

Otro grupo de 34 adolescentes cuyo peso preoperatorio promedio era 131 Kg., después de la cirugía refirieron excelente adaptación psicosocial y una mejoría en las sensaciones de auto confianza, atractivo y relaciones sociales.

El 85% informó que, puestos en idéntica situación, elegirían nuevamente la cirugía (Rabner, 1991: 841-846). También nuestros pacientes dijeron escoger la cirugía y recomendarla a otros obesos. También debemos recordar que el disconformismo corporal muchas veces encubre otros disconformismos ignorados.

La relación entre el buen apetito de los obesos, por lo menos de los tiempos pasados y las connotaciones negativas que la voracidad, como símbolo de ambición desmedida, tiene para algunas religiones de Oriente y Occidente han contribuido a cargar de culpa a quien la padece.

Lo anterior unido a la capacidad de modificar los hechos, símbolo de fuerza, decisión, conocimiento y capacidad económica ha transformado a la obesidad y a la "no obesidad" en un símbolo de estado social, demostrativo de la capacidad del individuo.

Al mismo tiempo la escasa preocupación por la medicina científica ha dejado el campo abierto y fértil para las más atrevidas e infundadas suposiciones por parte de casi todos los sectores de la sociedad, que no teniendo mejores explicaciones cargaron el peso de la culpa al de la enfermedad sin brindar al paciente buenas soluciones.

La aplicación de tratamientos inadecuados, de dietas restrictivas crónicas producto de la desesperación que la presión social sostenida y la desesperación por tener una figura socialmente desvalorizada ha sido el punto de partida de otro grupo de enfermedades relacionadas con la obesidad: la bulimia y la anorexia nerviosas.

La discriminación se sumó a todo este conjunto de desdichas, acompañando a la obesidad en su tránsito por estos 2.000 años, mientras los ministerios de salud, de educación y los gobiernos permanecieron ajenos al desarrollo de políticas dirigidas a prevenir y atenuar los efectos de la enfermedad.

Los medios masivos se llenaron de notas y comentarios como nunca antes con otro tema, contribuyendo a la confusión y al establecimiento y consolidación de muchos mitos y creencias.

La falta de planificación y legislación en materia de alimentos y la tendencia al sedentarismo sin la creación y propiciamiento de las condiciones ambientales que posibiliten una vida más activa todavía se ciernen como uno de los mayores obstáculos en la solución de este problema.

En conclusión puede afirmarse que la obesidad ha tenido un significado cambiante para las culturas en relación a las condiciones de vida en los diferentes momentos evolutivos de la humanidad, lo cual es demostrativo de la relativización de la importancia del sujeto frente a las necesidades de la especie.

La imagen humana se convirtió en un elemento clave como punto de referencia para establecer juicios en la escala de valores populares, con una sorprendente versatilidad que la llevó a abarcar o desde los aspectos biológicos, estéticos, económicos, psicológicos y sociales, en la mayor parte de los casos con más fuerza categorizante que otros valores humanos.

Como enfermedad fue desconsiderada durante largo tiempo, hasta que la demostración de su extensión y repercusiones sobre la salud obligaron a los investigadores y sistemas de salud a prestarle la debida atención.

Es de esperar que la difusión de conceptos veraces y vayan modificando el concepto sociocultural y médico de esta afección, gestando una inserción y aceptación diferente del obeso en la sociedad, y que el desarrollo de nuevas y mejores estrategias de prevención y tratamiento puedan aliviar este sufrimiento.

1.3. Antropología y nutrición.

La antropología nutricional estudia los alimentos, como patrón cultural, que lejos de ser una simple fuente de nutrición, desempeñan en todas las sociedades importantes funciones de naturaleza cultural, social, económica, religiosa, entre otros.

Es en este sentido que los hábitos y cambios dietéticos como influencia cultural son un factor de riesgo para la salud, lo que acarrea consecuencias negativas en la nutrición, que en algunos casos excluyen alimentos para ciertas necesidades nutritivas del organismo y, en otros, fomentan el consumo de alimentos de bebidas perjudiciales para la salud.

Los cambios producidos en la cultura y en la tecnología dietética repercuten en un aumento del consumo de azúcar, disminución de la fibra, exposición a cancerígenos, y en extremo, aumento del consumo de alcohol y drogas.

Las creencias y las prácticas culturales forman parte de la etiología multifactorial de la obesidad mórbida y pueden causar, contribuir o proteger en su relación con la enfermedad (Peña M, 1987:50-55).

La antropología nutricional establece que el modo de alimentación inadecuado, dado por un mayor consumo de alimentos comerciales y la falta de adaptación a este, puede significar una de cuatro posibilidades:

a) El modo de alimentarse puede ser relativamente reciente, no estando sujeto todavía a la selección biológica o cultural. La enorme proliferación de alimentos altamente procesados es un fenómeno reciente en la historia humana. La revolución industrial que partió en Europa en el siglo XVIII se sigue dando en la actualidad en muchos países o aún no ha comenzado en otros.

El consumo de grandes cantidades de cereales, azúcares refinados y alimentos de origen animal durante esta nueva etapa de la historia se relaciona con aumento de la prevalencia de obesidad.

El consumo masivo de alimentos comerciales es demasiado reciente para juzgar si el perfil alimentario terminará pareciéndose al de Estados Unidos y otros países desarrollados.

b) El ambiente social o físico puede haber cambiado haciendo que un modo de alimentación previamente adecuado se haya tornado mal adaptativo (Drewnowski, 1997: 31-55), (Omran, 1971: 49-60).

Por ejemplo, lo que fue adecuado en las primeras etapas de la humanidad, consumiendo en diversos hábitats cantidades elevadas de grasas, ha llegado a ser problemático en la actualidad con el estilo de vida sedentario, pues esto ya no es necesario y la grasa es más difícil de catabolizar.

En países sub-desarrollados y semejantes, el alimentarse con alimentos naturales no procesados y preparados en el hogar, podría considerarse maladaptativo en el ambiente físico y social actual, con poco tiempo disponible para preparar alimentos y servirlos a la familia reunida a la mesa.

c) Existen factores positivos que pueden neutralizar los efectos negativos de esos modos de alimentación y mantener algunos estilos de alimentación tradicional.

Los alimentos comerciales están asociados con una mayor capacidad de predecir la respuesta biológica a ellos y su eficiencia, lo que combinado con los avances de la medicina para manejar sus consecuencias adversas en cuanto a neutralizar sus efectos negativos.

Los avances médicos que en particular están asociados con la industrialización pueden estar interfiriendo con alguna selección natural que pudiera estar ocurriendo en la especie humana en respuesta a la dieta industrializada.

d) El impacto negativo de los modos recientes de alimentación es tan leve que hace poco probable que ocurra una selección cultural contra ella. En el caso de los alimentos comerciales, la calificación de su impacto negativo como leve depende de quién lo esté calificando, pues esta percepción está influenciada por la cultura.

Por ejemplo, las percepciones culturales de salud, bienestar, obesidad y expectativas de vida participan de la decisión cultural de cómo los alimentos comerciales son aceptados con sus impactos negativos.

Gran parte de la discusión previa sobre las formas nuevas de alimentación tiene relación con el ambiente y los cambios socioculturales (Peña, 1987: 20-27).

Este modo de análisis comprende aproximaciones que explican estas costumbres de alimentarse como manifestaciones simbólicas o de comportamiento de sistemas de valores y creencias. El alimento en este enfoque es entendido como una representación o significación de valores, creencias, símbolos y costumbres que se desean comunicar.

Hay valores que determinan lo qué son alimentos deseables e indeseables, o bien considerados. Son productos sociales que se han impuesto e internalizado lentamente en cada individuo. Así, en una sociedad industrializada, los alimentos comerciales pueden estar bien conceptuados debido a su eficiencia y predictibilidad.

También existen los valores culturales que colocan a la eficiencia antes que la salud o la predictibilidad antes que el sabor y olor del alimento, y que podrían favorecer el consumo de alimentos procesados y de preparación rápida.

Las creencias acerca de los alimentos representan una interpretación del valor de los alimentos y sirven como elementos cognitivos de actitudes.

Datos sugieren que muchas mujeres de clase socioeconómicos bajos creen que los alimentos comerciales no son tan saludables como los preparados en casa debido a que no son tan frescos y porque contienen ingredientes y agregados químicos desconocidos (INTECAP 1994: 49-55), sin embargo, estas mismas mujeres no mencionan como problemas nutricionales de los alimentos comerciales el contenido de colesterol, grasas, azúcares o sodio. Por lo tanto, no necesariamente, las creencias se traducen en una práctica alimentaría.

El simbolismo se refiere a las expresiones no racionales, de significados que se da a las partes y formas aceptadas de los alimentos y del comer.

Cada alimento es investido de significado y este significado es parte de la herencia cultural. Los alimentos comerciales son en esta línea un símbolo de modernidad. La pregunta que sobreviene, entonces, es sí éstos deben considerarse como una parte inevitable de la cultura alimentaría de una sociedad industrializada y desarrollada o en vías de serlo.

La sociedad moderna está absolutamente repleta de contradicciones. Por un lado hace una apuesta a la vida a través de tantos avances científicos que promueven al bienestar humano, tanto en la cantidad y calidad de la existencia,

Por el otro lado se prioriza la imagen con ideales de belleza y juventud de unos, dejando de lado a los que no se adecuan a los modelos.

Una sociedad en la que la delgadez es un valor supremo mientras tanto se bombardean con la producción y venta de productos alimenticios, ricos y tentadores, superando todos a los existentes, superando especialmente los límites precisos de la buena figura pero también del consumismo desproporcionado.

Con tanta contradicción, aumenta las problemáticas relacionadas a la buena alimentación, con componentes psico-sociales de envergadura.

Más personas con obesidad o ligero sobrepeso o que tal vez no tengan cuerpos impuestos por "el modelo" no consiguen ropas de sus tallas, mucho menos, de marcas o de moda; cada vez mas jóvenes -o no tanto- y hasta niños preocupados por la figura y las libras, cada vez más avanzan los adolescentes que suponen que las matemáticas sirven pura y exclusivamente para el recuento de calorías, siendo este dato -por lejos- más importante que la composición y/o vencimiento de los productos.

Imagen y superficialidad, exigencia y frustración, deseos y prohibición, ideales inalcanzables versus realidades censuradas, parámetros insalvables que signan la realidad humana de este inicio de siglo que condena al estrés, al malestar y si se quiere a alejarse de su propia humanidad.

Entre las tantas manifestaciones resultantes de la conjunción y/o alternativa de distintos factores, genéticos, ambientales, biológicos o psicológicos, la obesidad surge como una forma privilegiada de malestar (World Health Organization, 1995).

CAPITULO II

2.1 La obesidad como problema social

En este capítulo se aborda como la sociedad ha estigmatizado al obeso haciendo víctima de discriminación sociocultural.

La obesidad es una dolencia mal comprendida y duramente criticada por la sociedad, los obesos viven con gran frustración, desaliento y desesperación buscando una solución que les haga parecer "normales" y les reconcilie con una coexistencia digna, que ante todo es necesario advertir - a esa sociedad intransigente- que los obesos no son los culpables, sino ***la obesidad***.

Esta entidad es uno de los problemas de salud actuales más graves. Por su incidencia, consecuencias y costo económico, en el mundo industrializado o desarrollado y también en nuestro medio.

Una de cada dos personas adultas padecen un problema de sobrepeso. El 55 % de la población presenta un sobre peso. La obesidad afecta al 13-15% de la población adulta, y de estos el 10 % presenta una obesidad severa, El 1% de la población adulta padece una obesidad mórbida, estudio hecho en la region de Centro América y el caribe por Bacalao 1995, demuestran que el porcentaje para obesidad es del 8% para Guatemala.

Por su continuada progresión, constituye la epidemia del siglo XXI. Siendo especialmente preocupante el incremento de la obesidad en el niño y el adolescente. Se supone que es la segunda causa de muerte "prevenible" después del tabaco.

La obesidad en las personas constituye el síntoma de un problema mucho más grave, de un problema social, la obesidad de la sociedad actual, con su estilo de vida y alimentación la que se está haciendo obesa.

Más de la mitad de la población adulta tiene problemas de peso. Un problema que afecta a más de la mitad de la población no puede o no debe verse como un hecho individual, nos implica a todos.

Cada día hay más obesos, y si no se toman las medidas oportunas todos acabaremos con el tiempo siendo obesos.

Las autoridades de salud no prestan la atención necesaria a la obesidad ni como problema epidemiológico ni socioeconómico:

-gastos directos e indirectos de la obesidad y de las patologías asociadas a ella: Hipertensión arterial, diabetes, problemas de colesterol

-arteriosclerosis, cardiopatías, triglicéridos, ácido úrico, problemas respiratorios, cardíacos, osteoarticulares, síndrome de apnea del sueño, neoplasias que se asocian a la obesidad, etc.

-ni ponen al alcance de los obesos las medidas terapéuticas pertinentes.

Los obesos mórbidos están discriminados dentro de la salud pública. Son el único colectivo de enfermos que deben soportar en la actualidad listas de espera para ser operados de su obesidad de más de dos, tres y más años, porque para la salud pública esto todavía no está conceptualizado como problema de salud.

Hoy por hoy, la obesidad mórbida no es un problema prioritario para el sistema público de salud. A pesar del incremento progresivo de la incidencia de la obesidad y por tanto de la mayor demanda de este tratamiento.

Probablemente los comentarios que más han ofendido y ofenden al obeso proceden de boca de los médicos y de otros profesionales de la salud, para los que la culpa de todos sus problemas emana de su obesidad. Claro como usted está obeso, de qué se queja.

Los obesos están estigmatizados, discriminados y marginados. Si aparentemente la sociedad está de acuerdo en que no se puede discriminar ni marginar a un colectivo por sus creencias religiosas, color de piel etc. tampoco se les puede discriminar ni marginar por su peso. Y al igual que otros colectivos, tienen derecho al respeto y a la consideración que se merecen.

Nadie ha sido y es objeto de tantas mofas, burlas y estafas como los obesos. Nadie es tan ridiculizado y prejuizado en su estilo de vida, sus hábitos o su personalidad.

La complicada vida del obeso mórbido, no lo es tanto por las incuestionables limitaciones físicas a las que se ve supeditado como a los múltiples condicionamientos psicológicos a los que se ven subyugados y luchar contra esa marginación y discriminación a la que se ven sometido el obeso en general y los obesos mórbidos en particular es la tarea de todos.

Los obesos no son culpables de su obesidad, son las víctimas de este problema, no son ciudadanos de segunda clase. Para quien crea que la obesidad mórbida es el fracaso de la voluntad, debo resaltar que ningún enfermo ha luchado con tanta desesperación por solucionar su situación como el afecto de una obesidad mórbida.

La obesidad no es un estilo de vida, es una enfermedad. El sujeto obeso, es ante todo un ser que sufre su enfermedad, que siente y lo hacen sentir como responsable voluntario de la misma y por lo tanto acumula culpas y vergüenza, que se manifiestan en la mayor parte de actos vitales como:

- a) incremento (especialmente) en la acción misma de comer,
- b) producción de conductas atípicas como "comilonas a escondidas",
- c) identificación extrema o aceleración inusual del ritmo de la ingesta en espacios compartidos,
- d) alterativas en las cantidades y calidades de alimentos a ingerir de acuerdo a las circunstancias sociales e individuales,
- e) instalación de mentiras en torno al tema, ya que el alimento mismo termina siendo el eje de la vida del obeso.

Es víctima de la agresión y burla de la sociedad, la que ejerce muchas formas de discriminación, en ropa, espacios públicos, desarrollándose en el obeso:

- pérdida de la autoestima,
- incremento de sentimientos de frustración,
- acrecentamiento de ansiedad,
- amplificación de inseguridad,
- aumento de sentimientos de rechazo y auto rechazo, replegándose muchas veces sobre si mismo mediante el aislamiento, o defendiéndose de este malestar con conductas pintorescas -"el gordito simpático", también pueden adoptar modalidades de extrema sumisión, aceptando pasivamente las diferentes propuestas -"el gordo bueno"- a fin de contrarrestar el malestar y mantener un lugar en el medio.

El obeso siente vergüenza de su cuerpo, el que cubre -muchas veces - con ropajes en forma inversa al clima estacional, o sea desabrigado en invierno a fin de disminuir el volumen y en verano con algún resguardo que evite mostrarse abiertamente.

Si son jóvenes o adultos, repercute en todos los vínculos y por ende, también en la sexualidad. Si se trata de niños, se instalan inhibiciones en las actividades lúdicas con compromiso corporal.

Disimula su sensación térmica, su hambre, su angustia, su personalidad, su frustración, esconde y potencia las causas de su patología. El precio que paga el obeso por su enfermedad es una condena que abarca y compromete todos sus aspectos vitales de la vida misma,

Las causas de la obesidad suelen ser múltiples, desde factores genéticos, biológicos, ambientales y/ o psicológicos, o la combinación de varios, resolverlos implicará también la misma multiplicidad.

Independientemente a las generalidades indicadas en párrafos anteriores, lo importante no es la enfermedad sino los enfermos y en este sentido la obesidad no es la excepción.

Ante cada paciente lo indispensable es una evaluación singular, detallada, estricta de todas las áreas de compromiso bio-psicosocicultural, adecuando el o los tratamientos a cada sujeto o grupo en particular, con el aporte específico de cada una de las disciplinas en cuestión, abordando la temática desde el trabajo interdisciplinario, el que asegurará resultados efectivos y permanentes.

El descenso de peso por si solo no es la solución, se sabe de reincidencias y efectos rebote, por lo que los tratamientos grupales son adecuados para algunas personas siempre y cuando afronten sus dificultades psicológicas y socioculturales.

Los tratamientos psíquicos sin la cobertura de lo nutricional y sociocultural tampoco son suficientes. No se desconoce que muy pocas personas están exentas de padecer esta enfermedad, la que por el momento no tiene cura definitiva, flagelo en que la recuperación -como en otras adicciones- es del día a día, comida por comida, palabra por palabra, en definitiva persona por persona.

Este estudio identifica y analiza los elementos que se presentan en la discriminación sociocultural de los enfermos de obesidad mórbida y que fueron tratados en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, durante los años del 2005 al 2006, siendo un total de 16 pacientes que fueron sometidos a cirugía como procedimiento curativo, para la cual se contó con la autorización de la Dirección del Hospital y la Jefatura del Departamento de Cirugía.

En esta investigación se tomaron en cuenta los resultados obtenidos desde el punto de vista médico y antropológico, ya que estos pacientes obesos mórbidos padecieron de discriminación sociocultural por su apariencia física y deterioro de su autoestima, desde la niñez y la adolescencia hasta su edad adulta.

Los resultados fueron recabados mediante la preparación médica pre y post operatoria, así como el aspecto nutricional, seguimiento de peso y talla, entrevistas individuales y de discusión colectiva, utilización de la técnica antropológica de estudio de casos y análisis de contenido.

2.2 Grupos sociales y redes sociales.

Los grupos sociales son unidades sociales con unos contornos determinados y unas características precisas. El elemento definitorio es que están formados por personas con relaciones sociales entres sí, tienen cierta estabilidad y los que pertenecen a ellos se identifican como tales y pueden ser identificados desde fuera como un grupo.

Los requisitos para la existencia de un grupo social son:

- Identidad y motivos (sentimientos) por parte de sus miembros
- Tareas (actividades) para que éstos cumplan
- Poder circunstancial compartido en la distribución de información, bienes y servicios entre los miembros del grupo
- Comunicación (interacción) entre ellos

Los grupos sociales influyen y orientan recíprocamente las conductas y opiniones de quienes pertenecen a él.

La red social la cual puede definirse como un proceso de construcción permanente tanto individual como colectiva. Un sistema abierto que a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes y con integrantes de otros grupos sociales posibilita la potencialización de recursos que poseen (Dabnas, 1993)

2.3 Grupos experienciales de autoayuda.

Estos grupos están compuestos por personas que comparten problemas similares, pero que a través de la auto ayuda, tienen la posibilidad de potencializar las redes de solidaridad y compartir experiencias comunes entre ellos para buscar la soluciones alternativas a los problemas que les aquejan (Dabas, 1993).

Los pacientes de obesidad mórbida necesitan de un apoyo sistémico multidisciplinario, el cual puede ser dado en forma grupal por profesionales con especialidad en aspectos nutricionales y psico-socioculturales y a través de la facilitación de la construcción de redes de auto ayuda entre los mismos pacientes. Este sistema ya no es solo una modalidad de terapia, sino mas bien una posibilidad de potencializar las redes de solidaridad entre las personas que comparten problemas similares.

Este es el primer trabajo de investigación que se realiza en Guatemala donde concurren tanto los elementos socioculturales de la obesidad mórbida y el de la cirugía como alternativa de curación de esta enfermedad.

No obstante, en el Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá (INTECAP), se han efectuado estudios generales sobre nutrición general, con enfoque en obesidad, considerando este fenómeno como efecto de una mala nutrición. (Delgado, 1994: 338-389), (INTECAP, 1994).

CAPITULO III

La obesidad desde el punto de vista medico

Este capitulo revisa la concepcion de la obesidad mórbida desde el punto puramente medico, definiéndola, observa sus síntomas, complicaciones y lo que es mas importante su comorbilidad.

3.1 Obesidad mórbida.

La obesidad mórbida es una enfermedad crónica originada por muchas causas y con numerosas complicaciones, se caracteriza por el exceso de grasa en el organismo y se presenta cuando el Índice de Masa Corporal en el adulto es mayor de 25 unidades (Organización Panamericana de la Salud, 1994).

La obesidad no distingue color de piel, edad, nivel socioeconómico, sexo o situación geográfica por lo tanto se dice que es mundial.

Anteriormente se consideraba a la persona con sobrepeso como una persona que gozaba de buena salud, sin embargo ahora se sabe que la obesidad tiene múltiples consecuencias en nuestra salud.

Con excepción de las personas que son muy musculosas, aquellas cuyo peso supera en un 20 por ciento o más el punto medio de la escala de peso según el valor estándar peso/altura, son consideradas obesas.

La obesidad puede ser clasificada como leve (del 20 al 40 % de sobrepeso), moderada (del 41 al 100 por cien de sobrepeso) o grave (más del cien por cien de sobrepeso).

La obesidad es grave en solamente el 0,5 por ciento de las personas obesas (Shike, 1996:446-458). Sin embargo no existe una definición satisfactoria para esta enfermedad, tampoco una proporción de peso a talla donde podamos definir que las enfermedades y complicaciones asociadas que limitan y acortan la vida. La obesidad es una amenaza para la vida, es una enfermedad progresiva y crónica de proporciones epidémicas que afecta a todo el mundo (World Health Organization, 1995).

3.2 Causas de la obesidad mórbida.

La obesidad es el resultado del consumo de una cantidad de calorías mayor que las que el cuerpo utiliza.

Los factores genéticos y ambientales que influyen en la masa corporal y su ínter actuación para determinar el peso de una persona no están todavía aclarados.

Factores genéticos

Investigaciones recientes sugieren que por término medio, la influencia genética contribuye en un 33% aproximadamente al peso del cuerpo, pero esta influencia puede ser mayor o menor en una persona en particular (Omran, 1971: 78-99).

Factores socioeconómicos

Estos factores influyen fuertemente en la obesidad, sobre todo entre las mujeres. En algunos países desarrollados, la frecuencia de la obesidad es más del doble entre las mujeres de nivel socioeconómico bajo que entre las de nivel más alto (Martorell, 1990: 1289-1294),

El motivo por el cual los factores socioeconómicos tienen una influencia tan poderosa sobre el peso de las mujeres no se entiende por completo, pero se sabe que las medidas contra la obesidad aumentan con el nivel social. Las mujeres que pertenecen a grupos de un nivel socioeconómico más alto tienen más tiempo y recursos para hacer dietas y ejercicios que les permiten adaptarse a estas exigencias sociales (Organización Panamericana de la Salud, 1998).

Factores psicológicos

Los trastornos emocionales, que durante un tiempo fueron considerados como una importante causa de la obesidad, se consideran actualmente como una reacción a los fuertes prejuicios, entre ellos la discriminación contra las personas obesas (Meisler JC. 1996; 35:39). Uno de los tipos de trastorno emocional, la imagen negativa del cuerpo, es un problema grave para muchas mujeres jóvenes obesas. Ello conduce a una inseguridad extrema y malestar en ciertas situaciones sociales.

Factores relativos al desarrollo

Un aumento del tamaño o del número de células adiposas, o ambos, se suma a la cantidad de grasas almacenadas en el cuerpo. Las personas obesas, en particular las que han desarrollado la obesidad durante la infancia, pueden tener una cantidad de células grasas hasta cinco veces mayor que las personas de peso normal, debido a que no se puede reducir el número de células, se puede perder peso solamente disminuyendo la cantidad de grasa en cada célula.

La actividad física reducida es probablemente una de las razones principales para el incremento de la obesidad entre las personas de las sociedades opulentas. En algunas, los Estados Unidos, por ejemplo, la obesidad es hoy dos veces más frecuente que en el año 1900 (World Health Organization, 1995), aún cuando el término medio de calorías consumidas diariamente ha disminuido un 10 por ciento. Las personas sedentarias necesitan menos calorías.

El aumento de la actividad física hace que las personas de peso normal coman más, pero puede que no ocurra lo mismo en las personas obesas. Algunos trastornos hormonales pueden causar obesidad, como son el síndrome de Cushing, insuficiencia suprarrenal, diabetes, entre otros. Lesión del cerebro.

Sólo en muy pocos casos, una lesión del cerebro, especialmente del hipotálamo, puede dar como resultado obesidad. Fármacos. Ciertos fármacos utilizados frecuentemente causan aumento de peso, como la prednisona (un corticosteroide) y muchos antidepresivos, así como también muchos otros fármacos que se utilizan para curar los trastornos psiquiátricos.

3.3 Síntomas de la obesidad mórbida.

La acumulación del exceso de grasa debajo del diafragma y en la pared torácica puede ejercer presión en los pulmones, provocando dificultad para respirar y ahogo, incluso con un esfuerzo mínimo. La dificultad en la respiración puede interferir gravemente en el sueño, provocando la parada momentánea de la respiración (apnea del sueño), lo que causa somnolencia durante el día y otras complicaciones.

La obesidad puede causar varios problemas ortopédicos, incluyendo dolor en la zona inferior de la espalda y agravamiento de la artrosis, especialmente en las caderas, rodillas y tobillos.

Los trastornos cutáneos son particularmente frecuentes. Dado que los obesos tienen una superficie corporal escasa con relación a su peso, no pueden eliminar el calor del cuerpo de forma eficiente, por lo que sudan más que las personas delgadas. Es frecuente asimismo la tumefacción de los pies y los tobillos, causada por la acumulación a este nivel de pequeñas a moderadas cantidades de líquido (edemas).

3.4 Complicaciones.

Las personas obesas corren un riesgo mayor de enfermar o morir por cualquier enfermedad, lesión o accidente, y este riesgo aumenta proporcionalmente a medida que aumenta su obesidad (Kannel, 1996:137-145).

La obesidad se ha vinculado con un riesgo mucho más elevado de enfermedad coronaria y con tres de sus principales factores de riesgo: la hipertensión arterial, la diabetes de comienzo en la edad adulta y las concentraciones elevadas de grasas (lípidos) en la sangre (Ohlson, 1985: 337-345), (Pi Sunyer, 1996: 12-24), (Kannel, 1996: 55-67).

El motivo por el cual la obesidad incrementa estos riesgos es desconocido, pero es un hecho constatado que en las personas obesas se reducen estos riesgos cuando bajan peso.

La pérdida de peso hace bajar la presión arterial en la mayoría de las personas que tienen hipertensión arterial y permite a más de la mitad de las personas que desarrollan diabetes suprimir la insulina u otro tratamiento farmacológico (McCarron, 1996: 49-56).

Ciertos tipos de cáncer son más frecuentes en los obesos que en las personas que no lo son, como el cáncer de mama, de útero y de ovarios en las mujeres y cáncer de colon, de recto y de próstata en los varones (Shike, 1996: 78-90). Los trastornos menstruales son también más frecuentes en las mujeres obesas y la enfermedad de la vesícula biliar se produce con el triple de frecuencia en ellas.

3.5 La cirugía como tratamiento definitivo de la obesidad mórbida.

La cirugía es un método invasivo, radical e irreversible para el tratamiento de la obesidad mórbida, existen diferentes formas, pero la que se utilizó en estos casos fue una gastroplastia reductora combinada con un desvío intestinal de acuerdo a la masa corporal del enfermo, con lo que se consiguió la curación definitiva de la enfermedad, de sus comorbilidades y del daño psicosocial.

CAPITULO IV

Presentación de resultados: se presentan los resultados obtenidos y tabulados en entrevistas y cuestionarios pasados a 16 pacientes con obesidad mórbida.

Se realizó una revisión y recolección de la información consignada en los expedientes clínicos de los pacientes, tales como datos antropométricos: talla/peso, índice de masa corporal, tanto pre operatorios como post operatorio.

Mediante la técnica de estudio de casos, se hizo una reconstrucción del estudio de vida de cada paciente relacionando los aspectos socioculturales del padecimiento de la enfermedad.

Posteriormente, se pasó un cuestionario sobre los factores más relevantes discriminación sociocultural y aspectos psicológicos que padecieron los pacientes obesos mórbidos.

Se sostuvieron varias entrevistas con profesionales relacionados con el tratamiento de la obesidad mórbida, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-, y la conclusión de una mesa redonda multidisciplinaria, en la cual se trató la problematización de esta enfermedad y las alternativas de la organización de una red intrainstitucional preventiva.

La muestra que se utilizó fue de 16 pacientes, comprendidos entre los 26 a 51 años de edad, los cuales se sometieron exitosamente a operación quirúrgica durante los años 2005 y 2006 en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, -IGSS-,

4.1 Estudio de vida de los pacientes obesos mórbidos.

Se presenta en forma diagramada, el estudio de vida de los pacientes de obesidad mórbida, en forma de preguntas, haciendo una secuencia del padecimiento de la enfermedad.

A modo de guardar la confidencialidad de los nombres de los informantes, fueron organizados alfabéticamente, correspondiendo una letra a cada uno de los mismos.

Primera parte de la diagramación, casos de la letra A a la H:

	A	B	C	D	E	F	G	H
Edad que se dio cuenta que era gordo	Desde la adolescencia	Desde Niño	Hace 5 años	Hace 8 años	Desde siempre	Desde la niñez	Desde hace 15 años	Desde hace 15 años
Edad en la que se opero	47 años	26 años	48 años	30 años	31 años	43 años	51 años	38 años
Peso antes de Tx.Qx.	286 Lbs.	260 Lbs.	224 Lbs.	211 Lbs.	260 Lbs.	290 Lbs.	240 Lbs.	242 Lbs.
Peso actual	165 Lbs.	190 Lbs	175 Lbs	140 Lbs	219 Lbs	200 Lbs	190 Lbs	180 Lbs
Posición económica	Media	Media	Media	Media	Baja	Media	Media	Media
En que trabaja actualmente	Ingeniero Agrónomo	Ingeniero	Dependiente	Abogada	Secretaria	Dependiente	Abogado	Economista
Sobrenombre en Casa	Gordo	Bolsa de Grasa	Ninguno	Gordita	Elefantito	Chicharrón	Ninguno	Panzón
Trato afectuoso de padres y amigos	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Sobrenombre en Colegio	Coche	Gordo	Gorda Linda	Gorda	Elefantito, Elefagente	Chicharrón	Gordo	Panzón
Chistes en el colegio	De todo	De Gordos y Comidas	Si	Si sobre comida	Yo los hacia	Si sobre mi aspecto	No	Gordo
Sobrenombre en el trabajo	Coche	Gordo	Ninguno	Gorda	Ninguno	Chicharrón	Ninguno	Gordo
Le costo terminar los estudios, Encontrar empleo o Pareja	No	No	No	No	No	No	No	No
Sufrió discriminación	Solo en el colegio,	En el grupo de	No	No	Ocasionalmente para asistir a	Excluido de las actividades	No	Si, Apodos muy

	Lo aislaban	amigos , Excluido			reuniones	des físicas		ofensivos
Le costo la convalecencia luego de la operación	No	No	No	No	No	No	No	No
Que ropa tuvo	No compre me prestaron ropa hasta alcanzar la talla normal	No por advertencia del Dr. Hasta el ano.	No por indicaciones de los médicos	No hasta hace un ano	No por indicación medica, hasta un ano después.	No por indicación medica	No por indicación medica	No por indicación medica
Que ropa usa actualmente y siente que esta a la moda	Utilizo ropa normal, si a la moda	Normal a la moda	Normal a la moda	Normal a la moda	Normal a la moda	Normal	Normal	Normal
Que come actualmente y que comía antes de la operación	Mas sano, la dieta propuesta por la nutricionista, antes mucha comida.	Dieta libre pero en porciones pequeñas cada 6 horas.	Casi de todo pero en porciones pequeñas y cada 4 horas.	Dieta libre evitando la comida chatarra, pero cada 6 horas	De todo menos pasteles, pero cada 4 horas.	Mas sano, dieta calculada por nutriologo.	Casi de todo pero en porciones pequeñas, cada 4 horas.	Como casi de todo pero en periodos de 4 horas.

En que trabaja actualmente y si la operación le ayudo a consolidar sus relaciones familiares, de pareja y de empleo	Me siento mucho mejor y lo transmito a la familia y al trabajo	Mucho	Me siento mucho mejor	Si mucho	Mucho	Me ayudo mucho y me siento mas capaz	No	Si me ha ayudado bastante en todos los aspectos
Que recomendaciones da para ayudar a las personas obesas para recuperarse	Que las operen	Que se operen	Que se operen	Que se operen para mejorar su autoestima	Que se operen	Que lo operen	Que busquen ayuda por un profesional	Que consulten con un cirujano bariátrico.

Segunda parte de la diagramación, casos de la letra I a la P:

	I	J	K	L	M	N	O	P
Edad que se dio cuenta que era gordo	Desde la adolescencia	Desde hace 5 años	Desde la adolescencia	Desde hace 20 años	Desde la adolescencia	Desde hace 10 años	Desde que era niña	Desde hace 10 años
Edad a la que se opero	51 años	26 años	37 años	36 años	34 años	48 años	25 años	41 años
Peso antes de Tx.Qx.	194 Lbs.	240 Lbs.	323 Lbs	317 Lbs.	303 Lbs.	220 Lbs.	305 Lbs.	267 Lbs.
Peso actual	155 Lbs.	162 Lbs.	230 Lbs.	237 Lbs	212 Lbs.	168 Lbs.	230 Lbs.	160 Lbs.
	6 meses después	1 año después	1 año después		1 año después		6 meses después	1 año después
Posición económica	Media	Media	Media	Media	Media Baja	Media	Media	Media
En que trabaja actualmente	Ingeniera	Secretaria	Medico	Dependiente	Secretaria Telefonista	Secretaria	Dependiente	Secretaria
Sobrenombre en Casa	Ninguno	Gorda	Cochito	Ninguno	Gordita	Chonchis	Ninguno	Pelotita
Trato afectuoso de padres y amigos	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Sobrenombre en Colegio	Bomba	Gorda	Coche	La Bomba	Gordita	Chonchis	Gordis	La Bola

Chistes en el colegio	Algunas veces	De todo tipo	De todo tipo y también en la U.	De todo tipo y mas de comida	Sobre mi forma física	De todo pero en especial con la ropa	De todo tipo	De todo tipo, que en lugar de caminar rodaba
Sobrenombre en el trabajo	Bomba	Gorda	Coche	La Bomba	Gordita	Chonchis	Gordis	ñoña
Le costo terminar los estudios, Encontrar empleo o Pareja	No	No	No	No	No	No	No	No
Sufrió discriminación	No	Algunas veces, discriminación	Ninguna	En ocasiones en las reuniones	Cuando iba a las fiestas	Algunas veces por mi aspecto gordo	En algunas ocasiones	Me hacían burlas muy ofensivas
Le costo la convalecencia luego de la operación	No	Un poco tuve mucho dolor	NO	Un poco	Si no me adaptaba a las comidas	No	Un poco	No
Que ropa tuvo que comprar después de la operación.	Ninguna, use la misma	No por indicación medica	No por indicación medica	No por indicación medica	No por indicación medica	No por indicación del Doctor	No por indicación medica	Me espere un año luego de la operación
Que ropa usa	Uso ropa	La ropa normal	Uso ropa	Uso la de moda	La de ocasión	La Casual a la moda	La que este de	La que esta de moda

actualmente y siento que esta a la moda	que pienso es normal a la moda		normal a la moda	actual			moda	
Que come actualmente y que comía antes de la operación	Como de todo pero espacioso	Como de todo pero en pocas cantidades	De todo según el protocolo medico	De todo según el protocolo medico	De todo según el programa del hospital	Como de todo pero en porciones pequeñas	Como de todo menos chatarra	Como de todo cada 4 horas en porciones
En que trabaja actualmente y si la operación le ayudo a consolidar sus relaciones familiares, de pareja y de empleo	Me ayudo mucho, puedo decir que me cambio la vida.	Me cambio la vida	Me ayudo en todo sentido y mucho bienestar	Si en todos los sentidos, me siento mucho mejor ahora conmigo mismo.	Puedo decir que me cambio por completo mi vida, y me siento muy feliz	Creo que me ha ayudado en todos los aspectos	Me ha ayudado muchísimo	Mi autoestima regreso y me siento muy motivada en todo lo que realizo

Que recomen dacione s da para ayudar a las persona s obesas para recuper arse	Que se operen	Que no se dejen engañar y que busquen ayuda califica da	Que se operen	Que se acerquen a esta unidad medica	Que se operen	Que busquen ayuda medica	Que se operen	Que tengan fuerza de voluntad y que se operen
---	------------------	---	------------------	---	------------------	-----------------------------------	------------------	---

Fuente: Construcción propia, con base a cuestionarios pasados a los pacientes.

A manera de sistematizar la diagramación del estudio de caso de los pacientes obesos mórbidos, se presenta a continuación el cuadro siguiente:

Pregunta realizada	Porcentaje mayor	Porcentaje menor	Observaciones
Edad en la que se dio cuenta que era gordo	Edad adulta 43.75 %	Desde niño 31.25%	Todos son adultos jóvenes
Peso promedio de los pacientes	Antes de la operación 260 lbs.	Después de la operación 188 lbs.	Todos están en distinta fase de tratamiento
Posición económica	Media 99%	Baja 1%	Los pacientes se auto denominaron con estas categorías sociales
Trabajo actual	Profesional 43.75 %	Empleado 56.25 %	Otro
Tuvo sobrenombre en casa	100 %		Todos tuvieron apodos
Trato afectuoso padres y familia		100 % negativo.	Ninguno fue discriminado en el núcleo familiar
Sobrenombre en colegio	100%		Todos tuvieron apodo a nivel escolar
Sobrenombre en el trabajo	100 % positivo		El mismo que traían del colegio
Costo terminar estudios y		100% negativo	Ninguno refirió dificultad para superarse

encontrar pareja			
Sufrió discriminación	100 %		La mayoría indica que no sufrió discriminación. Sin embargo, el uso de apelativos chistosos o groseros expresa ya una forma de discriminación social.
Le costo la convalecencia luego de la operación		100 % negativo	Ninguno refirió una convalecencia difícil
Que ropa tuvo que comprar después de la operación.		100 % negativo	Por indicación medica no compraron hasta alcanzar su peso ideal
Que ropa usa actualmente y siente que está a la moda	100 % positivo		Todos refieren usar la ropa de moda
Que come actualmente y que comía antes de la operación	Comida balanceada 100%	La comida chatarra es aquella que tiende a ser alta en grasa, sal y calorías y baja en fibra dietética.	Todos llevan control y seguimiento por nutricionista
En que trabaja actualmente y si la operación le ayudo a consolidar sus relaciones	Le ayudó la operación 100 %		Como dicen los pacientes "les cambio la vida".

familiares, de pareja y de empleo			
Que recomendaciones da para ayudar a las personas obesas para recuperarse	Que busquen ayuda 100 % y que no se dejen engañar.		Debe recibirse educación nutricional a nivel nacional.

Fuente: síntesis del análisis de contenido de los datos recabados en el estudio de vida de los 16 pacientes obesos mórbidos.

Además de esta sistematización de la historia de vida de los 16 pacientes, la mayoría informó que había consultado varios facultativos y comprado productos que se ofrecen en el mercado para adelgazar, desde aparatos de gimnasia hasta pastillas, sin obtener una solución a la enfermedad.

Indicaron también que no contaron con ayuda psico-sociocultural para prevenir este tipo de estigmatización la cual se desarrolla en el ámbito escolar y que va desde la colocación de sobrenombres y apodos hasta ser objeto de bromas en las actividades sociales. Ello les causó una baja de autoestima, la cual se repuso por completo después de la cirugía al recuperar su apariencia física normal. Esto es lo que los pacientes han llamado que "se les cambió la vida por completo".

4.2 Resultados de la encuesta dirigida a los 16 pacientes sobre los factores socioculturales que más afectan al enfermo de obesidad mórbida.

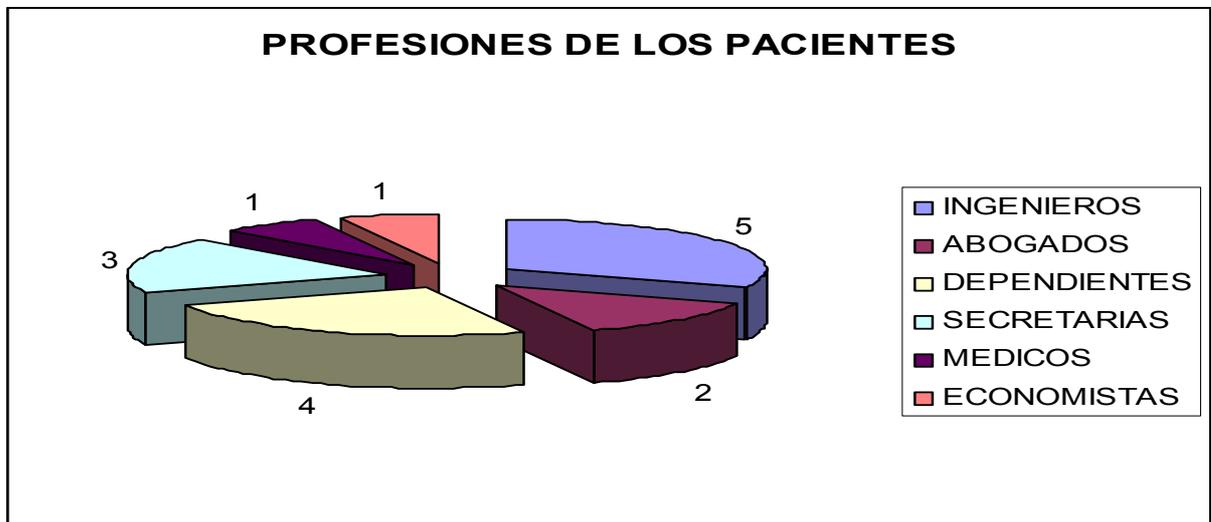
Como otra técnica de investigación, además de las entrevistas para la reconstrucción del estudio de vida de los 16 pacientes, relacionado con la obesidad mórbida, se pasó un cuestionario dirigido.

Los resultados obtenidos en la muestra de los 16 pacientes, comprendidos de los 26 a los 51 años de edad, de los cuales son 10 mujeres y 6 hombres, se presenta a continuación:

Tabla 1
Profesiones de los pacientes

INGENIEROS	5
ABOGADOS	2
DEPENDIENTES	4
SECRETARIAS	3
MEDICOS	1
ECONOMISTAS	1

Gráfica 1
Profesiones de los pacientes

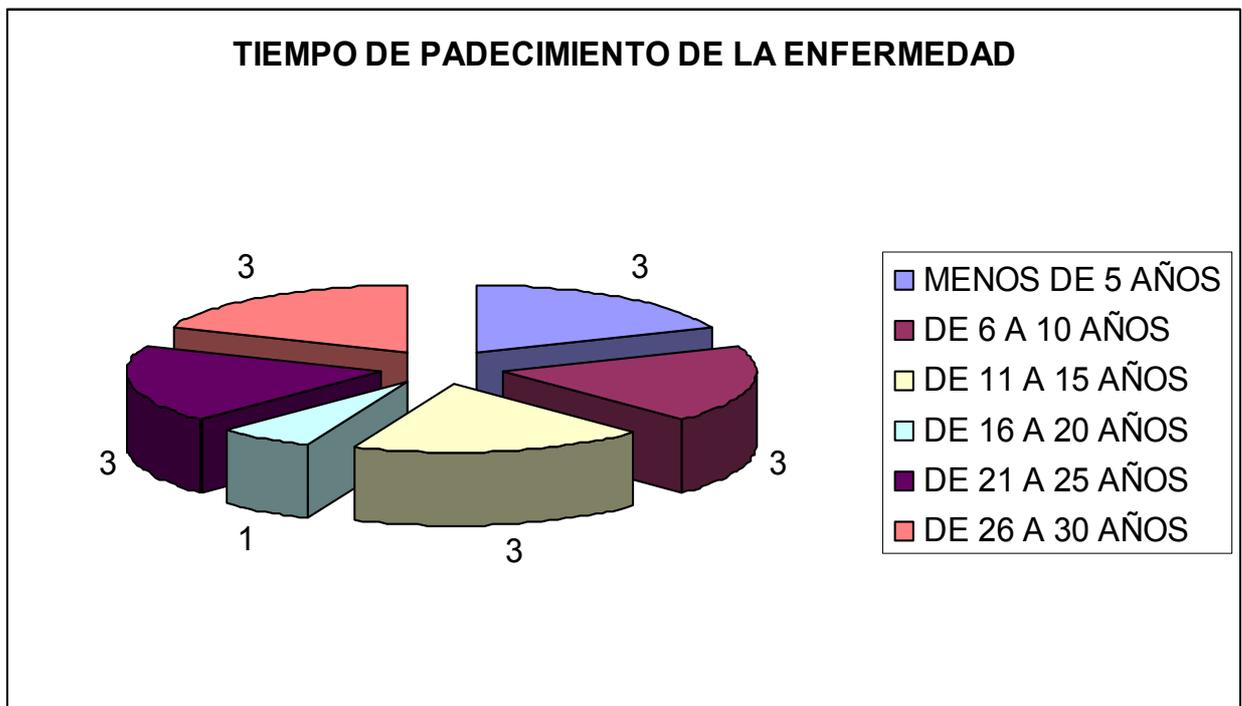


Fuente: Elaboración propia

Tabla 2
Años de padecimiento de la enfermedad

Años de padecimiento	Personas
Menos de 5 años	3
De 6 a 10 años	3
De 11 a 15 años	3
De 16 a 20 años	1
De 21 a 25 años	3
De 26 a 30 años	3

Gráfica 2
Años de padecimiento de la enfermedad

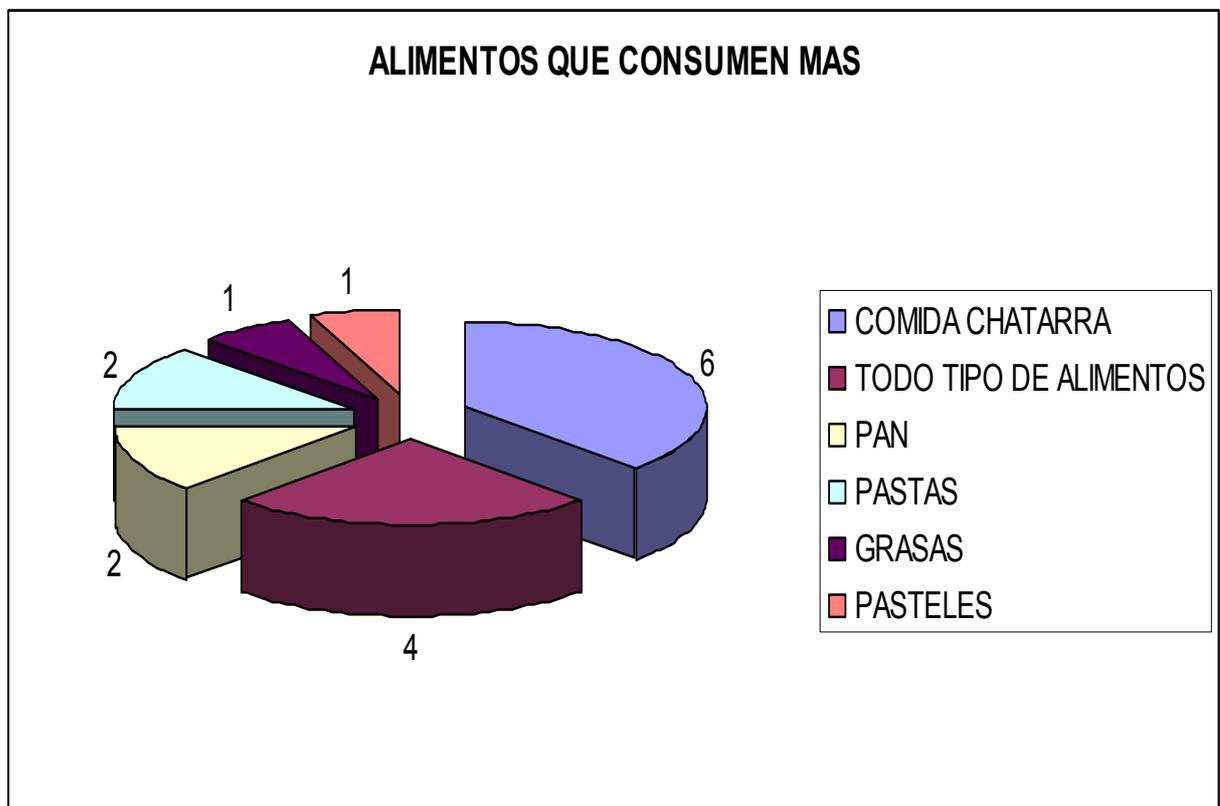


Fuente: Elaboración propia

Tabla 3
Alimentos que consumían más los pacientes

COMIDA CHATARRA	6
TODO TIPO DE ALIMENTOS	4
PAN	2
PASTAS	2
GRASAS	1
PASTELES	1

Gráfica 3
Alimentos que consumían más los pacientes



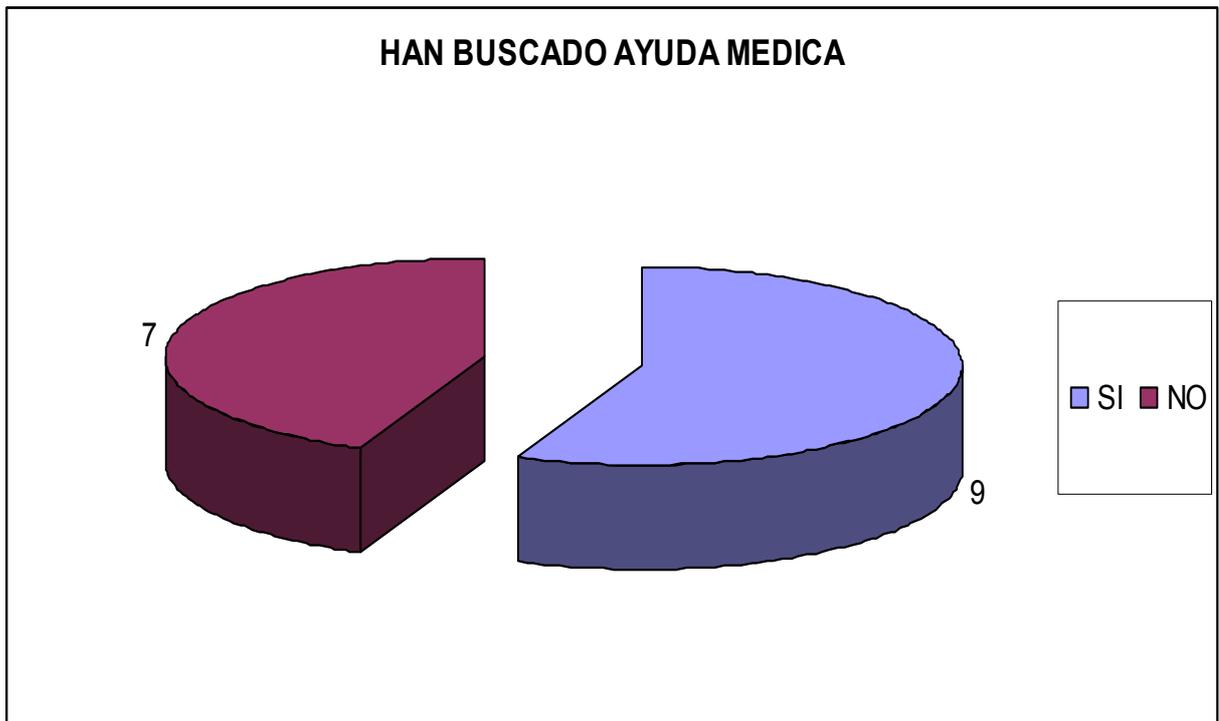
Fuente: Elaboración propia

Es importante hacer notar que el 62% de los pacientes consumían comida chatarra y lo que ellos llaman "todo tipo de alimento". Esto evidencia la necesidad que hubo de cambiarles los hábitos alimenticios.

Tabla 4
Pacientes que buscaron ayuda médica

SI	9
NO	7

Gráfica 4
Pacientes que buscaron ayuda médica



Fuente: Elaboración propia

El 56% de los pacientes buscó ayuda, sin encontrar solución a su problema. Esta ayuda fue de facultativos o de algún método alternativo.

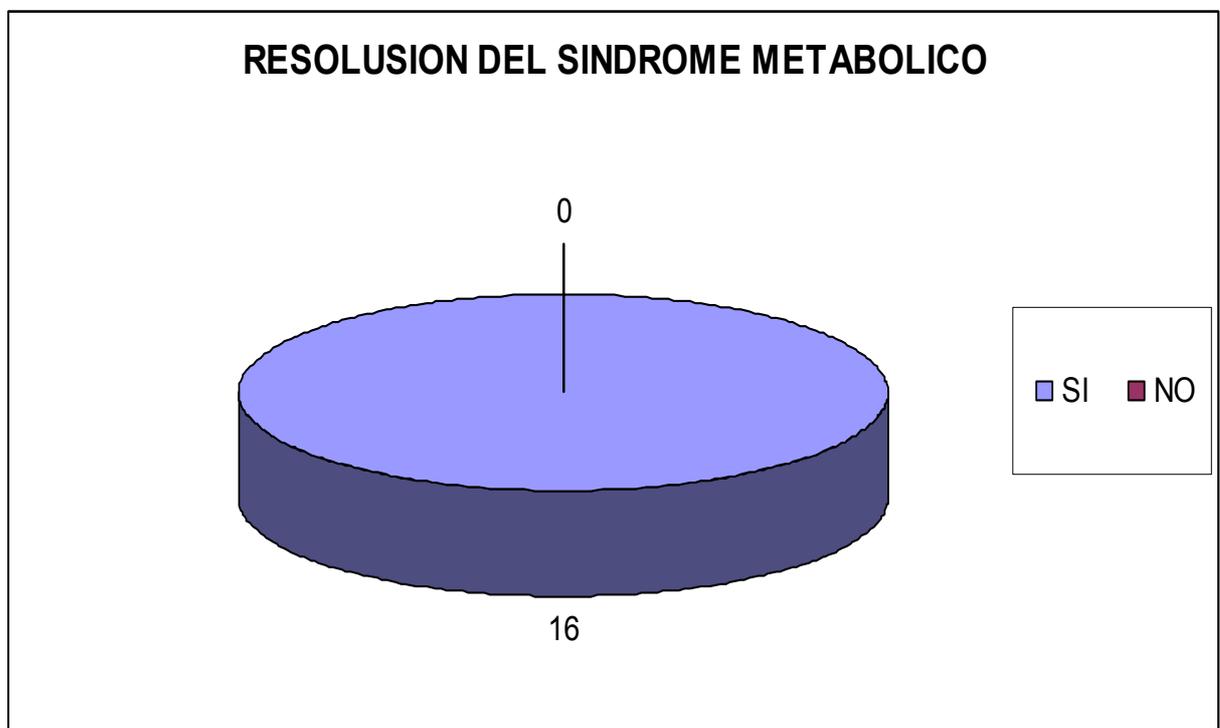
Tabla 5

Pacientes con síndrome metabólico

SI	16
NO	0

Gráfica 5

Pacientes con síndrome metabólico

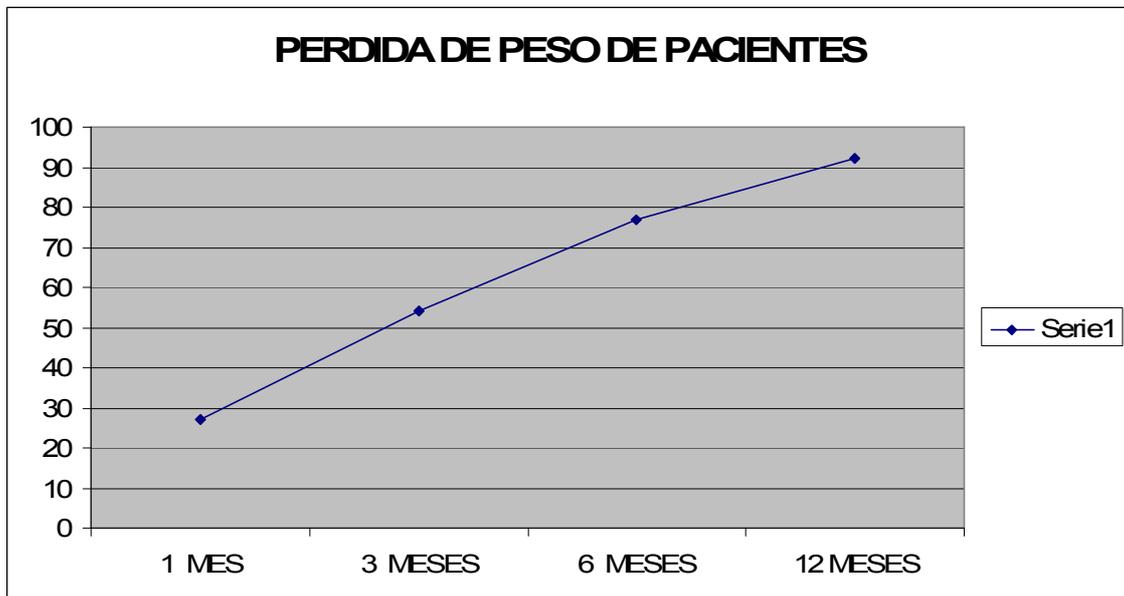


Fuente: Elaboración propia

En esta gráfica se evidencia la co-morbilidad que conlleva la obesidad: hipertensión arterial, diabetes mellitus y apnea del sueño, por lo que el tratamiento es 100% efectivo.

Gráfica 6

Pérdida de peso en relación al tiempo de postoperatorio



Fuente: Elaboración propia

Los pacientes pierden alrededor de una libra diaria por un espacio de un año, alcanzando el peso ideal alrededor de los 18 meses, período en el que son sometidos a cirugía plástica para la remoción de los colgajos cutáneos que quedan.

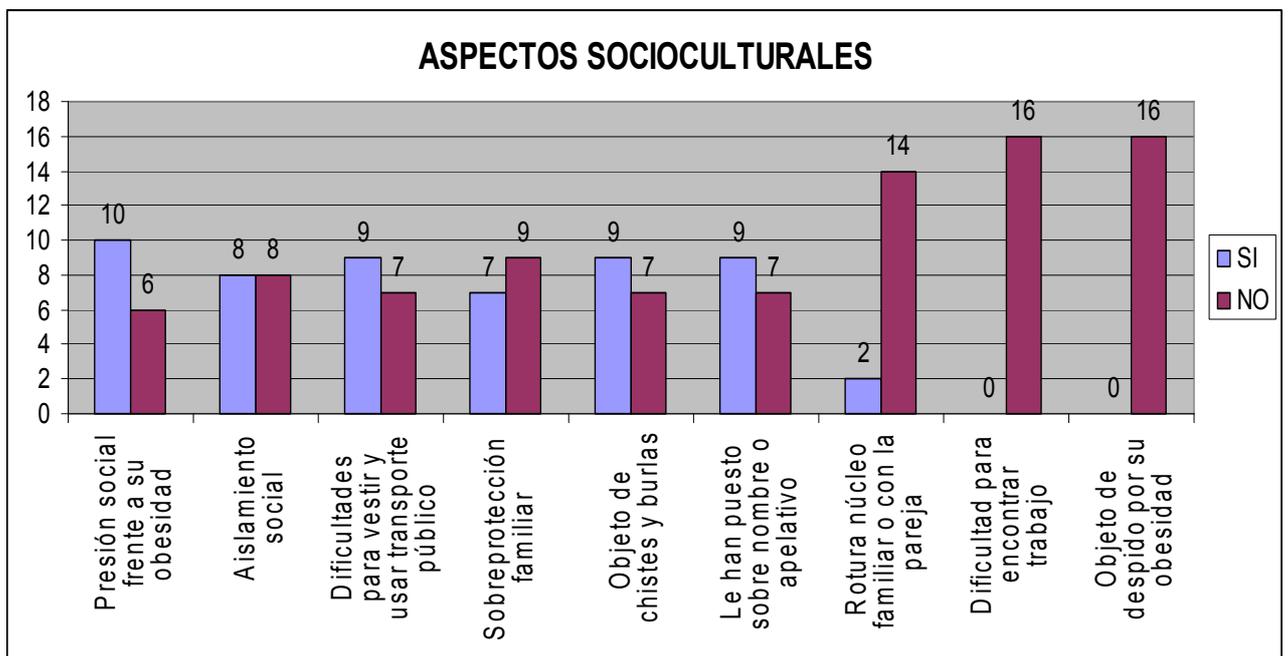
Tabla 7

Aspectos socioculturales que más afectaron a los pacientes obesos mórbidos

Factores socioculturales	SI	NO
Presión social frente a su obesidad	10	6
Aislamiento social	8	8
Dificultades para vestir y usar transporte público	9	7
Sobreprotección familiar	7	9
Objeto de chistes y burlas	9	7
Le han puesto sobre nombre o apelativo	9	7
Rotura núcleo familiar o con la pareja	2	14
Dificultad para encontrar trabajo	0	16
Objeto de despido por su obesidad	0	16

Gráfica 7

Aspectos socioculturales que más afectaron a los pacientes obesos mórbidos



Fuente: Elaboración propia

Debido a la discriminación sociocultural que sufrieron los enfermos, 50%, presentaron también un aislamiento social, tanto en forma directa como indirecta, por ser objeto de chistes, burlas, y sentirse asimismo vestido con ropa anticuada, y que los lugares públicos tampoco cuentan con espacio para ellos.

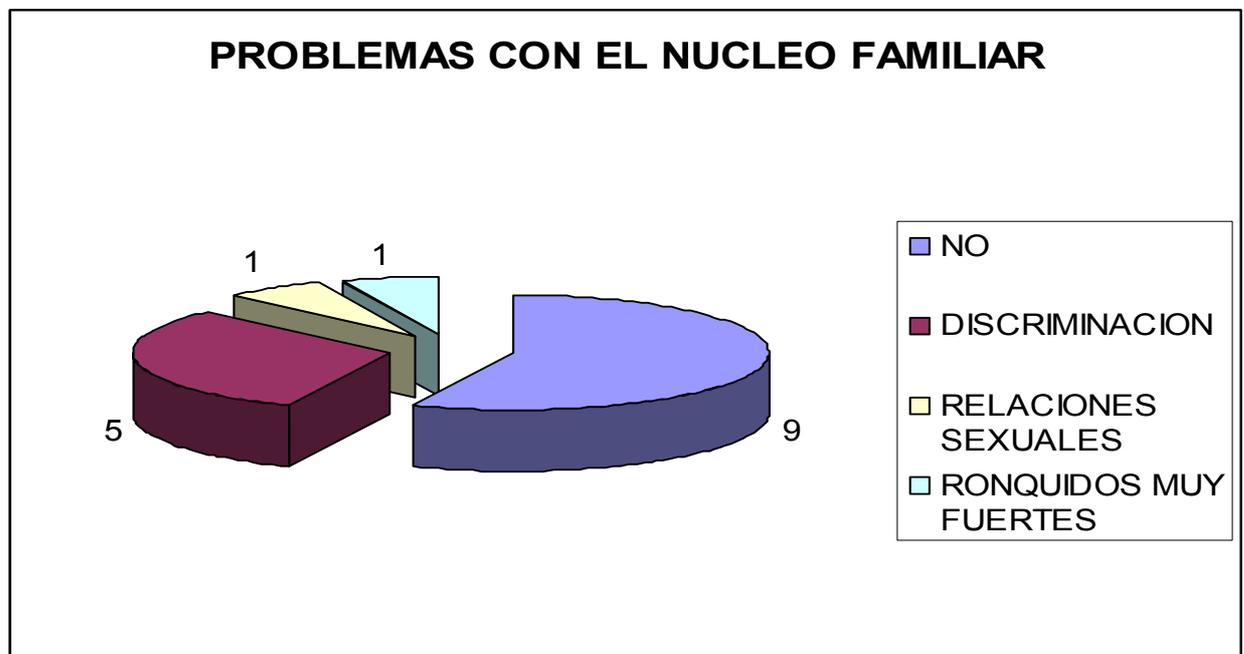
Tabla 8

Problemas familiares que sufrieron los pacientes

NO TUVIERON PROBLEMAS	9
DISCRININACION	5
RELACIONES SEXUALES	1
RONQUIDOS MUY FUERTES	1

Gráfica 8

Problemas familiares que sufrieron los pacientes



Fuente: Elaboración Propia

Son muy pocos los problemas familiares y sexuales que tuvieron estos pacientes.

Tabla 9

Pacientes que resolvieron sus problemas socioculturales después de operados

SI	16
NO	0

Gráfica 9

Pacientes que resolvieron sus problemas socioculturales después de operados



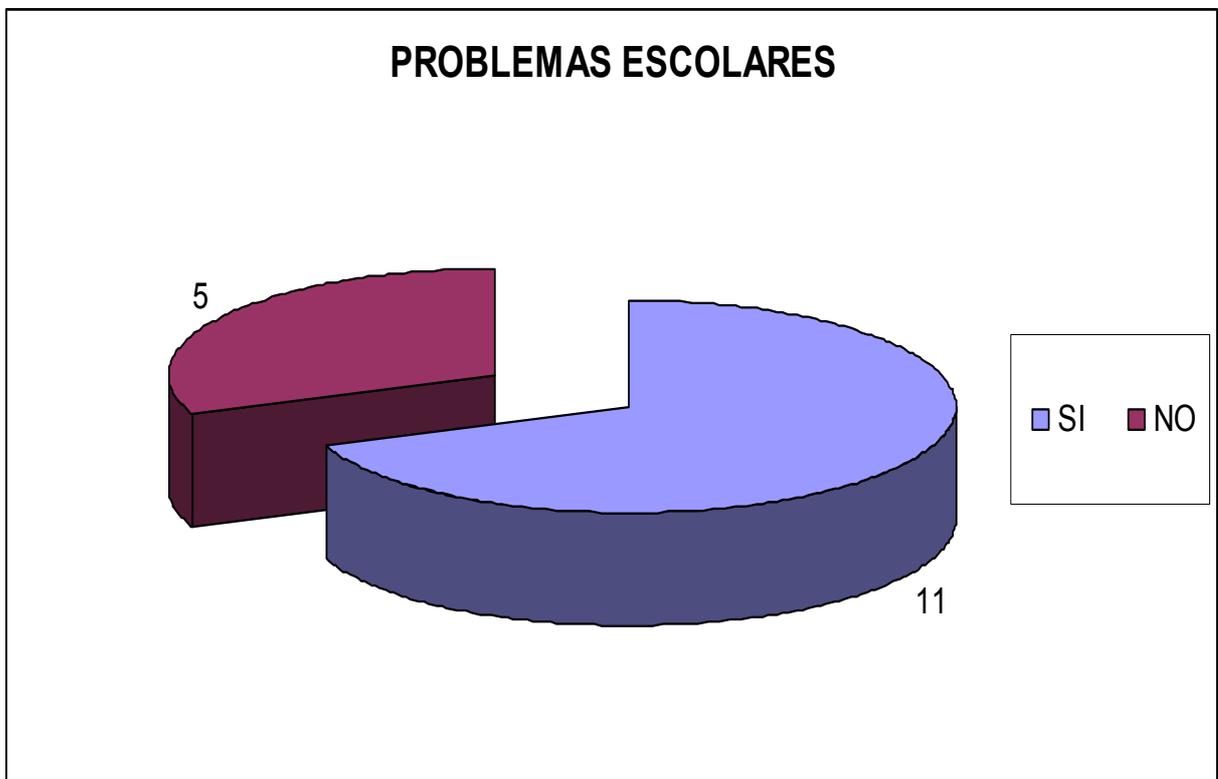
Fuente: Elaboración propia

Los pacientes se sintieron satisfechos en un 100% en cuanto a la resolución de los problemas socioculturales que les acarreó la obesidad.

Tabla 10
Pacientes que tuvieron problemas escolares

SI	11
NO	5

Gráfica 10
Pacientes que tuvieron problemas escolares



Fuente: Elaboración propia

Es de notar que el 68% de los enfermos tuvieron problemas escolares debido a la obesidad.

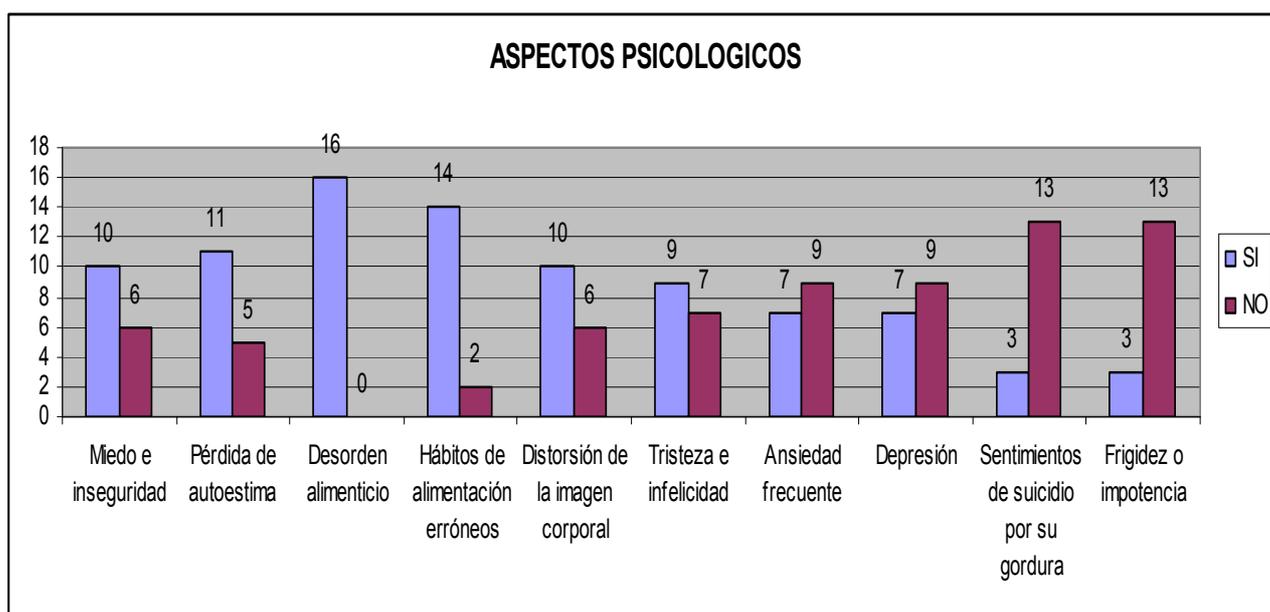
Tabla 11

Problemas psicológicos de los enfermos de obesidad mórbida

Problemas psicológicos	SI	NO
Miedo e inseguridad	10	6
Pérdida de autoestima	11	5
Desorden alimenticio	16	---
Hábitos de alimentación erróneos	14	2
Distorsión de la imagen corporal	10	6
Tristeza e infelicidad	9	7
Ansiedad frecuente	7	9
Depresión	7	9
Sentimientos de suicidio por su gordura	3	13
Frigidez o impotencia	3	13

Gráfica 11

Problemas psicológicos de los enfermos de obesidad mórbida



Fuente: Elaboración Propia

. El 62% de los pacientes sufrieron principalmente de miedo, inseguridad y baja autoestima por la enfermedad. Al respecto, el 68% contestó que si padecieron de baja autoestima. No obstante, el 100% manifestó que el problema principal son los malos hábitos alimenticios que provoca la distorsión de la figura y principalmente otras enfermedades como la hipertensión, diabetes, apnea, entre otras.

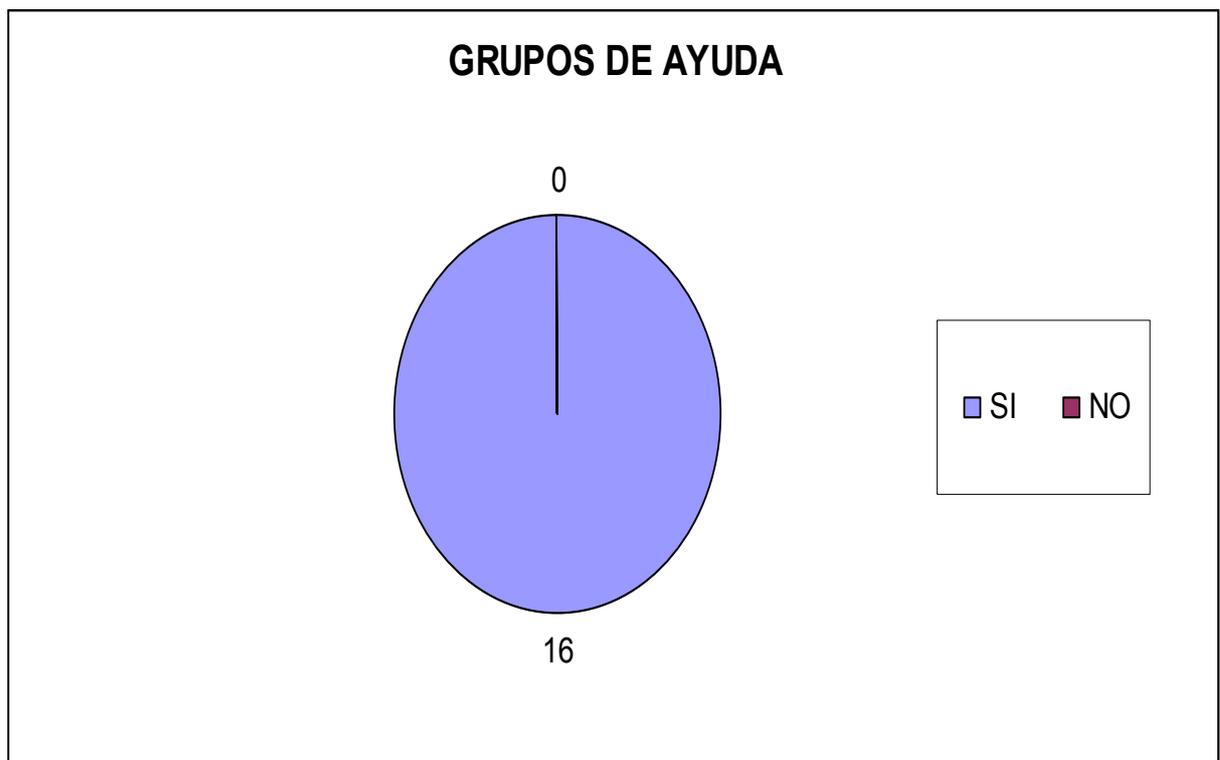
Tabla 12

Pacientes que desean pertenecer a grupos de autoayuda

SI	16
NO	0

Gráfica 12

Pacientes que desean pertenecer a grupos de autoayuda



Fuente: Elaboración Propia

El 100% de los pacientes desean pertenecer a grupos de autoayuda, puesto que manifestaron que como ellos ya tienen experiencia en el procedimiento pre y post operatorio podrían ayudar a otras personas a someterse al mismo, aparte de sensibilizar e informar sobre la importancia de tener hábitos alimenticios sanos.

En los ámbitos escolar y laboral es donde se acentúa la discriminación sociocultural que sufren los obesos. En las relaciones familiares casi no se da este tipo de exclusión, lo que se manifestó en más de la mitad de los pacientes fueron relaciones de sobre protección. Solamente 3 de ellos informaron que habían que se habían separado de su cónyuge por esta causa.

4.3 Mesa redonda interdisciplinaria para tratar la problemática de los enfermos de obesidad mórbida.

De las entrevistas dirigidas a varios profesionales del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-, se concluyó realizar una mesa redonda sobre la problemática de los enfermos obesos mórbidos, la cual tuvo lugar el día 10 de abril de 2007 en las instalaciones del Hospital General del IGSS de la zona 9, ciudad de Guatemala, a la que acudieron, 2 endocrinólogos, 3 neumólogos, 1 psiquiatra, 4 cirujanos bariátricos, 2 trabajadores sociales, 2 nutricionistas y los 16 pacientes operados.

Las principales conclusiones de esta mesa redonda fueron:

a) Pacientes:

Los pacientes indicaron la ayuda que habían buscado para el tratamiento de la enfermedad la habían conseguido y que al someterse al tratamiento operatorio y seguir las instrucciones de los nutricionistas les "había cambiado la vida", y que al fin se sentían "normales" en todo sentido.

Que en agradecimiento a la institución, querían participar activamente en una red o agrupación de autoayuda para la prevención de esta enfermedad, y a la vez, como medida preventiva informar y sensibilizar voluntariamente a la población en mantener mejores hábitos de alimentación y velar además por la no exclusión de los enfermos de obesidad mórbida,

b) Trabajadores sociales:

Indicaron que cuando entrevistaron por primera vez a los pacientes los vieron deprimidos y preocupados por su estado físico. Pero, que después del tratamiento operatorio y post operatorio, y con ayuda del control y

seguimiento nutricional que tenían se les había brindado una oportunidad positiva para la cura de la enfermedad.

Los Trabajadores Sociales se dieron cuenta que los familiares cercanos de estos enfermos les brindó apoyo y estuvieron con ellos en todas las etapas del período preoperatorio y durante la operación. Observaron además, que dentro del núcleo familiar de estos pacientes que dentro del núcleo familiar existen otras personas con el mismo problema, pero por no contar con medios económicos y no ser afiliados al sistema de seguridad social del IGSS no les es posible contar con este tratamiento.

c) Nutricionistas:

El equipo de nutrición comentó que el ajuste de los hábitos alimenticios no causó problemas en los pacientes, ya que la cirugía restrictiva gástrica hace imposible que el paciente coma en gran cantidad- Además, que la calidad de los alimentos que de la dieta recomendada a los pacientes, hace imposible consumir comida alta en carbohidratos, la cual es la principal causa de obesidad. Con ello, la expectativa de vida es superior a la esperada, llegándose a comparar con la de la población en general.

D) Psiquiatra:

En relación a la autoestima y trastornos de personalidad, los pacientes resolvieron los mismos. La mejoría obtenida de su figura física incidió en "sentirse bien" y la obtención una alta autoestima.

E) Otros médicos:

Mencionaron que el síndrome metabólico que aquejaba a los enfermos desapareció, ya que la cirugía restrictiva gástrica hace imposible que el paciente coma una gran cantidad de alimentos, mejorando aspecto físico y calidad de vida.

La reunión concluyó con la iniciativa de organizar una red de autoayuda de estos enfermos, contando con la facilitación y orientación profesional, la que funcionará a través de información y apoyo a pacientes

obesos, las cuales serán impartidas por los mismos pacientes ya operados, quienes tienen interés en compartir su experiencia.

Otra conclusión importante, fue no limitar esta red únicamente a los afiliados al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-, sino que se tomará en cuenta a cualquier persona que sufra esta enfermedad y que quiera participar en la misma.

4.4 Discusión de los resultados.

Se puso a comprobar que los pacientes obesos mórbidos sufren de discriminación sociocultural, principalmente en tres espacios sociales:

Primero: sus familiares cercanos los sobreprotegen, lo que incide en que reciban un trato diferente al de los demás miembros y en alguna medida, cuando se decidieron a someterse a la operación bariátrica, la familia funciona como grupo de apoyo.

Segundo, los obesos mórbidos en el centro de estudios, porque este es un ambiente competitivo. Con amigos son objeto de chiste y burlas, lo cual se demuestra con los apelativos o sobrenombre con el que los identifican.

Tercero, en el trabajo, sucede lo mismo, refirieron no tener mayor discriminación, ni que su obesidad fuera causa de despido o de no lograr metas laborales, tal vez porque la mayoría pertenece al grupo laboral de profesionales y esto los coloca en una posición diferente al resto de trabajadores, sin embargo aquellos que no son profesionales, aunque fue el menor porcentaje, indicaron que tampoco sufrieron de discriminación en este ámbito.

La gran mayoría de estos pacientes han padecido la enfermedad por más de 5 años, por lo que la obesidad mórbida es una enfermedad crónica.

Durante mucho tiempo, estos enfermos consultaron varios facultativos y efectuaron una serie de procedimientos médicos y alternativos sin obtener un resultado satisfactorio, dejándose llevar por un sinnúmero de propaganda mercantilista que diario aparecen en los medios de comunicación social.

Otro dato importante es que estos pacientes que fueron sometidos a cirugía bariátrica cambiaron sus hábitos alimenticios con el control y apoyo de los nutricionistas del IGSS, ya que eran consumidores compulsivos de comida chatarra quizás por la comodidad o falta de tiempo para alimentarse sanamente, o por la aculturación nutricional de la comida rápida, lo que al desmejorar su figura física provocó una autoestima baja, bastante lastimada por la exclusión sociocultural que padecieron y por ser objeto de chistes y apodos, además de tener problemas de encontrar tallas grandes para "gente gorda", y no encontrar, en algunos casos lugar donde estar cómodamente, debido a lo excesivo de su corpulencia.

La cirugía realizada a esta clase de pacientes es resolutive en un 100% de los casos, perdiendo una libra diaria en promedio por un periodo de 12 a 18 meses, tiempo en el que los pacientes llegan a obtener un peso ideal y estable.

El síndrome mórbido que acompaña a estos pacientes desaparece por completo. Lo mismo sucede con la discriminación sociocultural y la baja autoestima.

Al curar la obesidad por cirugía los factores socioculturales y psicológicos que acompañan esta enfermedad desaparecen. Esta intervención quirúrgica es de efecto permanente en la salud y en la apariencia física,

Diseño de la red intrainstitucional para la prevención de la obesidad mórbida

4.5 Los grupos de apoyo mutuo o grupos experienciales.

Estos grupos surgen como estrategia por medio de la cual se estimula la adopción de estilos de vida saludable al considerar la educación, la actividad física y la alimentación como parte fundamental e indispensable para el tratamiento de la obesidad, y tal y como lo ha difundido la Organización Mundial de la Salud y otras organizaciones, los grupos de apoyo mutuo son útiles para hacer frente a problemas como la diabetes, hipertensión arterial y obesidad. (A. Lara Esquela et. al. 2004).

Se constituyen como resultado de la organización de los propios pacientes, que bajo la supervisión médica y con el apoyo de los servicios de salud, sirven para la prevención, sensibilización, información y capacitación a la población de estas enfermedades.

Esta organización contribuye a hacer más efectiva la intervención médica, reforzando la adhesión al tratamiento y el cumplimiento de las orientaciones del sector salud.

Un grupo de apoyo mutuo es aquel en el que cada uno de sus miembros recibe el debido reconocimiento de sus logros en el control de la enfermedad, de esa manera se fortalece la autoestima de cada paciente.

El grupo de apoyo mutuo permite el intercambio de experiencias entre los pacientes y esta retroalimentación facilita la adecuación de los cambios conductuales y socioculturales requeridos para el control de la enfermedad.

La principal función del grupo de apoyo mutuo es garantizar a cada uno de sus integrantes un buen control metabólico. Las actividades que se podrían realizar entre los grupos de apoyo mutuo son:

- Organización de cursos y talleres de capacitación
- Auto monitoreo y cumplimiento de las metas de tratamiento
- Aprendizaje práctico de estilos de vida saludables
- Adquisición de recursos propios
- Prevención y detección de enfermedades entre el grupo familiar y a nivel comunitario

Los grupos de apoyo mutuo deben ser evaluados con el fin de conocer el avance de sus conocimientos, habilidades y destrezas adquiridos, los cuales les permiten modificar su conducta y hábitos socioculturales para el control de su enfermedad.

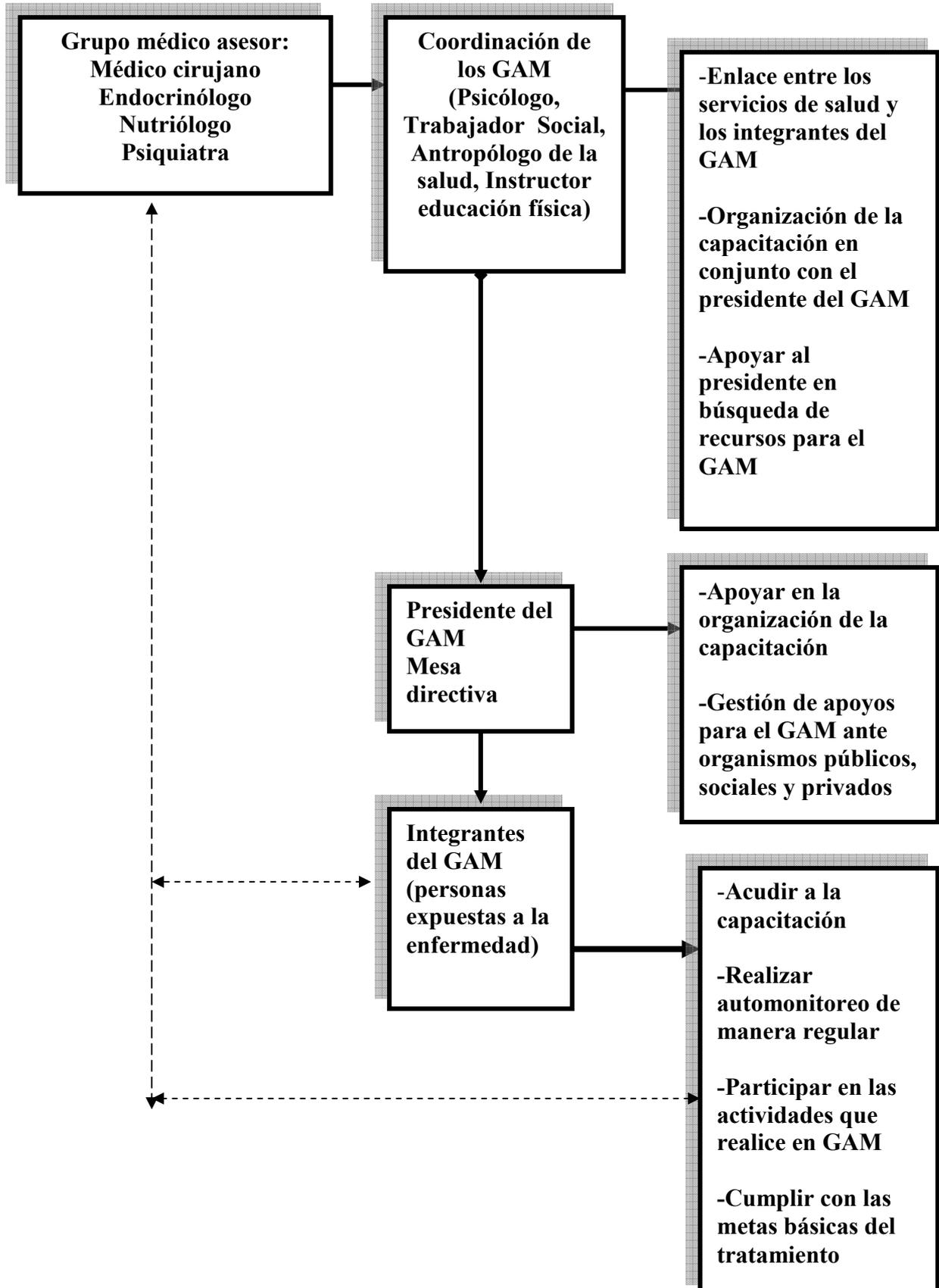
Otro de los objetivos principales de esta acción es integrar los grupos de autoayuda para que sean capaces de tomar decisiones para el cambio de los hábitos alimenticios, de ejercicio y actitud, con la intervención y apoyo de la familia, así como del equipo de salud al utilizar técnicas de educación con la optimización de recursos institucionales.

Según (A. Lara, 2004), los grupos de apoyo mutuo se constituyen en escenarios para la capacitación con énfasis en el manejo no farmacológico y el auto cuidado de la salud, puesto que los pacientes adquieren información y sobre todo nuevas habilidades para el control de su enfermedad.

En estos grupos se ofrece un ambiente de aceptación y comportamiento, donde realizan actividades físicas, llevan un plan de alimentación para el control de peso, y por último, el monitoreo y vigilancia de las complicaciones, todo ello, bajo estricta supervisión médica.

Los grupos de apoyo mutuo de esta naturaleza, deben ser coordinados por personal médico y paramédico. Deben reunirse, de ser posible mensualmente, en las sesiones educativas que se realizan se dan intercambios de experiencias entre los integrantes y esta retroalimentación facilita el control y la prevención de la enfermedad.

A manera esquemática se adecua la presente articulación médica-paciente institucional siguiente para la facilitación y organización de grupos de autoayuda mutua, la cual podría establecerse en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-:



4.6 Actividades docentes agrupadas por prioridad.

La Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de España (2002:60), recomienda las actividades docentes siguientes, agrupadas por prioridades, entre las cuales destaca la intervención sociocultural para la prevención de la enfermedad de la obesidad mórbida:

Actividades docentes agrupadas por prioridad	Nivel de responsabilidad
<p>PRIORIDAD I: Conocer y realizar: --Prevención de la obesidad --Detección de la obesidad --Prevención de las posibles complicaciones de la obesidad: DM</p>	<p>PRIMARIO</p>
<p>Conocer y aplicar: --La periodicidad recomendada de medición del peso según los grupos de expertos para realizar una detección de la obesidad --Los principales conceptos para la clasificación de la obesidad como entidad, y el paciente obeso en función de su riesgo cardiovascular</p>	<p>PRIMARIO</p>
<p>Saber manejar: --Tablas de talla y peso -Medidas del pliegue cutáneo -Índice de masa corporal -Índice cintura-cadera</p>	<p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p>
<p>Manejo diagnóstico y criterios de derivación de: -Obesidad Valoración de su riesgo cardiovascular -Obesidad secundaria -Obesidad mórbida o maligna</p>	<p>PRIMARIO</p>
<p>Conocer las indicaciones y saber interpretar: --Exámenes de laboratorio</p>	<p>PRIMARIO</p>
<p>Manejo terapéutico: --Valoración del paciente obeso: --Ser competente para negociar con el paciente las recomendaciones sobre estilos de vida y el</p>	

<p>tratamiento individualizado que mejor se adecuen a cada paciente en concreto, con especial atención al seguimiento de éstas</p> <ul style="list-style-type: none"> --Establecer los objetivos a alcanzar, la periodicidad de las visitas y los parámetros clínicos a controlar --Conocer ampliamente las diferentes dietas hipocalóricas en el medio sociocultural --Indicaciones y contraindicaciones de los grupos farmacológicos, así como de sus efectos secundarios y dosificación --Complicaciones crónicas de la obesidad <p>Abordaje familiar, psicosocial y cultural del paciente obeso</p> <p>PRIORIDAD II:</p> <p>Educación para la salud en grupos</p> <p>PRIORIDAD III:</p> <p>Abordaje e intervención familiar en el paciente con obesidad mórbida</p>	<p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p>
---	--

CAPÍTULO V

Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

La obesidad, es la acumulación excesiva de grasa, la sobrealimentación es el mecanismo por el cual la obesidad se constituye, mientras su causa, es el producto de complejas interacciones multifactoriales genético - ambientales, psicosocioculturales, que cuando no son de difícil identificación, son de complejo abordaje.

El estigma de ser obeso puede cobrar su cuota a nivel de la salud emocional, siendo las repercusiones psicológicas una consecuencia más de la enfermedad. La exteriorización de la obesidad la hace inocultable, lo que obliga a vivir y a comportarse de una manera diferente. Las consecuencias negativas de la imagen obesa son tan impactantes que puede afectar adversamente la calidad de vida del individuo que la padece.

La imagen corporal es el mayor indicador de depresión y problemas socioculturales relacionados con la obesidad.

Cuando el exceso de peso es importante, algunos pacientes llegan a percibir su imagen como horrorosa y deforme y se sienten, -no sin razón- blanco de actitudes hostiles y de manifestaciones de desagrado por parte de los demás.

El individuo puede desarrollar actitudes "evasivas" de ciertas situaciones que le resultan particularmente desagradables, como mirarse al espejo, tomarse fotos, comprar ropa, ir a la playa, pesarse, entre otros, y adquirir conductas de control como medirse, pesarse o mirarse al espejo, recurriendo a las técnicas utilizadas para disimular un defecto físico.

En ocasiones los obesos y hasta quienes no lo son pueden desarrollar trastornos de la conducta alimentaría cuando intentan restringir su alimentación para perder peso.

El tratamiento de la obesidad como problema social. Implica un trabajo de largo plazo, deben implementarse políticas públicas en materia de salud y seguridad alimentaría que beneficien a la población previniendo y atendiendo los efectos de la enfermedad.

La discriminación sociocultural se suma a este conjunto de desdichas, acompañando a la obesidad.

Los medios de comunicación social juegan un papel determinante, creando confusión y reafirmación de muchos mitos y creencias que son aprovechados por el mundo mercantil para engañar y estafar a la gente, con aparatos reductores y productos inútiles y superfluos, provocando gastos innecesarios a los que padecen de esta enfermedad, en lugar de buscar ayuda médica profesional.

Queda por lo tanto poca duda que la obesidad es un estado físico altamente censurado y estigmatizado, que conlleva exclusión social.

Estos problemas de índole psicosocial, producto de un conflicto entre el medio cultural y el individuo producen una actitud de rechazo tan fuerte hacia la obesidad y el obeso, que el conocimiento de la existencia de estas creencias sociales produce sentimientos de culpa por ser obeso, lo cual genera baja autoestima.

Los indicadores objetivos: económicos (ingresos, empleo), son importantes aunque también lo son los aspectos cognitivos, afectivos y simbólicos como lo demuestran las respuestas de obesos mórbidos a preguntas referidas a su peso y a las funciones psico-socioculturales.

Por lo anterior, se concluye que la obesidad mórbida es una enfermedad cultural, causada por los hábitos alimenticios, derivados de la "occidentalización" de la cultura y el sistema capitalista global.

Los medios de comunicación social juegan un papel determinante al bombardear con campañas consumistas de comida denominada chatarra, alta en grasa y carbohidratos dañina para la salud, esto trae como consecuencia la adopción de hábitos alimentarios perjudiciales para la salud.

Por otra parte, estos ofrecen innumerables productos para reducir la obesidad creando confusión y ocasionando gastos innecesarios a las personas que son engañadas por ardidés publicitarios, como consecuencia no buscan ayuda médica profesional.

La obesidad se acompaña del síndrome metabólico que acorta la vida de los pacientes y disminuye considerablemente su calidad de vida, incidiendo en la discriminación social que sufren estos enfermos y en la baja de autoestima.

La solución de toda esta cascada debe ser corregida con hábitos alimenticios y actividad física.

La medicina a través de la cirugía ha encontrado un procedimiento quirúrgico consistente en restricción del estómago y en exclusión de parte del intestino delgado que es definitivo y corrige la ingesta de alimentos. Esta operación es efectiva, con ella desaparecen paulatinamente todos los efectos colaterales, tanto médicos como socioculturales y psicológicos.

Es de esperar que la difusión de este tipo de investigaciones vaya modificando el concepto sociocultural y médico de esta afección, gestando una inserción y aceptación diferente del obeso en la sociedad, y que el desarrollo de nuevas y mejores estrategias de prevención y tratamiento pueda aliviar este sufrimiento.

5.2 Recomendaciones

Sensibilizar e informar a la población en general, través de este tipo de estudios de las enfermedades causada por los hábitos culturales.

Continuar con la organización y facilitación de la red de grupos de autoayuda y la red intrainstitucional del IGSS para la prevención de la obesidad.

Difundir que existen medios efectivos para el tratamiento de este tipo de enfermedades.

Promover cambios culturales en los medios de comunicación como el uso para los cigarrillos respecto a la comida chatarra y demás alimentos que se consumen rutinariamente y llevan a este síndrome.

Entregar este informe a la Sección de Epidemiología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, -IGSS-, para que a través de la misma

se tomen las medidas de difusión para la prevención de esta enfermedad dentro de la población afiliada.

Entregar informe al Ministerio de Salud Pública para que a través de sus organismos correspondientes con el objeto de coadyuvar a la elaboración de las políticas públicas relacionadas con el sector salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bacallao J. **Diet and health in the Americas: a review.** En: **Reunión Técnica sobre Obesidad en la Pobreza; Situación en América Latina,** La Habana, 15-19 mayo, 1995.
2. Barker DJ. **Fetal origins of coronary heart disease.** *BMJ* 1995;311 (6998):171-174.
3. Berman, WH y col. **The effect of psychiatric disorders on weight loss in obesity.** *Behavioural Medicine* 1993.
4. Bergerhoff Mulder M: **Kipsigis bridewealth payments.** In Betzig L, Beregerhoff Mulder.
5. Björntorp P. **How should obesity be defined** *J Inter Med* 1990;227:147-9.
6. Brown PJ and Bentley Condit VK. **Culture, Evolution, and Obesity,** En: *Handbook of Obesity.* NY.2000.
7. Brown PJ. **The biocultural evolution of obesity.** En: Bjorntorp P, Brodoff B, eds. 2000.
8. Brown PJ. **Culture and evolution of obesity.** *Hum Nature* 1991; 2:31-57.
9. Canning H and Mayer J. 1966. **Obesity -its possible effect on college acceptance.** *N Engl J Med* 21-34.
10. Chile, Ministerio de Salud, **Informe del Ministro de Salud. Santiago, Chile: Ministerio de Salud:** 1996. Gillespie S, Mason J, Martorell R. **How nutrition improves.** Geneva; United Nations, ACC/SCN; 1996. State-of-the-Art Series 15).
- 11, Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. **Ministerio de Sanidad y Consumo, España.** 2002, pag. 60
12. Delgado HL, Ramírez M. **Dieta y salud en la región centroamericana.** En; **Proyecto multicentrico dieta y salud en Latinoamérica y el Caribe.** OPS/Kellogg, 1994.
13. Drewnowski A, Popkin BM. **The nutrition transitions new trends in the global diet.** *Nutr. Rev.* 1997;55(2):31-43.
14. Elder GH Jr.1969. **Appearance and education in marriage mobility.** *American Sociological Review* 34.
15. Elina Nora Dabas. **Red de redes, las practicas de la intervención en redes** Paidos Buenos Aires 1993.
16. Garrow GA. En: **"Obesidad medica del adulto".**Montero JC. Editorial d&p. Buenos Aires.1997.

17. Goodman JI, Richardson SA, Dornbusch SM and Hastorf AH.1963. **Variet reactions to physical disabilities.** American Sociological Review 28: 429-435.
18. Hafner RJ, Watts JM, Rogers J. **Quality of life after gastric bypass for morbid obesity.** Int J Obes 1991;15:555-560.
19. Kannel WB, D'Agostino RB, Cobb JL. **Effect of weight on cardiovascular disease.** Am J Clin Nutr 1996; 63(Suppl 3):419S-422S.
20. Kreitler S, Chemerinsky A. **Body-image disturbance in obesity.** Int J Eating Disord 1990;409-418.
21. Krupka LR and Vener AM **Patterns of use and perceptions of users of over the counteranorectics.** In Phenilpropanolamine: examining the benefits and risks. ed D. Morgan and J.Kagan. N.York. 2004;52:56.
22. Lara Esqueda, et. al. **Grupos de Ayuda Mutua: Estrategia para el control de diabetes e hipertensión arterial.** En Archivos de Cardiología de México. Vol. 74. No. 4. Octubre-diciembre 2004. Pags. 330-336. México
23. Larkin JC and Pines HA. 1979. **No fat persons need apply:** Experimental studies of the overweight stereotype and hiring preference. *Sociology of Work and Occupations*(August):315-31623.McCarron DA, Reusser ME. **Body weight and blood pressure regulation.** Am J Clin Nutr 1996;63(Suppl 3):423S-425S.
24. Lee Rb: **The Kung San Men, Women, and Work in a Foraging Society.** Cambridge, Mas, Harvard University Press, 1999.
25. Lowemberg M y col. **Los alimentos y el hombre.** Ed. Limusa-Wiley SA. México.1970.
26. MacLean RA and Moon M.1980. **Health, obesity and earnings.** Am J of Public Health 70:1006-1009.
27. Martorell R, Kettel Khan L, Hughes ML, Grummer-Strawn LM. **Obesity in women from developing countries.**
28. Meisler JC, St. Jeor S, **Summary and recommendations from the American Health Foundation's Expert Panel on Healthy Weight.** Am J Clin Nutr 1996; 63(Suppl 3):474S-477S.

29. Monteiro CA, Lisboa-Conde W, **Time trends in overweight prevalence in children, adolescents and adults from less and more developed regions of Brazil**. En: 8th International Congress on Obesity, Paris, 29 agosto-3 septiembre, 1998.
30. Miembros Red Ciudadana Multicultural. **Bases Generales del Plan Nacional para Superar la Discriminación en Chile**. 2006.
31. Mora JO, Mora OL. **Deficiencias de micronutrientes en América Latina y el Caribe: anemia ferropriva**. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1998.
32. Mora JO, Mora OL. **Deficiencias de micronutrientes en América Latina y el Caribe: vitaminas**. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1998.
33. Must A. **Morbidity and mortality associated with elevated body weight in children and adolescents**. Am J Clin Nutr 1996;63(Suppl 3):445S-447S.
34. Muust O. **Obesity. Preventing and managing the global epidemic**. WHO Ginebra.1997: 23:33.
35. Omran AR. "The epidemiologic transition. **"A theory of the epidemiology of population change**. Milbank Mem Fund Q 1971;49(4):509-538.
36. Omran AR. **The epidemiologic transition in the Americas** Washington. DC: Pan American Health Organization, 1996
37. Organización Panamericana de la Salud, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. **Informe del proyecto multicentro dieta y salud en Latinoamérica y el Caribe**. Guatemala: OPS. INCAP; 1994, (DOE/IP/ 049).
38. Ohlson L, Larsson B, Svardsudd K, **The influence of body fat distribution on the incidence of diabetes mellitus 13,5 years of follow-up of the participants in the study of men born in 1913**. Diabetes 1985;34(10); 1055-1058.
39. Organización Panamericana de la Salud. **La salud en las Américas**. Edición de 1998. Washington. DC; OPS; 1998. (Publicación científica 569; 2 vol).
40. Peña M, Amador M, Bacallao J. **Obesity**. En: Johnston FE, ed. **Nutritional anthropology**. New York; Alan R Liss; 1987.

41. Perú, Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. **Encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) 1991-1992**. Lima: INEI; 1992.
42. Ravussin E and Bogardus C. **A brief overview of human energy metabolism and its relationship to essential obesity**. Am J Clin Nutr 1992;55:242S-245S.
43. Ravussin E and Bogardus C. **A brief overview of human energy metabolism and its** Am J Clin Nutr 1992.19.Pi-Sunyer F. **Weight and non- insulin dependent diabetes mellitus**. Am J Clin Nutr 1996; 63 (Suppl 3):426S-429S.28. Rand CSW, Macgregor AMC. **Successful weight loss following obesity surgery and the perceived liability of morbid obesity**. Int J Obes 1991;15:577-579.
44. Rabner JG, Greenstein RJ. **Obesity surgery: expectation and reality**. Int J of Obes 1991;15:841-845.33. Ravelli A y col. **Obesity at the age of 50 y in men and women exposed to famine prenatally**. Am J Clin Nutr 1999;70:811-16.
45. Rand CSW, Macgregor AMC. **Morbidly obese patients' perception of social discrimination before and after surgery for obesity** South Med J 1990;83(12):1390-1395.
46. Richardson SA, Hastorf AH, Goodman N and Dornbusch SM. 1961. **Cultural**
47. Ritenbaugh C: **Obesity as a culture bond syndrome**. Cult Med Psychiatry 6:347,1982.
48. Sawaya AL, Dallal G, Solymos G, De Sousa MH, Ventura ML, Roberts SB, Sigulem DM. **Obesity and malnutrition in a shantytown population in the city of Sao Paulo, Brazil**. Obes Res 1995;3(Suppl 2):107s-115s.
49. Scout EC, Bajema Cj: **Height, weight and fertility among participants of the third Harvard growth study**. Hum Biol 54:501-516.1992
50. Sichieri R, Coitinho DC, Leao MM, Recine E, Everhart JE. **High temporal, geographic, and income variation in body mass index among adults in Brazil**. Am J Public Health 1994;84 (5):793-798.
51. Shike M. **Body weight and colon cancer**. Am J Clin Nutr 1996;63(Suppl 3): 442S-444S.
52. Stunkard AJ, LaFleur WR and Wadden TA. **Stigmatization of obesity in medieval times: Asia and Europe**. Int J of Obesity(1998) 22, 1141-1144.

53. Sobal J y Stunkard AJ. **Socioeconomic status and obesity: a review of the literature.** *Psychol Bull* 1989;105:260-275.
54. Staffieri JR. **A study of social stereotype of body image in children.** *J Pers Soc Psychol* 1967;7:101-104.
55. Sullivan M, Karlsson J, Sjöström L, Backman L, y col. Swedish Obese subjects(SOS)-an intervention study of obesity. **Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjects examin 37.** Stunkard, AJ Wadden, TA. Psychological aspects of severe obesity. *Am J of Clin Nutr* 55:60. 1992.
56. Sullivan M, Karsson J **Obese subjects, an intervention study of obesity,** *Int J of Obesity* 1993;17:502-512
57. Stunkard AJ, Wadden TA. **Psychological aspects of severe obesity.** *Am Journal of Clinical Nutrition* 1992;55:524S-532S.
58. Schuessler KF, Fischer GA. **Quality of life research and sociology.** *Ann Rev Sociol* 1985;11:129-149.
59. Stunkard AJ, Sorensen TIA. **Obesity and socioeconomic status - a complex relation.** *N Engl Med* 1993;329:1036-1037.
60. Towell HC, Burkitt Dp. **Western diseases: Their emergence and prevention,** Cambridge, MA: Harvard University Press, 1981.59. World Health Organization. **Nutrition, highlights of recent activities in the context of the World Declaration and Plan of Action for Nutrition.** Geneva: WHO; 1995, (WHO/NUT/95.2). ed. *Int J of obesity* 1993;17:503-512.
61. World Health Organization, **Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee.** Geneva: WHO; 1995:312-340. (Technical report series 854).
62. Williamson DF. **Dietary intake and physical activity as "predictors" of weight gain in observational prospective studies of adults.** *Nut Rev* 1996;54 (4P+2): S101-S109.

APENDICE

1. GLOSARIO DE TERMINOS MÉDICOS

2. BOLETA DE ENCUESTA UTILIZADA

GLOSARIO

Índice de masa corporal: medida del volumen corporal que se obtiene con la siguiente formula peso en kilogramos partido la talla al cuadrado

Obesidad: exceso de grasa en el cuerpo.

Obesidad mórbida: acumulación en exceso en el organismo que se acompaña de otras enfermedades.

Síndrome de Cushing: trastorno metabólico secundario al aumento del cortizol serico.

Insuficiencia suprarrenal: fallo de las glándulas suprarrenales.

Hipotálamo: parte del diencefalo

Apnea: falta de respiración

Artrosis: degeneración de las articulaciones.

Edema: aumento del líquido subcutáneo.

Cancerigenos: elementos que producen cáncer.

Atención primaria en salud: referente a la prevención de las enfermedades.

Atención secundaria en salud: referente a la curación de las enfermedades.

TX. QT. : Tratamiento Quirúrgico

By pass gástrico: procedimiento quirúrgico consistente en la reducción del estomago a una capacidad de aproximadamente 2 onzas y una derivación intestinal de 1.5 a 2.5 metros.

Banda gástrica: procedimiento quirúrgico consistente en la colocación de una banda ajustable en la parte superior del estomago que provoca saciedad al comer.

BOLETA DE ENCUESTA UTILIZADA:

CUESTIONARIO A SER UTILIZADO PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES PSICOSOCIOCULTURALES

Hombre: Mujer: Edad: Profesión

Peso antes de la operación: Talla:

Peso post operación: Talla:

1. Desde cuándo tiene razón de haber padecido de la enfermedad:

2. Tuvo algún sobre nombre debido a su apariencia física:

Si No
 Cuál: _____

3. Sufrió de problemas familiares por su gordura:

Si No
 Cuáles: _____

Aspectos generales

4. Tuvo problemas escolares por su gordura.

5. Qué alimentos comía:

6. Antes de la operación había consultado algún médico debido a la gordura:

Aspectos psicológicos:
Ha tenido alguna vez:

	SI	NO
Miedo e inseguridad		
Pérdida de autoestima		
Desorden alimenticio		
Hábitos de alimentación erróneos		
Distorsión de la imagen corporal		
Tristeza e infelicidad		
Ansiedad frecuente		
Depresión		
Sentimientos de suicidio por su gordura		
Frigidez o impotencia		

Aspectos socioculturales:
Ha tenido alguna vez:

	SI	NO
Presión social frente a su obesidad		
Aislamiento social		
Dificultades para vestir y usar transporte público		
Sobreprotección familiar		
Objeto de chistes y burlas		
Le han puesto sobre nombre o apelativo		
Rotura núcleo familiar o con la pareja		
Dificultad para encontrar trabajo		
Objeto de despido por su obesidad		

