

**Universidad Austral de Chile
Facultad de Medicina
Escuela de Obstetricia Y Puericultura**



**VIVENCIA DE LA SEXUALIDAD EN LA MUJER CON
OBESIDAD**

Tesis presentada como parte de los requisitos para
optar al GRADO DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA Y PUERICULTURA.

EVELYN ROXANA HERNÁNDEZ BELLO

VALDIVIA – CHILE

2005

Profesora Patrocinante: Juana Romero Zambrano

Nombre

Firma

Profesora informante: Debbie Guerra Maldonado

Nombre

Firma

Profesora informante: Nancy Muñoz Albornoz

Nombre

Firma

FECHA DE APROBACIÓN:

Agradecimientos

En realidad son infinitos agradecimientos los que quisiera expresar principalmente a quienes componen mi familia a mi madre por esas largas noches de estudio en la cocina, a mi hermana pilar por su ternura, cariño y compañía a pablo mi hermano por su dueña disposición ante las peticiones repentinas y de última hora que surgieron infinitas veces.

Al apoyo, ánimo, confianza y amor con que me han acompañado durante todos mis estudios desde el primer día y cada cual con su estilo propio, en especial a mi padre con sus enseñanzas y experiencias de vida quien a pesar de irse de un momento a otro y sin derecho a reclamo se convirtió en la persona más importante para seguir estudiando, sólo puedo decirte; es mi primer paso, pero aún queda mucho más por hacer.

A quien hoy forma parte de mi vida y tuvo una participación esenca en alentarme a seguir adelante pese a las adversidades del camino, a mi principal colaborador y orientador en el desarrollo de mi trabajo de investigación, a quien me dio fuerza una y otra vez para seguir adelante, por su paciencia y amor: muchas gracias Jaime.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Objetivos	3
2. MARCO TEÓRICO	4
2.1. De la obesidad	4
2.2. De la sexualidad humana	6
2.3. La corporalidad	10
2.4. Autoestima	12
3. METODOLOGÍA	14
3.1. Fundamentación metodológica	14
3.2. Hacia una investigación cualitativa de calidad	14
3.3. Fundamentos de la técnica escogida	15
3.4. Diseño metodológico	16
3.5. Acercamiento inicial	17
3.6. Obtención de la información	17
3.7. Captura y codificación de la información	17
3.8. Análisis y manejo de la información	18
4. RESULTADOS	20
4.1. Información general de los sujetos de estudio	20
4.2. De la corporalidad y la autoestima	20
4.3. De las causas, efectos y riesgos	22
4.4. Relación de pareja y obesidad	26
4.5. Expresión y respuesta sexual, elementos facilitadores y limitadores	27
5. DISCUSIÓN	31
6. CONCLUSIONES	36
6.1. Consideraciones y proyecciones	37
7. BIBLIOGRAFÍA	39
8.1. Anexo I: Cuestionario de información general.	41
8.2. Anexo II: Escala de autoestima de Coersmith.	42
8.3. Anexo III: Pauta de entrevista en Profundidad.	43
8.4. Anexo IV: Acta de consentimiento informado	44

RESUMEN

La sexualidad ocupa un lugar relevante en la vida afectiva de la mujer adulta joven, estando ésta sujeta a múltiples factores, dentro de los cuales la obesidad podría opacar este ámbito debido a la discriminación y burla que ésta genera. Así esta investigación de orden cualitativa apunta a describir el significado que tiene para la mujer esta condición y la influencia en ámbitos como la corporalidad, relación de pareja, salud, cotidianeidad y la vivencia de su sexualidad.

Con un enfoque fenomenológico-crítico (Mercado,1996) se realizaron entrevistas en profundidad a ocho mujeres, entre 20 y 40 años de edad, en la ciudad de Río Bueno(Chile). El contenido de las entrevistas se trabajó por apartados y de acuerdo al esquema de aproximación sucesiva circular y al principio de saturación descrito por Mercado (1996) se hizo una lectura análisis producto de la cual se obtuvieron las siguientes conclusiones:

Con respecto a su imagen corporal relatan experiencias negativas y respuestas adaptativas a las mismas que buscan la propia aceptación y la de los demás.

En la relación con la pareja la aceptación y apoyo que la mujer percibe de éste es esencial para su autoestima, la aceptación de su obesidad y el buen funcionamiento de la relación.

Como causas de la obesidad identifican la buena mesa, la herencia y el proceso grávido puerperal, el sedentarismo y la mayor ingesta calórica que éste acarrea.

El cansancio producto de los quehaceres diarios es característico en la vida de estas mujeres, lo que las circunscribe cada vez más al hogar y limita su tiempo para el esparcimiento.

La preocupación por su salud se evidencia sólo cuando existe sintomatología asociable a alguna morbilidad o limitación física evidente.

En definitiva sus experiencias dan cuenta de la existencia de disfunciones sexuales, siendo las más frecuente el deseo sexual hipoactivo y el trastorno orgásmico femenino, en las cuales la obesidad tiene un papel, si bien no protagónico, limitante tanto psicológica como físicamente, condicionando múltiples aspectos en la vida.

Palabras Clave: Mujer – obesidad – sexualidad.

SUMMARY

Sexuality plays an important role in adult women's affective lives being responsible of many external factors that obesity is the worst because people who suffer from this illness feel discriminated and the mockery they face everyday makes them leave aside the field of sexuality. This research is a qualitative approach which describes what obesity is for those women and how this illness influence them in topic like their image, couple's relationship, health and the way they live their sexuality.

We used a phenomenological critical approach (Mercado, 1996) where interviews were performed in depth to eight women between 20 to 40 years old that share similar sociocultural and economical conditions in Río Bueno (Chile). These interviews were recorded, then transcribed and codified in five sections that show the different dimensions of the triad in study. Then, according to approximation subsequent circular scheme and saturation principle described by Mercado (1996) where a reading analysis was done, the **conclusions** were the following:

Regarding their physical appearance, women tell negative experiences and the answers they give are related to their life experiences which search their people's and their own acceptance. Generally, these women have a very vulnerable self-esteem mainly conditioned by the couple's support and kindness.

As a cause of obesity, we can mention the excess of food, inheritance, the gravid childbed process, the sedentarism and the high smart calories sedentarism carries.

The tiredness of household cores are the characteristics of women 's routine, so they do not have time to do another activiy.

People in general are worried about their health only when sintomatology of any kind of morbidity appears, their fear increase when the symptoms are more evident or provokes a physical limitation.

To sum up, their experiences show sexual dysfunctions being the most frequent the hipoactive sexual desire and the female orgasmic disorder in which obesity plays a role, not the most important, but obesity limits women in psichological and physical aspects conditioned by seceral aspects in life.

Key Words: woman – obesity - sexuality

1. INTRODUCCIÓN

La obesidad es una problemática creciente en todo el mundo y cada vez más frecuente en la mujer y a medida que aumenta la edad, es por ello que la Organización Mundial de la Salud la ha declarado “la epidemia del siglo XXI” (OMS, 2002).

Esta condición aparece en los países occidentales en el 30 a 40% de la población y en Chile afecta al 24.4% de las mujeres, ocupando el primer lugar de América Latina.

Esta condición como lo describe la literatura (PADES, 2003) implica múltiples consecuencias tanto biológicas, como psico sociales, siendo este último aspecto el menos abordado por el personal de salud quienes centran sus actividades principalmente hacia la prevención de otras morbilidades.

No se profundiza en las múltiples consecuencias que acarrea esta condición debido a lo visible que es, lo cual provoca no sólo discriminación social sino que afecta la autoestima y autoimagen corporal dañando de alguna manera el área cognitiva y afectiva de las personas, en especial de la mujer, cuyo rol está fuertemente asociado a la belleza corporal.

De esta forma se pone de manifiesto lo poco que se conoce acerca del padecimiento de estas mujeres en la intimidad, especialmente en la vida afectiva y sexual, temática en la cual se centra esta investigación y que fundamenta su importancia debido a la gran relevancia que cumple la sexualidad en la comunicación humana, la apertura personal hacia el otro y el crecimiento personal.

Al reflexionar sobre el problema cabe preguntarse: ¿Qué pasa entonces con quienes tienen obesidad? ¿Su sufrimiento tiene cabida? ¿O es que no vale la pena ni siquiera mencionarlo pues es una realidad dada? ¿Qué ya no importa o no hay nada que hacer, salvo ridiculizar y presionar a estas mujeres con diferentes dietas y asustarlas con las más dolorosas enfermedades? O ¿es que de alguna manera se debe llegar a comprender los eventos, experiencias y motivaciones que conducen a su actual pasar y desde allí ayudar?

En busca de respuestas a estas preguntas y debido a la mayor oportunidad de acercamiento a las mujeres que tiene la matrona (òn) como profesional de la salud y al objetivo de esta profesión en gran parte orientada a favorecer una adecuada expresión sexual, resulta fundamental conocer este ámbito de la vida humana en las mujeres con obesidad así como los factores que influyen en la vivencia de su sexualidad.

Así la tríada: mujer- obesidad- sexualidad es el eje central de esta investigación y el propósito de la misma será conocer y analizar los fenómenos que allí ocurren desde la perspectiva cualitativa, con el fin de generar un nuevo campo de conocimientos en esta materia, colocar en su justa relevancia esta problemática más allá de las cifras estadísticas y la declaración de la OMS, contar con más elementos para ayudar y comprender a estas personas, prestar una

mirada diferente a los problemas de salud que puedan ser utilizados en materias programáticas y emancipar el campo de acción de la matrona (ón), en una nueva área, mas humanizada y más cálida.

De este modo, y siguiendo el pensamiento de MERCADO (1996) quién señala que “se requiere ampliar la visión del proceso salud- enfermedad más allá de los confines celulares y el espacio corporal, se necesita analizar no sólo los sistemas sociales sino (y en especial) lo existencial, el contenido subjetivo de la enfermedad, los eventos de vida y la experiencia humana”. Se optó por una línea fenomenológica-crítica o crítico-reflexiva, que permite a través de la entrevista en profundidad conocer, describir y analizar aquellos fenómenos microfenomenológicos que transcurren en cada persona, que le dan sentido a su padecimiento y que están inmersos en un contexto económico, social y simbólico determinado.

Así tal como se ha señalado el objeto de conocimiento de esta investigación será “la vivencia de la sexualidad”; tanto en sus aspectos biológicos, psicológicos, emocionales, simbólicos y sociales, en la mujer con obesidad (sujeto de estudio) en un período en que habitualmente existe una vida sexual activa, después de la adolescencia y sin los problemas propios de la menopausia; esto es, entre los 20 y 40 años de edad.

1.1 OBJETIVOS

Objetivo general:

- Conocer la influencia y significado que tiene para la mujer con obesidad esta condición y cómo influye en la expresión de su sexualidad.

Objetivos específicos:

- Describir el grupo de análisis en aspectos biodemográficos generales.
- Identificar la percepción que las mujeres tienen sobre su corporalidad y el nivel de autoestima de las mismas.
- Identificar el conocimiento que tienen las mujeres con respecto a su obesidad así como sus causas, efectos y riesgos.
- Describir la influencia de la obesidad en la relación de pareja, según la percepción de la mujer
- Identificar las características de la respuesta y comportamiento sexual en las mujeres en relación a la obesidad.
- Describir los factores que la mujer con obesidad considera como limitantes para su expresión sexual y el logro de la satisfacción sexual.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 DE LA OBESIDAD

Cuando se revisa la literatura, se advierte que en general existe gran preocupación por el tema de la obesidad y los factores ligados a esta condición, ya sea como agentes causales o consecuencias de la misma. Sin embargo, como se ha dicho, el foco de atención está puesto única y exclusivamente en la morbilidad como tal y salvo algunas excepciones, en especial trabajos de la esfera psicológica y familiar, esbozan ciertas condicionantes de otro orden para explicar tal morbilidad. En estas investigaciones, sin duda relevantes desde el enfoque biomédico, la mirada tiende a controlar este desorden orgánico y psicológico, a contener los costes en su sanidad, a mostrar cuan trascendente es en cantidad como en calidad de vida, a mejorar la toma de decisiones relativas al tratamiento médico y cumplir con aquella exigencia tan extendida de mostrar resultados eficaces, comprobados y con mayor calidad (MERCADO, 1996)

A modo de ejemplo se cita algunos reportes que serán de interés para el análisis de resultados de la presente investigación y que de algún modo han de aportar un insumo para el proceso de discusión de los mismos.

2.1.1. Definición de Obesidad:

Es una enfermedad de carácter crónico y manejable, que se distingue por la acumulación excesiva de tejido adiposo, que acarrea diferentes problemas y predispone a desarrollar otras enfermedades ROZOWSKI (1997).

Su diagnóstico es clínico y se logra midiendo el porcentaje de grasa corporal total, a través de la medición de los pliegues cutáneos o considerando la relación que existe entre el peso y talla.

Uno de estos parámetros, acaso el mas utilizado, es el “índice de masa corporal” (IMC) que es la relación entre el peso (en Kg.) sobre la altura (en metros) elevado al cuadrado.

Un IMC: con valores mayores a 30 se considera como obesidad.

2.1.2. Magnitud de la obesidad en Chile y el mundo:

La OMS (2002) declaró a la obesidad como “la epidemia del siglo XXI”, estimando que 1200 millones de personas presentan sobrepeso que es la antesala de la obesidad.

En los países occidentales, la obesidad aparece en el 30-40% de la población. No obstante, tiende a incrementarse en relación con la edad, en personas de 50 o más años llega a afectar al 70% de las personas aproximadamente siendo más frecuente entre las mujeres.

En América Latina, Chile tiene el mayor porcentaje de mujeres obesas. La investigación avalada por la OMS establece que el 24,4% de las chilenas adultas están obesas, lo que pone a nuestro país en el primer lugar según prevalencia. Si a la obesidad se suma el sobrepeso, tenemos que esta realidad afecta al 48,8% de las chilenas mayores de 15 años. Según algunos investigadores esto se debe a que Chile es un país emergente que ha cambiado aceleradamente sus hábitos alimentarios y físicos.

Esto se ha traducido en un mayor sedentarismo y consumo de comida chatarra por parte de sus habitantes, aumentando de manera alarmante los niveles de obesidad existentes.

2.1.3. Causas de la obesidad ROZOWSKI (1997):

Las causas de la obesidad son múltiples y están asociadas a factores hereditarios, genéticos, psicológicos, ambientales y socioculturales. Fundamentalmente se debe a patrones de conducta sedentarios y la ingesta excesiva de grasas en la dieta.

Aspectos biológicos: en las mujeres obesas se ha visto un bajo nivel de metabolitos de serotonina en el líquido cefalorraquídeo, que se correlaciona con preferencias elevadas por carbohidratos.

Hábitos de alimentación: el tipo de alimentación prácticamente determina la obesidad (la cual tiende a ser alta en grasas y baja en contenido de fibras)

Factores psicológicos: están presentes en la sobreingesta y los “atracones”. Se puede atribuir a un fallo psicológico en el control del apetito “verse tentado a comer más de lo que se necesita”. Se da una dependencia psicológica en el acto de comer, dependencia que es tan preocupante como la del tabaco o el alcohol.

Factor cultural: ya que los hábitos son parte de la cultura muchos países padecen de esta enfermedad, principalmente las personas con un nivel socioeconómico más bajos donde la ingesta se caracteriza por ser más rica en carbohidratos y grasa, ya que económicamente es más accesible y saciadora.

2.1.4 Consecuencias de la obesidad:

La obesidad ha demostrado ser una problemática con importantes costos, tanto a nivel individual como social ROZOWSKI (1997). Sus consecuencias se pueden clasificar como sigue:

Consecuencias biológicas: sin duda existe una infinidad de repercusiones de esta naturaleza y numerosos los reportes al respecto. Pero para los objetivos de este estudio se mencionarán aquellas vinculadas con la triada de investigación.

En primer lugar la mayor prevalencia de problemas cardiovasculares, metabólicos (en especial la Diabetes Mellitus Tipo II) y osteomusculares.

En segundo lugar los problemas sexuales tales como la disminución de la libido, frigidez e impotencia (frecuentemente también de causa psicológica). La compulsividad e impulsividad sexual y los problemas de orden físico para realizar el acto sexual.

Implicaciones psicológicas que acarrea la obesidad: La persona obesa se ve afectada comúnmente en el área afectiva y cognitiva; puede sentirse sensibilizada por su aspecto, falta de confianza en sí misma, con baja autoestima, con un concepto pobre de sí misma, ansiosa, deprimida y con bajas expectativas de autoeficacia y logro. Esta sintomatología es la consecuencia de la condición de la obesidad y no la causa.

Implicaciones psiquiátricas: Se ha descrito una alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica (trastornos de ansiedad, depresión, conductas adictivas, desarrollo de síntomas bulímicos y/o anoréxicos, etc.).

Implicaciones sociales: La obesidad constituye uno de los principales “estigmas sociales”, disminuyendo las oportunidades de empleo y educación, con el consiguiente costo psicológico individual y disminución de la calidad general de las relaciones interpersonales.

Pocos trastornos son tan visibles a los demás como la obesidad, y aún menos trastornos generan tanta ridiculización de sus víctimas y condena de parte de los demás. Generando como respuesta en las personas obesas vergüenza, pena y culpa.

Es común ver cierta crueldad y discriminación social; la persona pierde su identidad y pasa a ser “el guatón tonto... o la gordita...”, se espera incluso que estas personas tengan ciertas características como ser buena onda, simpáticos o enojones.

2.2. DE LA SEXUALIDAD HUMANA

Al respecto también existe una infinidad de artículos y, al contrario de lo señalado con la obesidad, tratan en su mayoría de las múltiples dimensiones que este concepto tiene, vale decir, lo corporal, psicológico, relacional y social.

Puesto que este fenómeno humano es aún un constructo latente, donde a diario aparecen nuevas relaciones y alcances, se abordó en el siguiente orden: su definición; la sexualidad en el adulto joven; la respuesta sexual humana, sus problemas y disfunciones; y la satisfacción sexual

2.2.1. Hacia una definición de sexualidad:

La sexualidad es una dimensión humana que abarca la persona en su totalidad, impregna la personalidad y por ende la conducta del individuo (GARCÉS, 1991).

Es una realidad dinámica. No es algo logrado totalmente desde que nacemos, sino que va creciendo, se va desarrollando, va madurando constantemente, siempre.

Este avance tiene una dirección: va del autoerotismo al aloerotismo. El autoerotismo significa una sexualidad centrada en sí mismo. Una actitud en la cual se entiende como una manera de disfrute personal; aquí la sexualidad es algo que “existe para sí”, en función de su agrado, de su placer, de su beneficio.

El camino hacia el aloerotismo se refiere al propio erotismo orientado hacia el otro. Lo que implica vivir la sexualidad como una manera de trascendencia, como una forma de pasar más allá de las propias puertas, de manifestarse hacia el otro, de exteriorizar toda realidad interior, toda riqueza personal. Una sexualidad aloerótica es una sexualidad capaz de comunicarse con el otro.

Pasar del auto al aloerotismo es una tarea, si esto no se cumple, no estará lograda la capacidad de convertir la sexualidad en instrumento de comunicación personal.

Por último, es una fuerza para edificar a la persona. Tiene una dimensión social y personalizante. En la medida que integra el gesto sexual a las formas de llegar al otro la persona humana crece como tal, en la medida que se comunica con los demás, en la medida que se abre radicalmente al otro, que se transforma en presencia.

En definitiva es un instrumento de comunicación humana, de apertura personal al otro, y en cuanto tal, de crecimiento personal concreto.

2.2.2. La sexualidad en el adulto joven.

Según MASTER (1995) el primer ciclo de la edad adulta, que comprende aproximadamente desde los 20 a los 40 años, es un periodo en que los individuos toman importantes decisiones en su vida (matrimonio, trabajo, modelo de vida) y pasan de las ambiciones relativamente no verificadas de la adolescencia a una madurez personal decantada por la realidad del mundo en que viven. Para la mayoría de estas personas es una época de creciente responsabilidad sobre las relaciones interpersonales y la vida de familia.

Los primeros años del estado adulto son una época de incertidumbre sexual para unos y de satisfacción plena para otros. A veces la sexualidad se tuerce debido a sentimientos de culpa o de inmoralidad que el individuo, hombre o mujer, arrastra de antiguo. La preocupación que tenía el adolescente acerca de su idoneidad sexual no ha desaparecido del todo, y el joven adulto continúa preocupándose también de su prestancia física, dotes sexuales y destreza personal en el amor. Es posible que aún no se hayan resuelto los conflictos en torno a la identidad sexual, e incluso para los que han logrado aceptar y asumir su condición de homosexuales o bisexuales, las presiones y prejuicios sociales pueden suponer obstáculos y dificultades.

2.2.3 Respuesta sexual humana, sus problemas y disfunciones.

Según MONTIEL, F. (2001) la sexualidad un proceso complejo, coordinado por los sistemas endocrino, neurológico y vascular, su alteración es fácil y multifactorial. La sexualidad además, incorpora a la familia, a las creencias religiosas y a la sociedad, viéndose afectada por el equilibrio salud- enfermedad, la edad y la experiencia pasada. Aún más, siendo una experiencia de relaciones interpersonales cada uno de los integrantes aporta sus actitudes, necesidades y respuestas dentro de la pareja. Cualquier falla en alguna de estas áreas lleva a una disfunción sexual.

El conocimiento y análisis de las fases de la respuesta sexual humana nos permite aventurar las causas probables que llevan a los problemas y disfunciones sexuales.

Las causas de tales disfunciones serían las siguientes:

- Analfabetismo sexual: falta de conocimiento y de experiencia. Los problemas sexuales y la ignorancia en estos temas son universales; sobrepasan los límites de la religión, raza, educación, clase socio-económica y edad.
- Inhibición sexual: Está cercanamente relacionada al inadecuado conocimiento sexual. Se extiende desde mal designar a los genitales como sucios, pecaminosos hasta la falta de aceptación de la sexualidad durante la formación de la persona. La capacidad de recibir placer es algo difícil de aceptar en nuestra cultura.
- Fatiga: “Estamos demasiado cansados para hacer el amor”. La fatiga es un mensaje del cuerpo a la mente pidiendo descanso.
- Conflictos interpersonales: no se puede hacer el amor hasta no hacer las paces.
- Aburrimiento: El encanto se ha ido. Como cepillarse los dientes o poner la alarma, el sexo puede llegar a ser un evento tan predecible como la caída de la noche.
- Imagen corporal distorsionada: haciendo las paces con su cuerpo. Es increíble como mucha gente está insatisfecha con la forma en que luce su cuerpo.
- Ansiedad de desempeño: nuestra cultura tiene una exagerada conducta acerca de la competencia, logros y velocidad. Mucha gente tiende a observarse a sí misma su conducta durante el sexo en lugar de relajarse y gozar el momento sexual. Esta expectación puede generar ansiedad.
- Culpa: es un sentimiento negativo, interno, privado, en que se dice: “estoy molesto conmigo mismo por lo que he hecho”
- Trauma sexual: algunas personas con problemas sexuales (abuso o violación cuando niño, joven o adulto). Los traumas sexuales pueden producir una serie de problemas sexuales, incluido el temor a la intimidad o tacto, falta de interés en el sexo, incapacidad de lograr el orgasmo o vaginismo.

¿Cuáles son las disfunciones sexuales que con mayor frecuencia se describen en la mujer?

Para este mismo autor las que con mayor frecuencia se presentan en la mujer son: el deseo sexual inhibido, el deseo sexual hipoactivo y el trastorno orgásmico femenino.

Deseo sexual hipoactivo (DSH): se manifiesta por la disminución o la pérdida, total o parcial, del interés o el deseo por la actividad sexual (masturbación, coito). Es un trastorno que perfectamente puede distorsionar gravemente la relación de pareja. Es importante destacar que el deseo sexual difiere en cada individuo. Tomando en cuenta los factores que afectan el funcionamiento sexual, tales como edad, sexo, y el contexto de la vida de la persona. Tanto los factores físicos como psicológicos pueden contribuir al DSH. Entre las causas físicas se incluyen: las diferencias hormonales, la depresión, el estrés, el alcoholismo, la insuficiencia renal y las enfermedades crónicas. Entre las causas psicológicas se incluyen: los problemas relacionales como la lucha de poder, conflictos, hostilidad, trauma sexual (violación, incesto) y los cambios vitales mayores.

Trastorno de la Excitación Sexual en la mujer (TESM): es una inhibición general de la respuesta de excitación. La mujer con TESM no se lubrica, su vagina no se expande y no se produce la plataforma orgásmica. Tampoco percibe las sensaciones eróticas. Es poco frecuente que se presente aislada, más bien acompaña a la anorgasmia. Entre las causas más frecuentes de esta disfunción están la culpa y la hostilidad. La culpa generalmente comprende un conflicto interno entre el deseo de gozar la interacción sexual y un temor inconsciente de hacerlo. La hostilidad con frecuencia es contra su propia pareja.

Trastorno Orgásmico femenino (TOF): es la inhibición del componente orgásmico de la respuesta sexual humana, es decir, la falta de orgasmo o la ausencia del clímax en la relación sexual. La mujer puede encontrarse sexualmente muy excitada; pero no es capaz de llegar al orgasmo. Es necesario tener en cuenta que las mujeres presentan una amplia variedad en el tipo o intensidad de la estimulación necesaria para producir el orgasmo. La hostilidad hacia la pareja puede actuar como factor inhibitorio de la respuesta orgásmica. Otra causa frecuente de esta disfunción es el desconocimiento de una buena técnica sexual. A veces la mujer no es bien estimulada, por desconocimiento de la anatomía y/o fisiología por parte de su pareja.

2.2.4 La satisfacción sexual:

Para este apartado se encontró sólo una investigación que contiene la tríada en estudio: mujer-sexualidad-obesidad, realizado por Woodward (2002), el cual versa sobre los factores predictores de la satisfacción sexual en mujeres con obesidad. Esta autora postula interesantes conclusiones en cinco áreas diferentes de dicho tema de investigación; a saber :

- Los factores que las mujeres con obesidad consideran influyentes en la satisfacción de su relación sexual son(de mayor a menor importancia) Su pareja, su propia perspectiva sexual positiva y su autoimagen corporal positiva

- Los trastornos sexuales que refieren con mayor frecuencia son: la dificultad en lograr el orgasmo (32%), ansiedad por la habilidad y el desempeño (13.4%) y Problemas de lubricación (3%)
- De las mujeres que se señalan sexualmente satisfechas, los siguientes factores son los que tienen la mayor influencia en la satisfacción sexual (en orden descendente) la pareja, la percepción sexual positiva, la autoimagen corporal positiva, la conserjería y las dietas.
- Las que se señalaron sexualmente insatisfecha, los siguientes factores son los que refieren como más influyentes (en orden descendente): la autoimagen corporal negativa, su pareja, las actitudes negativas hacia el sexo, deficiencia o inaccesibilidad a la conserjería y las dietas.
- En relación a su peso y como influye este en la relación de pareja, el 48.8% de las mujeres encuentran que su peso les causa problemas de invalidez en sus actividades de vida diaria. El 52.4% disfrutaría más su vida sexual si estuvieran más delgadas. El 47.1% encuentra que le afecta su capacidad de expresarse sexualmente. El 81% refiere que nunca ha sido un problema en sus relaciones. El 95.7% refiere que “raramente a nunca” su pareja las ha presionado a perder peso.
- En conclusión para esta autora, los mejores predictores de la satisfacción sexual en la mujer obesa son cuatro (De mayor a menor importancia)
 - a) La comunicación en la relación sexual
 - b) La autoimagen del cuerpo
 - c) La pareja de goce sexual
 - d) El nivel de educación

Estos aspectos, recomienda WOODWARD (2002), son las áreas más importantes y útiles a trabajar por parte de un terapeuta o profesional que quiera enfocar su trabajo a parejas obesas sexualmente descontentas.

2.3 LA CORPORALIDAD

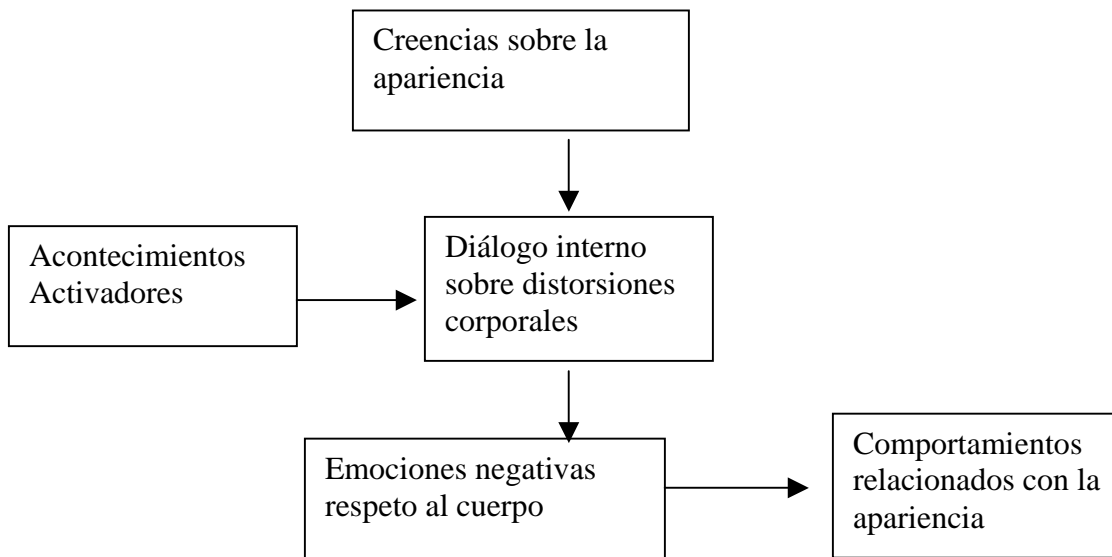
La corporalidad es un término que hace referencia a las vivencias que cada sujeto tiene de su cuerpo. Esta vivencia, no solo traduce una valoración subjetiva sino también ínter subjetiva, es decir, la creencia que el individuo tiene acerca de cómo el otro valora su imagen corporal.

Las aproximaciones teóricas a la vivencia del cuerpo se han realizado desde múltiples paradigmas, aunque los más difundidos han sido el Conductual-Cognitivo y el Psicoanalítico.

La corporalidad en el paradigma conductual-cognitivo: Según DÍAZ (2001) este se sustenta en el procesamiento cognitivo. En la alteración de la corporalidad existiría una distorsión cognitiva que exagera los posibles defectos. Según podemos observar en el diagrama de la Fig. 1, existe un diálogo interno sobre la corporalidad que en determinadas

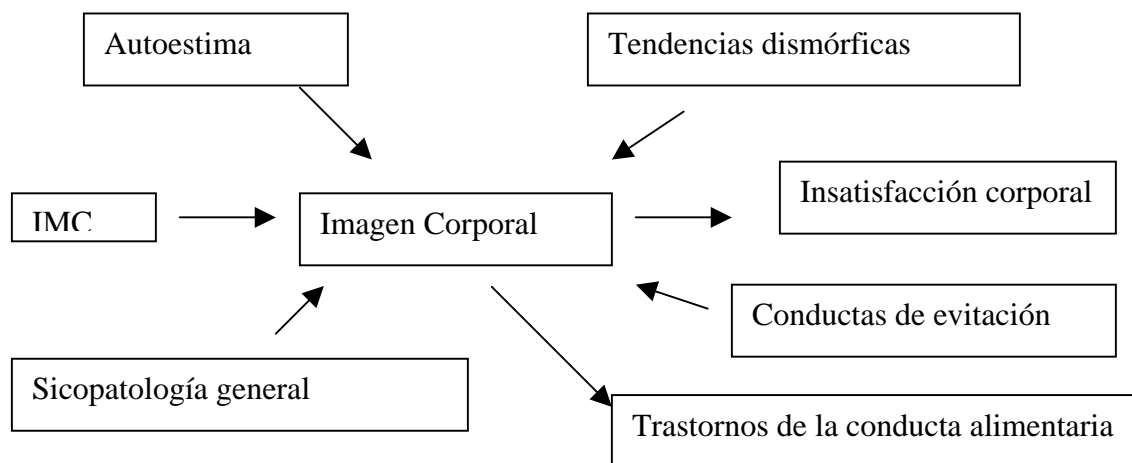
circunstancias, y ante la presencia de activadores, aparecen una serie de emociones negativas dando lugar a un repertorio conductual relacionado con ellas.

Figura – 1: Los errores cognitivos en la imagen corporal (RAICH, 2000)



Existen varios modelos que intentan explicar el desarrollo y mantenimiento de las alteraciones de la corporalidad. Dentro del paradigma cognitivo, el que parece más desarrollado pertenece a RAICH, TORRAS Y MORA.

Figura – 2: Modelo de RAICH, TORRAS y MORA



En la Fig. 2.se recogen los aspectos fundamentales que intervienen en la explicación del mencionado paradigma. Según los autores existe una relación directa entre autoestima, índice de masa corporal y sicopatología general y alteración de la imagen corporal.

Por otra parte la imagen corporal es la percepción y los sentimientos hacia nuestro propio cuerpo, el cómo nos percibimos y nos sentimos en y con nuestro cuerpo.

De acuerdo a cómo visualizamos nuestra imagen manifestaremos un lenguaje corporal con nuestros gestos, posturas y proyección.

Esta autora DÍAZ (2001) cita que “es importante enfrentarnos de manera consciente a los sentimientos que nos provoca nuestra propia desnudez, pues si no son sanos, nos lleva a trastornos de imagen, baja estima, desórdenes alimenticios y comportamientos opresivos y defensivos. Algunas de las disfunciones sexuales que presentan algunas parejas están relacionadas a la pobre imagen corporal que tienen de sí mismos. La mayoría de las personas que tienen problemas con la desnudez y su imagen corporal adquirieron esta actitud ante comentarios negativos de sus padres o allegados durante los años de crianza, ante las imágenes casi perfectas que muestran los medios de comunicación o ante la visión pecaminosa del cuerpo que insinúan algunas religiones represivas”.

2.4 LA AUTOESTIMA

La autoestima es una actitud positiva de la persona hacia sí misma y hacia su propio crecimiento, y se relaciona con la salud tanto física como psíquica .

2.4.1 Definición de autoestima

La mayoría de los autores concluyen que es difícil encontrar una definición exacta, sin embargo parecen estar de acuerdo en afirmar que:

- La presencia de autoestima asegura recursos en el ser humano y potencia el crecimiento personal y ayuda a hacer frente a los conflictos, enfermedades y desafíos de la vida.
- La ausencia de autoestima, o su leve intensidad en la persona, acompaña a una amplia gama de trastornos psicológicos que dificultan el desarrollo de la vida personal, individual y social.

Los mensajes que se reciben de la sociedad occidental están impregnados de una cultura basada en la imagen, la ostentación, el poder, muy centrada en la identidad personal y el individualismo. **PADES, (2003)**

Esta misma autora cita a BURNS (1981), quién explicita que la autoestima es igual a los éxitos o logros divididos por las pretensiones o expectativas de una persona. Los logros pueden ser sociales y personales y las expectativas o pretensiones pueden ser familiares, profesionales y culturales, condicionadas por las experiencias anteriores de éxitos y fracasos sufridos, las cuales suelen ser excesivamente elevadas , de tal forma que los éxitos alcanzados nunca son suficientes. Ello puede desencadenar baja autoestima y repercutir en el comportamiento.

Por otra parte BRADEN (1993) define la autoestima como "la experiencia de ser aptos para la vida y para las necesidades de la vida", es la confianza en la capacidad de pensar y afrontar los desafíos básicos de la misma. Se identifica como fenómeno evolutivo que "emerge" o entra en juego con el transcurso del tiempo. La autoestima es pues una dimensión dinámica ya que desempeña un papel importante en las percepciones sobre el mundo que rodea a la persona, y sobre la propia conducta.

Finalmente CARPENITO (1995), la define como la "apreciación de valor o autoevaluación que una persona hace sobre sí misma", autoevaluación que está relacionada con las características de una sociedad competitiva, que exige logros y que lleva a vivir con un profundo sentimiento de inferioridad si estos no se alcanzan, lo que conduce a evadir y huir por temor al fracaso, al dolor a la frustración. Esta evasión evita a corto plazo el sufrimiento o malestar y asegura el gozo inmediato, pero a largo plazo produce más dolor y acarrea desestima propia (ausencia de amor propio por la vivencia de errores cometidos y la propia culpabilidad).

La propuesta de la vertiente fenomenológica en la conceptualización de la autoestima hace hincapié en los factores cognitivos y afectivos. Los primeros implican procesos de juicio y autoconciencia (competencia), y los factores afectivos (merecimiento) sentirse digno y seguro de sí mismo. La autoestima conlleva un sentimiento de eficacia personal y un sentido de mérito personal. La eficacia personal (autoeficacia), según describe Bandura (1987), significa confianza en la capacidad de pensar, elegir, decidir, asumir y responsabilizarse de la vida.

La autodignidad quiere decir seguridad en el valor personal, una actitud afirmativa hacia el derecho a vivir y ser feliz. La persona que experimenta estas dimensiones de la autoestima (se siente competente y merecedora) se intuye fundamentalmente válida para afrontar los desafíos de la vida, y capaz de conseguir la felicidad, equilibrando sus metas, búsquedas, con sus modestos pero reales logros. PADES, (2003)

2.4.2 Autoestima y conducta.

La autoestima se vincula a la conducta como un *feedback* importante basado en el manejo (resolución efectiva de los retos vitales) o evitación (alejamiento del esfuerzo honesto por resolver los problemas cotidianos). El éxito o fracaso ante los problemas cotidianos devuelven una información vital, es decir, ser útiles, eficaces y dignos merecedores de lo que se está viviendo. PADES, (2003)

2.4.3 Aspectos relevantes en la formación y el mantenimiento de la autoestima. Manifestaciones de baja autoestima.

El desarrollo de la autoestima está muy relacionado con la formación de la imagen personal y con la adquisición de los valores y creencias. En relación con la formación de la imagen personal existen elementos que se deben tener en cuenta: la identidad de rol, la identidad social vinculada con las connotaciones o evaluaciones que hacen las otras personas y la sociedad, la identidad de sexo "cómo me siento: hombre o mujer" y la imagen corporal "cómo me veo" influida claramente por variables externas sociales y culturales. PADES, (2003)

3. METODOLOGÍA

3.1 FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA

Para abordar este tema de investigación es necesario señalar cual es el enfoque teórico adoptado, ya que de éste depende las características metodológicas del acercamiento al objeto de estudio y la capacidad explicativa y contribución al conocimiento que se pretenda generar, TETELBOIN (1992). Luego es imprescindible adentrarse en el mundo teórico – conceptual de la investigación cualitativa, que es justamente la opción aquí tomada.

La corriente teórica que más se acomoda al espíritu de esta investigación es la fenomenología. Ya que ésta centra su desarrollo a partir del individuo, sus experiencias y luego el contexto en el cual se encuentra inmerso (Mercado, 1996).

Este enfoque incorpora y coloca de relieve al sujeto, tanto en su corporalidad como en su mundo subjetivo, simbólico y contextual y admite el necesario proceso de reflexión y /o crítica que puede realizar tanto el sujeto de estudio como el investigador, lo que supone un mejor entendimiento de los procesos y eventos de la vida humana.

El estudio de esta tríada presta atención a los fenómenos microfenomenológicos que transcurren en y a través de los sujetos de estudio considerando sus discursos en el marco de los procesos económicos, sociales y simbólicos en que se desenvuelven.

3.2 HACIA UNA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA DE CALIDAD

Para obtener resultados coherentes y validos se debe reparar en los diversos inconvenientes que esta metodología presenta. Al respecto Cartwright (1990) relata que “mientras los investigadores no puedan comunicar a los demás la forma como llegaron a sus intuiciones y conclusiones, a la larga poco habría de servir al progreso científico y práctico en cualquier área del conocimiento.

3.2.1 Elementos a investigar

Minayo (1993) menciona que en todo enfoque cualitativo habrá dos elementos fundamentales o “materias primas” sobre los que se debe trabajar: a saber; el lenguaje y la práctica, esta última pertenece al nivel de lo ecológico, morfológico y concreto, y el lenguaje al mundo de los símbolos, los significados, la subjetividad y la intencionalidad. Así, el análisis y la confrontación del lenguaje y la práctica constituyen tareas concomitantes y complementarias de la investigación cualitativa en salud.

3.2.2 Dificultades y limitaciones

- **Habilidades y formación del investigador**, Cortes y cols.(1996) sostienen al respecto que estos factores influyen concretamente sobre su aproximación hacia el problema investigado y de estos temas depende la riqueza de los resultados obtenidos.
- El **carácter espontáneo de los estudios**, Minayo (1995) y Breilh llaman la atención por los peligros que implica la comprensión espontánea de la realidad. Esta “ilusión de la transparencia” constituye uno de los grandes obstáculos al realizar el análisis de los datos obtenidos en el campo, al presuponer que cualquier método o conjunto de técnicas pueden dar cuenta claramente tal realidad.
- La **inadecuada contextualización** de los hechos. Según Nigenda y Langer(1995), hay situaciones que pueden dificultar el acercamiento a las personas que viven en el escenario social sujeto del estudio, como son las diferencias sociales, culturales y económicas entre el investigador y las personas de quienes se obtiene la información.
- **Uso de los propios métodos y prácticas cualitativas**. Aquí se destaca el peligro que implica que el investigador sucumba a la magia de los métodos y las técnicas, olvidándose de lo esencial. En este campo es imprescindible que la riqueza obtenida a través de éstas deba contextualizarse y relacionarse en cuanto sea posible de tal manera que la grabación, transcripción, codificación e interpretación de los datos no provoquen un distanciamiento entre el fenómeno originalmente en estudio y las sucesivas reducciones de la información.
- **Dificultad para correlacionar lo teórico con los datos obtenidos en la práctica**. La mayoría de los autores cualitativos piensan que se debe contar con un buen marco teórico de la metodología, que refleje explícitamente todas las posibles conexiones y limitaciones que el enfoque teórico elegido tiene con respecto del objeto de estudio y sus posibles explicaciones ante determinadas posibilidades de resultados o conclusiones.

3.3 FUNDAMENTOS DE LA TÉCNICA ESCOGIDA

La técnica escogida fue la entrevista en profundidad ya que permite adentrarse en el tema con relativa fluidez y en un corto lapso. Al respecto Galindo (1997) relata que “es una opción que lejos de ser un mero instrumento como un protocolo o formulario de preguntas, invita a una labor reflexiva y reconstructiva de la vida vivida, de la experiencia sintetizada, de la perspectiva elaborada; lo que se traduce en obtener conocimientos de primera mano, más reales, concretos, plásticos y coherentes que nacen de la realidad misma y donde el propio investigador es el instrumento de la investigación”.

Por otro lado Bertaux (1989) dice que con esta técnica se puede entrar en el otro, trabajar su lenguaje y llevarlo a la magia de la escritura. Luego, como no se sabe lo que va a revelarse

como determinantes (líneas de fuerza del campo), esta exploratoria no debe codificarse por anticipado, debe esperarse que aquellos aspectos relevantes emerjan espontáneamente primero. Aquí el investigador busca esencialmente informarse y profundizar esta información a medida que la conversación avanza.

3.4 DISEÑO METODOLÓGICO

- **Tipo de estudio:** Fundamentalmente cualitativo- descriptivo y transversal.
- **Enfoque metodológico:** fenomenológico –crítico o crítico reflexivo (MERCADO, 1996).
- **Área de realización del estudio:** Ciudad de Río Bueno ubicada en la X región , Chile.
- **Período de realización del estudio:** desde septiembre del 2004 hasta marzo del 2005.
- **Selección de la muestra:** muestreo a base de criterios.
 - Criterios de inclusión**
 - **Edad:** 20-40 años (adultas jóvenes).
 - **Procedencia:** urbana.
 - **Pertenecientes** al programa de regulación de fecundidad.
 - **IMC:** igual o mayor a 30
 - **Mujer.**
 - **Criterio de exclusión :** sicopatología diagnosticada previamente.
- **Sujeto de estudio:** La mujer con obesidad que se encuentra en la etapa de adulta joven, perteneciente al programa de control de regulación de fecundidad en el nivel primario de atención de la ciudad de Río Bueno, en el período comprendido entre septiembre del 2004 y marzo del 2005.
- **Objeto de conocimiento:** la vivencia de la sexualidad en la mujer con obesidad.
- **Recolección de la información:**
 - A través de la técnica: entrevista en profundidad.
 - Cuestionario de información general.
 - Escala de autoestima de Coersmith.
- **Tipo de análisis de las entrevistas en profundidad:** se utilizó el esquema de aproximación sucesiva circular de MERCADO, (1996) que en sí significa encontrar aquella línea de pensamiento que el sujeto posee y es parte de su realidad, a través de la lectura reiterada de las entrevistas. Con ello se busca “transmitir el mensaje”, expresar sintéticamente lo encontrado, ojalá utilizando ilustraciones y argumentaciones

cuya validez residirá en la saturación alcanzada y la coherencia de la argumentación más la totalidad de las observaciones. El principio de saturación corresponde a aquellos hechos observados o relatados una y otra vez en distintos momentos y por distintos sujetos y que se repiten a lo largo de su discurso. Así finalmente éste, se constituye en el medio de verificación y coherencia de los datos obtenidos.

3.5 ACERCAMIENTO INICIAL:

Se acudió al consultorio local solicitando los permisos correspondientes para seleccionar la muestra según los criterios ya mencionados, con el objetivo de lograr finalmente 10 personas que participaran en la investigación.

Luego el acercamiento al grupo de estudio se realizó a través de visitas domiciliarias .

Número de personas preseleccionadas: 20

Número de personas que accedieron preliminarmente a participar: 13

Número final de participantes: 8

3.6 OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se realizaron cuatro visitas domiciliarias a cada participante.

- La primera visita: fue de carácter informativo y de invitación.
- En la segunda visita: se procedió a firmar el consentimiento informado, aplicar el cuestionario de información general (anexo I) y explicar la escala de autoestima de Coersmith (anexo II) para que sea completada por ellas mismas.
- La tercera visita: se retiró la escala de autoestima citada y se procedió a realizar la primera fase de la entrevista en profundidad de acuerdo a pauta prefijada (anexo III)
- Cuarta visita: se realizó la segunda fase de la entrevista en profundidad.

3.7 CAPTURA Y CODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

- **Cuestionario de información general:** este contenía 9 variables; a saber: edad, domicilio, años de estudio, ocupación, estado civil, con pareja actualmente, morbilidad asociada, IMC y años con obesidad. Éste se codificó de acuerdo a cada variable transversalmente, información que constituyó el primer apartado llamado “datos generales”.
- **La escala de autoestima de Coersmith:** ésta contenía 25 características con puntajes preestablecidos. Así se obtuvo el nivel de autoestima de cada participante.
- **La entrevista en profundidad:** esta se llevó a cabo en la tercera y cuarta visita domiciliaria, apuntando en su primera fase a los tópicos de obesidad , corporalidad y

autoestima, y en una segunda fase a su relación de pareja , sexualidad y a profundizar en aquellos temas o líneas de fuerza que afloraron en las primeras entrevistas. Cada entrevista duró una hora y media en promedio. Estas fueron grabadas, transcritas y codificadas de acuerdo a los apartados que surgieron de la lectura –análisis de las mismas siguiendo la propuesta de MERCADO (1996). Estos fueron cuatro, los que constituyeron el segundo al quinto apartado de esta investigación:

2. Corporalidad y autoestima
3. Causas efectos y riesgos de su obesidad
4. Relación de pareja y obesidad
5. Expresión y respuesta sexual, elementos facilitadores y limitadores.

En el segundo apartado se recopilaron dos tipos de datos : a) los relatos que hablaban sobre la percepción que la mujer tiene acerca de su corporalidad tales como la valoración ínter subjetiva, y subjetiva de su corporalidad y los que dicen relación con su autoestima, y b) los resultados del nivel de autoestima según la escala aplicada.

En el tercer apartado se recogieron aquellos datos sobre el conocimiento que tienen las mujeres con respecto a su obesidad, tales como: el significado de su obesidad, las causas que para ellas condicionan su aparición y evolución, los efectos y riesgos en su salud y la influencia que tiene esta condición en su diario vivir.

En el cuarto apartado se incluyeron aquellos relatos que hacían referencia a la relación de pareja en términos de comunicación, afectividad y atracción asociando estas variables a su estado de obesidad.

En el quinto y último apartado se recopilaron los datos que decían relación con la respuesta sexual, la capacidad de comunicación y expresión sexual, el comportamiento sexual y los factores facilitadores y limitadores que las propias mujeres consideraban influyentes en la satisfacción sexual.

Una vez capturada y codificada la información se procedió a elaborar fichas descriptivas por cada individuo , lo que permitió trabajar en forma ágil y expedita toda la información de una persona y de todo el grupo.

3.8 ANÁLISIS Y MANEJO DE LA INFORMACIÓN

El primer apartado se analizó mediante la simple utilización de técnicas estadísticas como distribución , porcentajes , intervalos y promedios, con la intención de caracterizar al grupo en estudio y ojalá encontrar algún perfil compartido.

Del segundo al quinto apartado se realizó una lectura-análisis de acuerdo al esquema de aproximación sucesiva circular descrita por MERCADO, (1996). Este proceso se llevó a cabo tanto en forma individual (vertical) como colectiva (horizontal).

En el segundo apartado además se analizó la escala de autoestima de Coersmith con la intención de confrontar los resultados obtenidos con los relatos de las participantes.

4. RESULTADOS

4.1. PRIMER APARTADO: INFORMACIÓN GENERAL

En este apartado se exponen los antecedentes recolectados a través de la aplicación de un cuestionario de información general.

- Las edades de las entrevistadas fluctuaron entre los 23 y 40 años, con un promedio de 33 años de edad.
- Todas con domicilios urbanos en la ciudad de Río Bueno y de procedencia urbana.
- Con respecto al estado civil: cuatro de ellas conviven, dos son casadas, una separada con pareja ocasional y la última es soltera sin pareja en la actualidad.
- En cuanto a la escolaridad: cinco de ellas tiene educación básica incompleta, una tiene educación media incompleta y dos enseñanza media completa; en promedio tienen siete años de estudio.
- Todas tienen como ocupación ser dueñas de casa y dos de ellas realizan trabajos esporádicos como lavado de ropa y labores de hogar fuera del suyo.
- Morbilidades concomitantes: Hipertensión arterial, artritis reumatoidea y lumbago en tres de las entrevistadas, cada una de ellas con una patología.
- El IMC fue en promedio de 33.6.
- En promedio ellas citan una obesidad de 9 años de evolución, fluctuando entre 4 y 15 años.

4.2. SEGUNDO APARTADO: DE LA CORPORALIDAD Y LA AUTOESTIMA.

Este apartado apunta al primer objetivo de la investigación.

La corporalidad tiene dos componentes: uno intersubjetivo que se refiere a las ideas o creencias que el individuo tiene acerca de como el otro valora su imagen corporal; y un segundo componente subjetivo, la autoimagen corporal.

En este ámbito las mujeres entrevistadas describen en su mayoría **experiencias negativas** a lo largo de sus vidas, dando diferente énfasis e importancia a las mismas. Estas experiencias han sido frutos de comentarios directos o indirectos y actitudes de terceros que en su mayoría son de carácter burlesco y crítico con respecto a su apariencia o modificaciones de esta a lo largo del tiempo. Estos comentarios y actitudes la mayoría de las veces procede principalmente de amistades, conocidos y familiares.

Dentro de las frases que ellas relatan se encuentran algunas como “todos molestan”, “todos dicen ¡ay que estás gorda...pareces una chancha!”, “¿Cómo pudiste subir tanto de peso?”, “Antes eras estupenda, que antes eras así, eras asa”. Lo que las molesta y las aburre, según

ellas mismas citan. Estos comentarios son asumidos en forma diferente por cada entrevistada de acuerdo a su entorno afectivo y/o experiencias pasadas. Por ejemplo en respuesta a las burlas recibidas algunas de ellas comentan “sí, a veces cae mal” lo que denota cierta tolerancia que a veces las sobrepasan.

En otras ocasiones ellas sienten que son “mal vistas”, las miran de forma burlesca cuando comen en la calle y se sienten forzadas a modificar sus actitudes “porque sino a nadie le va gustar verme”. Sin embargo la mayoría reacciona positivamente a estas experiencias y se pueden citar las siguientes frases al respecto “si uno no se quiere...” “porque aceptándome yo, yo creo que el resto me va a aceptar”. Por otra parte ellas relatan que su simpatía y comportamiento amigable hacia los demás evita que terceros emitan estos comentarios “es que yo soy amable y simpática con los demás, por eso no me dicen nada”.

Otras reaccionan justificándose “es por mi enfermedad a los huesos que no puedo hacer ejercicio” o reaccionan defensivamente “¿acaso no sigo siendo igual de regia?”. En fin, casi todas las entrevistadas responden compensatoriamente a un entorno que no las acepta e incluso reciben mensajes muy confusos que reflejan esta incomprensión “algunas personas piensan cuando a una la ven más delgada ¿qué te pasó, estás enferma? o piensan enseguida que uno tiene cáncer o tiene problemas con el marido... ¡porque la gente es al revés po! Quieren que uno este como gorda, si está gordita es porque lo está pasando bien, pero no, no es así”.

En cuanto a los comentarios positivos con respecto a su apariencia corporal, estos son realmente valorados “me hacen sentir bien cuando me dicen así, me dan alegría”. Describen como muy importante la opinión y el apoyo de la pareja si es que se cuenta con éste, principalmente para minimizar el impacto de las experiencias negativas proveniente de terceras personas.

En cuanto a su autoimagen, las vivencias fluctúan de acuerdo a la temporalidad destacando la comparación constante que realizan en su gran mayoría al narrar sus experiencias de juventud (apariencia juvenil) en contraste con la actualidad. De igual manera existen experiencias que pueden provocar un impacto positivo o negativo; aceptación, adaptación o resignación temporal las cuales se ven influidas por otras experiencias o eventos que en su vida particular resultan relevantes. De acuerdo a esto, existen relatos positivos como “ahora más rellena encuentro que me veo mejor que antes ¡flaca, demacrada!”, otras se conforman y resignan “me conformo como estoy no más...porque no saco nada de estar preocupándome, dándome depresión...qué saco de estarme calentando la cabeza”.

En otras existe una aparente indiferencia a la obesidad, a la situación actual “yo me siento atractiva de cuerpo, de todo me siento bien no más... antes cuando era más flaca igual me sentía igual y siento lo mismo ahora...no tengo frustraciones”. A veces transgrede lo más íntimo de la identidad “ya no soy la misma que antes, ya no tengo el físico que tenía antes, la fuerza”.

En la gran mayoría de las entrevistadas existe un factor común como es la vestimenta, al momento de comparar el antes con el ahora, incluso en la única entrevistada que expresaba no tener ninguna preocupación. Al respecto existen relatos como “yo estoy conforme como soy...porque problemas de ropa todavía no tengo gracias a Dios”, “antes era más delgada , la ropa que usaba antes ya no me queda bien” “y ahí cuando uno está flaquita se viste bonita po, todo le queda bien ” “yo añoro como me veía antes, la ropa que podía vestir” en general añoran su apariencia juvenil, la delgadez y sienten nostalgia por esta.

Por otra parte en la actualidad ellas relatan gran incomodidad al probarse la ropa, dificultad para usar la ropa que desean, que les gusta porque no hay de su talla y no les queda bien “ahora tengo que usar tallas especiales, no poderme vestir como quisiera yo, por lo menos utilizar esas poleritas apretaditas que me gustan a mí... que a veces no hay talla” “me pongo una blusa y estoy chancha...me siento pésimo al estar así” “me acomplejo de mi misma”, a pesar de ello el tema de la vestimenta es una de las prioridades que las motiva a bajar de peso. También existe un rechazo evidente de partes de su cuerpo “me da rabia esta guata, quisiera operarme, si yo tuviera plata me operaría... a mí lo que me sobra es esta guata fofa que tengo”.

En cuanto a la autoestima ellas declaran que el apoyo de su marido es fundamental incluso para su propia auto aceptación. Al respecto señalan que es muy positivo que “su marido no se avergüence de ella en la calle al tomarla de la mano, al darles un beso, al apoyarla en que se arreglen para salir, en que usen ropa bonita, etc.”

Al aplicar La Escala de Autoestima de Coersmith a todas las entrevistadas, el puntaje obtenido fluctuó entre los 7 y 21 puntos, puntuación que en promedio corresponde a una **autoestima media-baja**. Entre las características positivas que la mayoría comparte resalta el sentirse popular entre la gente de su edad, el respeto familiar por sus sentimientos, el tener una buena opinión de sí mismas y que suelen ceder con bastante facilidad. Entre las características negativas que les cuesta tomar decisiones, se enfadan a menudo y que las cosas le preocupan mucho.

4.3. TERCER APARTADO: DE LAS CAUSAS, EFECTOS, RIESGOS Y PREOCUPACIONES EN EL DIARIO VIVIR Y EN SU SALUD.

En este apartado se recogieron aquellos datos sobre el conocimiento que tienen las mujeres con respecto a su obesidad, tales como: el significado de su obesidad, las causas que para ellas condicionan su aparición y evolución, los efectos y riesgos en su salud y la influencia que tiene esta condición en su diario vivir, así como cualquier otra preocupación que ellos mismos mencionen.

Dentro de las **causas** de su obesidad las entrevistadas describen eventos o circunstancias que a su juicio originan y fomentan la obesidad, refiriéndose siempre en relación temporal, es decir el antes y el ahora, el hilo conductor de su aprendizaje.

La gran mayoría identifica como principal evento **al proceso grávido puerperal** período en el que han experimentado su mayor aumento de peso; por ejemplo: en el último o único embarazo hay 6 casos, durante el primer embarazo hay uno, proceso que se acompaña de circunstancias como mayor tranquilidad y comodidad, reciben más cuidados, restringen su actividad física cotidiana, cambia el entorno (como es ir del campo a la ciudad) donde disminuye considerablemente la actividad física y cambia según dicen, drásticamente la dieta.

Previo a este evento describen circunstancias como la buena mesa, acompañada de una buena situación económica, dieta alimenticia recargada de hidratos e carbono y lípidos, padres obesos, etc. Circunstancias que se encuentran presentes en quienes se refieren a la obesidad como una condición que las acompaña desde la infancia o la adolescencia.

Posterior al embarazo, tres de las entrevistadas mencionan a los **anticonceptivos orales** como posible causa del aumento de peso sostenido, a lo que se suma el sobrepeso ganado durante el embarazo. Como agravante de su situación mencionan la limitación que obesidad condiciona a la realización de ejercicio físico o actividades físicas cotidianas, lo que para ellas implica la aparición de morbilidades concomitantes que restringen aún más su actividad física; tal es el caso de la Sra. L. , quien describe la aparición de su artrosis después de su embarazo circunstancia en la cual se disponía a bajar de peso.

Por otra parte la gran mayoría de ellas desea esclarecer en sus relatos que no creen que sea por una ingesta calórica excesiva su aumento de peso y que no encuentran una causa certera que aclare su situación, sorteando por ello sin mucha convicción las posibles causantes señaladas: el aumento de peso post- embarazo, la poca actividad física, factores genéticos, anticonceptivos orales, retención de líquido, etc. Al respecto se pueden citar los siguientes relatos: “no sé qué será”, “no es tanto lo que coma, sino que yo no puedo hacer ejercicio”, “de comer como, como lo normal”, “pero yo no soy buena para el pan por eso no entiendo porque subo tanto de peso”, “cómo subo tanto sino como tanto”, “a lo mejor serán las pastillas” “cuando dejé de tomar las pastillas es que empecé a subir de nuevo”, “a lo mejor donde estoy aquí no más y no hago mucha actividad física”... Luego, también se advierten esfuerzos constantes por revertir esta situación: “si ya no es tanto lo que como” “ya no como a deshora tampoco”.

En este sentido relatan que no pueden realizar las dietas recomendadas por la nutricionista ya que son estrictas, el costo económico es elevado y no tienen la fuerza de voluntad para hacerlas, dicen por ejemplo: “uno no tiene la fuerza de voluntad... y la comida te tienta” “he dejado de comer masas, pero es algo que yo sola no puedo controlar, yo como y me dan ganas de comer, comer, en la noche sobre todo” “no realizo el ejercicio diario que debería realizar”, “es que las dietas son tan caras”.

Los **efectos y consecuencias** que las mujeres entrevistadas identifican apuntan principalmente hacia dos aspectos de sus vidas como es **el diario vivir y su salud**.

En su vida diaria es frecuente el cansancio y el agotamiento ante un quehacer cotidiano, transformándose la obesidad en una limitante para realizar las actividades que antes realizaban

sin mayor esfuerzo “antes no me cansaba, ahora me canso con facilidad” “me siento más pesada, menos ágil” “me canso para hacer las cosas...para virutillar, para lavar, me agoto, me hincho, me cuesta abrocharme los zapatos, eso..., mi gordura me molesta”.

Esta situación se agudiza en actividades extraordinarias o fuera de la casa , teniendo que realizar un esfuerzo adicional al cotidiano “si hasta para caminar me canso... casi no salgo” “me canso para caminar, parece que se me va a encerrar el pecho”, incluso en actividades deportivas y recreativas que gustaban de realizar se ven disminuidas y limitadas “mi vida que hacia antes no la puedo hacer ahora que estoy gorda”. Esto les lleva a una suerte de adaptación que se refleja en los siguientes relatos: “es que estoy tranquila trabajando no más, porque tampoco me pongo a hacer todas las cosas de un viaje, sino que de a poco no más” “en la casa las cosas las hago calmaditas no más... antes no me cansaba”.

Sin embargo una de ellas relata no tener problemas en su diario vivir debido a su obesidad “es que yo siempre he sido así bien activa, yo creo que siendo delgada siendo gorda no voy a cambiar, hago bien todo” pero sí con respecto de su salud: “y me noto que cuando hago fuerza con mi brazo, pero si...porque se me están desgastando... las rodillas las tengo sanas, pero me duele”.

En este otro aspecto, el de su salud, todas relacionan su obesidad con deterioro de la salud, pero muy pocas lo hacen realmente con convicción, así sus relatos son: “Yo sufro de lumbago y al subir de peso yo pienso que me afecta más la columna” “el colesterol alto me afecta”, “y eso trae artrosis a los huesos, desgaste...” “así con ese problema a los huesos que tengo... si yo hago algo rápido y al otro día me siento sin fuerza, ya no puedo hacer nada... yo me siento mal o tengo que andar a puros calmantes para andar bien”.

Hay quienes tienen morbilidades concomitantes, pero no las relacionan con la obesidad sino más bien con una posible complicación de ésta al continuar aumentando de peso: “de hecho estoy en un riesgo, que por el colesterol alto me pueda dar la diabetes” “estoy en control médico y también puedo llegar a una obesidad mórbida” “lo otro es que me puede dar esa cuestión de asma que tiene mi mamá igual” “ahora ya camino un poquito y comienzo así como a agitarme”.

Con respecto a los **riesgos y preocupaciones** que les causa su obesidad se evidencia cierta contradicción en sus relatos, puesto que, si bien en su mayoría dicen saber que pueden padecer de enfermedades como la diabetes, hipertensión arterial, artrosis y obesidad mórbida; las cuales han escuchado o visto en sus más cercanos familiares o por parte del equipo de salud; existe una despreocupación por la aparición de las mismas “es que no tuve ninguna de esas enfermedades en mi embarazo”, “mis exámenes siempre son normales”. Sin embargo quienes presentan morbilidades temen especialmente por la complicación de ellas, al continuar aumentando de peso sobretodo cuando existe sintomatología, más que por la aparición de otra. Del mismo modo, aún cuando no exista morbilidad alguna “temen que la normalidad de sus exámenes varíe con el aumento progresivo de su peso, en especial el colesterol que lo asocian a la aparición de diabetes”...de allí el control constante con exámenes que ellas realizan,

esperanzadas en que no varíen...quizás pensando en una última oportunidad para bajar de peso, “postular a una operación gástrica” .

En el caso de quienes presentan morbilidades y sintomatología, la principal preocupación es que; conjuntamente con continuar aumentando de peso se agrave su morbilidad “si po, ahí después si que voy a quedar en silla de ruedas de verdad”, “es que yo no puedo subir tanto de peso porque yo tengo problemas a la columna y al subir de peso pienso que me va a afectar más”. Cuando sólo existe la sintomatología y aún no hay una morbilidad declarada, también suceden temores en las entrevistadas, sobre todo relacionados con su capacidad física, su rol en la familia y su calidad de vida: “la Dra. Me dijo que si, que por mis rodillas me podía afectar...porque por ahora las rodillas las tengo sanas, pero me duelen”, “ lo otro es que me puede dar esa cuestión del asma que tiene mi mamá...pero es más bajita que mi”, “cada vez me canso mas ...no porque después no voy a poder ni caminar”.

También existe un temor importante a la obesidad mórbida, acentuado por los programas televisivos y la relacionan enseguida con la postración “Oh... ¡llegar hasta allí como esas señoras! o como esas niñas que han mostrado en la tele”. También les interesa mantener su rol dentro de la familia y les aflige no poder hacerlo” es que mis hijos me necesitan

Con respecto de las conductas que han tomado para contrarrestar su peso están las dietas, tanto autodirigidas como pautadas por nutricionista. Dentro de las primeras en general relatan: “he tratado de bajar de peso, he tratado, pero no he podido”, “he dejado las frituras y disminuido las masas”, “he dejado de comer de repente” “evitando el desayuno” “he tratado de dejar de comer masas, pero es algo que yo no puedo controlar, yo sola no, yo como y me da ganas de comer...comer, comer”, “porque dicen que si uno toma harta agua no engorda...entonces hay días en que me aguanto y solo tomo agua, pero el hambre sigue”... esto denota que no han tenido éxito y ciertamente esta mala experiencia les va limitando las posibilidades de reducir su peso.

En cuanto a las dietas guiadas por nutricionista cuentan que son difíciles de llevar por lo costosas “es difícil porque por lo menos hay cosas que uno no puede comprar, el quesillo por ejemplo”, “no se puede comer carne todos los días, ni quesillo”. También existieron circunstancias en las que esperaban bajar de peso, pero al no lograrlo aumentó su frustración, por ej.: durante el puerperio al amamantar como han visto que sucede en amigas o conocidas, o la aparición de una enfermedad ósea que limita la actividad física justo en el período en que ellas esperaban revertir su sobrepeso.

En la actualidad las mismas personas que desean bajar de peso van alternando las estrategias para lograrlo, pero en definitiva siguen siendo las mismas medidas, en diferentes personas, experiencias que se reflejan en el siguiente relato: “ahora le estoy haciendo empeño de bajar otra vez”, “estoy bajando cuando me encuentro muy pesada, me pongo de nuevo a dieta...pero no aguanto mucho” “evito el desayuno, tomo once liviana” “... no, si cuando yo me lo propongo yo bajo” “ yo por lo menos en la mañana no tomo desayuno”

En cuanto a la actividad física la minoría menciona el intento o la preocupación por aumentar esta actividad, pero ante el intento continúa venciendo el cansancio, transformándose más bien en una justificación que una meta “porque tengo que caminar media hora diaria y todos los días... no lo hago”.

Con respecto a las expectativas hacia el futuro todas las entrevistadas relatan el deseo de bajar de peso, para lo cual existen diferentes motivaciones y prioridades. Quienes demuestran menos interés son quienes ya no ven en sus manos la posibilidad de lograrlo como se manifiesta en los siguientes relatos: “a lo mejor me gustaría ser un poquito más delgada, pero ya no sé” “y bueno... si más adelante podré adelgazar...no sé ojala” “si me hiciera una operación no más porque... de adelgazar así uno no más no creo que...no sé”.

Sin embargo otras, que también están en tal situación, el tema de la apariencia y la vestimenta siguen dándole fuerzas para intentarlo: “me gustaría bajar de peso, llegar a mi peso normal”, “para volver a usar la ropa que me gusta y verme como antes”.

Finalmente muchas de ellas sólo ven como solución la operación gástrica, ampliamente difundida en televisión...es como su última esperanza que, además provocaría dicen, dejar de tomar anticonceptivos y hacer dietas que ya no le han resultado “pero alguna vez cuando me opere voy a bajar de peso”, “me da rabia porque yo digo ¡ esta guata! Si yo pudiera operarme yo me sacara todo este mondongo de charcheta, a mí lo que me sobra es este pedazo de charcheta que tengo, si yo tuviera plata...” lo que a su vez tiene una gran limitante: el dinero.

4.4 CUARTO APARTADO: RELACIÓN DE PAREJA Y OBESIDAD.

En este apartado se incluyeron aquellos relatos que hacen referencia a la relación de pareja en términos de comunicación, afectividad y atracción asociando estas variables a su estado de obesidad.

En su **mayoría ellas describen estar bien afectivamente** con su pareja, valoran mucho (como una demostración de amor) el apoyo que reciben de su pareja en cuanto a su obesidad en comparación con sus experiencias negativas con los demás, incluso resaltan que el comportamiento de su pareja “no es como el de otros hombres que se avergüenzan y tratan mal a su mujer por ser gorda”. Cuando existe aceptación, la obesidad deja de intervenir en la relación de pareja.

Otra entrevistada describe que el afecto hacia su pareja ha disminuido pero que eso no se relaciona con que ella haya aumentado de peso “ya no es amor, es más costumbre” sino por una cuestión de infidelidad en el pasado que dañó la relación; pero justamente es ella misma quien relata no recibir apoyo de su pareja con respecto a su obesidad, en una primera instancia cuenta “a él no le importa...él no me dice nada”, luego al referirse a su intimidad relata que al estar desnuda recibe burlas reiterativas de su pareja que la hacen sentir mal e incluso reclamos cuando aumenta de peso porque se agudiza la sintomatología de su artrosis lo que para su marido significa un distanciamiento de las relaciones sexuales.

En cuanto a la comunicación en la relación de pareja, en gran parte la describen como buena; donde hay entendimiento, confianza, conversan de todo, en general corresponde a quienes mencionan afectividad y apoyo mutuo en su relación. Cuando no existe una buena comunicación es por factores externos y no ligados a la obesidad como problemas domésticos, económicos, diferencia de opiniones, cambios negativos en la pareja que la hacen sentir menos apoyada por él.

En cuanto a la atracción relatan añorar sus apariencias juveniles en ocasiones en conjunto con su pareja, actualmente describen más bien una aceptación mutua que igualmente se valora. Ante la nostalgia existe una especie de resignación por la evolución y efecto de la edad en sus cuerpos “los años no pasan en vano...”

En quienes relatan sentirse atractivas lo hacen principalmente en función de su pareja “para mi marido si” “él está conforme así”.

En cuanto a la desnudez, en la intimidad la mayoría se refiere no al atractivo sino más bien a que no sienten vergüenza de su cuerpo; más que ser y sentirse atractiva ante su pareja valorizan el afecto, la aceptación y el apoyo de este. Quien más resalta el afecto y la valoración que le merece su esposo, es la única de las entrevistadas que manifiesta el temor a dejar de ser atractiva para su pareja si continúa aumentando de peso.

Al referirse específicamente al comportamiento de su pareja con respecto a su obesidad relatan que las aceptan, las apoyan para que no les afecte: “con mi pareja no tengo problemas por ser gordita”, “porque si fuera otro, se buscaría otra más flaquita”. También valorizan que no se avergüencen de ellas, de darles un beso o tomarlas de la mano en la calle o de cómo se viste... aunque algunas relatan que les dicen algunas bromas que no son mal intencionadas o con el ánimo de ofenderlas, sino más bien con un tono cariñoso(pero que igual dan lugar a la duda): “a lo mejor él tiene otra opinión, pero a mí me dice que estoy bien”, “a veces no me gusta que me moleste porque yo en veces me doy cuenta que es verdad...que no soy igual que antes”.

4.5 QUINTO APARTADO: EXPRESIÓN Y RESPUESTA SEXUAL, ELEMENTOS FACILITADORES Y LIMITANTES.

Capacidad de comunicación, y expresión sexual, el comportamiento sexual y los factores facilitadores y limitadores que el propio sujeto considera influyentes en la satisfacción sexual.

En cuanto al **comportamiento y su expresión sexual** en las mujeres entrevistadas: en su gran mayoría describen que este se encuentra condicionado por su edad, anticonceptivos orales, problemas como la dispareunia y relación de pareja. Es casi constante encontrar por ello una **libido disminuida y afectada**, ellas relatan por ejemplo: “no es como antes” “no me interesa tener o no tener relaciones, me da exactamente lo mismo”, “a mí a veces no me gusta”, “va disminuyendo con el tiempo”.

En ocasiones acceden a tener relaciones sexuales sin desearlas realmente “a mi no me da por tener relaciones sexuales, no siento ninguna ansiedad, he tomado la iniciativa sin sentir necesidad, pero para complacerlo a él”, “ya cuando pasan muchos días nomás”. Ellas explican que esta situación también se debe a las vivencias negativas con su pareja como por ej.: discusiones con su marido debido a que este ha cambiado mucho últimamente, poco respetuoso con ella, o poca delicadeza que tiene al solicitarle las cosas, le disgusta cuando es de forma grosera, poco delicada: “echémonos una” como le ha dicho su pareja en ocasiones.

Así también, las experiencias de infidelidad en el pasado dejan huellas: “yo también lo quiero, pero no lo deseo como antes”. Por otra parte también ellas se responsabilizan de esta situación: “ando tan mañosa igual...”, “termino el día con gran cansancio por las tareas de la casa y con mis hijos”, “ya no disfruto las relaciones sexuales como antes”, “ya no soy la misma que antes”, “es que tengo poca iniciativa donde me siento pesada”.

También hay factores psico -somáticos que intervienen en esta expresión, como es la dispareunia (que les produce un rechazo a la relación sexual y disminuye su libido), los anticonceptivos orales y otras morbilidades como en un caso la artrosis que le provoca a la entrevistada intensos dolores post- actividad sexual “además me siento tan jodida” dice. En todo caso el tiempo también se hace presente independiente de experiencias específicas “los años igual van influyendo con el tiempo”.

En quienes describen una libido normal “todo lo normal no más para tener sexo” sin alteraciones negativas según su percepción, son justamente las que describen muy buena relación con su pareja y el gran afecto hacia éste “ojalá nunca se termine eso” “me gusta tomar la iniciativa”.

Durante la etapa de lubricación y excitación de la respuesta sexual, existen relatos que destacan positivamente esta etapa “andamos bien, ojalá nunca se termine eso” “nos resulta placentero” “súper bien, súper bien” lo cual justifican con el amor y respeto mutuo que existe en la pareja, la visión positiva de la sexualidad y la aceptación y comodidad ante su corporalidad por parte de ella y de su pareja; al respecto una de ellas relata “ me siento muy bien cuando mi marido me toca sin rechazo y con amor todo mi cuerpo”. En definitiva son relatos coincidentes con quienes describen buena relación de pareja.

Sin embargo, a la mayoría no les va tan bien al preguntarles por esta etapa: “no pasa na po...a veces yo le he dicho que si me he excitado para complacerlo”, “parece que no me lubrico bien” “me canso pronto”, o la describen como una etapa que no logran completar. al respecto ellas quisieran ser más activas, más lúdicas, pero no pueden, cuentan: “a veces yo tengo la disposición, pero él se excita más rápido que yo”, “estoy preocupada por el dolor que siento durante la penetración”, “estoy muy tensa”. También reconocen que debido al aumento de peso es mayor su cansancio, lo cual limita su ritmo habitual, cambia su apariencia, les molesta verse a sí mismas: “que el rollo, que la guatita, que de espalda no se me ve la guata”...esto limita su comportamiento sexual y se agrava en algunos casos cuando existe poca confianza con la pareja, hay una pareja inestable, una relación oculta o una pareja muy torpe en su comportamiento sexual.

Con respecto a la fase orgásmica, las entrevistadas son muy discretas al describir sus situaciones, en especial por ser tan íntima; narran por ejemplo: “bien pocas veces se logra”, “no todas las veces”, “de repente” o “con dificultad ...y en pocas ocasiones”, “pero igual quedo bien, igual disfruto mi intimidad”... más discretamente y sin explicitar relatan: “nos resulta placentero”, “claro que quedo más contenta cuando los dos quedamos complacidos...cambia el organismo de la mujer, todo mejora”, otra de las entrevistadas dice “con esta pareja sí, por primera vez” lo que describe que la hace muy feliz.

Por otro lado, con respecto a la **capacidad de comunicación y expresión sexual**, la mayoría de las entrevistadas relatan experiencias similares; por ejemplo: al expresar lo que les gusta y lo que no anticipadamente; al comunicarle a su esposo que no desean tener relaciones sexuales a pesar de que este lo desee y se moleste un poco ante la negativa; comunicarle a su pareja lo que la hace sentir incómoda como lo que le gusta o desearía, etc. En fin, todas son capaces de comunicarse en este ámbito; por ejemplo: cuando durante el coito sienten dolor genital o cansancio y desean detenerse, cuando no desea tener relaciones sexuales debido a molestias o morbilidades concomitantes.

Sin embargo, a veces se superpone la insistencia de la pareja y aparece el sentimiento de responsabilidad y cierta culpabilidad para no fallarle, para corresponderle: “por cumplirle a su marido” “cuando ya pasan muchos días...por complacerlo a él”. Llama la atención que estos últimos relatos se dan en quienes describen más afectada su relación de pareja. En otras, que tienen buena relación de pareja la situación es bastante distinta, ellas describen: “a mi me encanta tomar frecuentemente la iniciativa...trato de ser sexy, le bailo a mi marido”.

Si nos preguntamos más específicamente si la obesidad influye en su capacidad para expresarse sexualmente, podemos rescatar lo siguiente: algunas de las entrevistadas aclara no sentir vergüenza por su apariencia corporal y su desnudez. Esto sucede en quienes relatan que su pareja le hace sentir “que no importa”, “que su marido la acaricia sin rechazar partes de su cuerpo”. Sin embargo, la gran parte de las entrevistadas relata que la obesidad les afecta tanto física como psicológicamente limitando su deseo de expresarse sexualmente, situación que se refleja en los siguientes relatos: “me siento más pesada...ya no es como antes”, “siento dolor y cansancio”. Esto por un lado, les imposibilita llevar el ritmo que quisieran, indirectamente el agotamiento cotidiano les disminuye la energía y ánimo para este acto.

Dentro de los **factores que facilitan la capacidad de expresión y comunicación sexual** las entrevistadas relatan: la aceptación y apoyo de la pareja ante su imagen corporal, la confianza con la pareja, la buena relación de pareja en general, el afecto mutuo, el tiempo que lleva con su pareja y las vivencias en conjunto, la ausencia de preocupaciones que provoquen tensión y por ende eviten su relajación y la espontaneidad durante la relación sexual y la delicadeza de la pareja en la intimidad. Así mismo, se desprende de sus relatos **condicionantes que limitan** la expresión y comunicación sexual, o sea, que la condiciona negativamente, como por ejemplo: las burlas de la pareja respecto a la apariencia corporal, la incomodidad por su apariencia, las morbilidades existentes que limitan la actividad sexual a costa del dolor que provocan, como la dispareunia, artrosis y la incomprensión de la pareja ante sus limitaciones,

sentimiento de culpabilidad y de cierta responsabilidad por corresponderle a su marido independiente de su situación personal.

5. DISCUSIÓN

5.1. PRIMER Y SEGUNDO APARTADO

Los sujetos de estudio (mujeres adultas jóvenes del sector urbano de Río Bueno), en general son dueñas de casa y su vida gira principalmente en torno al hogar y su familia. La mayoría de ellas convive actualmente y tiene una pareja estable. Todas ellas tienen por lo menos cuatro años de obesidad y en promedio siete años de estudio.

Estas mujeres en su mayoría relatan experiencias negativas en relación a su corporalidad dado principalmente por la valoración Inter Subjetiva de ésta, tal como lo describe DÍAZ (2001), sin embargo esto no es meramente subjetivo, sino que es una realidad que viven a diario, a pesar de ello en su mayoría responden de manera adaptativa ante tales experiencias como “gritos de aliento” que afloran desde su alma y que buscan la propia aceptación y la social.

Si se analiza el diagrama de los errores cognitivos en la imagen corporal descrito por RAICH (2000) donde se mencionan acontecimientos activadores y las creencias sobre la apariencia que llevan al diálogo interno sobre distorsiones corporales éstos serían principalmente: las burlas y comentarios críticos e hirientes de los demás ante modificaciones de su apariencia corporal, como también encontrarse con múltiples limitaciones en su diario vivir “ya no lo puedo hacer ahora que estoy gorda”, cuando consideran que “ya no es como antes” O a la influencia natural que le asignan al paso de los años al decir “el tiempo no pasa en vano...” o en lo más íntimo de sus vidas como el rechazo o burlas de la pareja ante su desnudez o la incredulidad e inseguridad que les provocan los comentarios inofensivos e indiferentes de su pareja; acontecimientos que en conjunto potencian las emociones negativas respecto al cuerpo como lo son: el rechazo acentuado por partes de su cuerpo, la auto agresión verbal, la nostalgia constante por el pasado y la resignación ante un cuerpo que no las acompaña y les dificulta la vida, que las lleva a comportarse en ocasiones en función de su apariencia y del qué dirán, superponiéndose a sus propios anhelos y necesidades, como por ejemplo cuando no usan la ropa que les gusta “porque a nadie le va a gustar verme” o a limitar su comunicación corporal en múltiples ámbitos para pasar en lo posible más inadvertida su obesidad, evitando en general actitudes que las hagan sentir “mal vistas”.

A pesar de ello llama la atención el poderoso rescate que hacen de sí mismas y que se puede simbolizar en la siguiente frase: “si uno no se quiere...”. Sin embargo tras esta bandera de lucha pareciera existir siempre una autoestima deteriorada que deben ir levantando de la mano con quién forma parte de sus vidas, me refiero a aquella persona que tiene la mayor importancia para ellas: la pareja, la cual es el único soporte que las revitaliza y las devuelve a la vida como personas.

Esta percepción, que en términos generales se condice con los resultados obtenidos con la escala de Coopersmith, pone de relieve un tema que en esta medición no aparece: “la pareja”, eje central que moviliza fuertemente el nivel de autoestima de estas mujeres.

Por otra parte si se analiza el discurso de todas y cada una de ellas, se advierten elementos que coinciden con lo planteado por PADES (2003). A modo de ejemplo, la conducta evasiva, compensadora y el dolor que se percibe en sus relatos; la actitud positiva a ratos pero dinámica, confusa y cambiante en otros momentos según el tema y la relación con su entorno cercano. También y siguiendo lo dicho por esta autora, es posible ver que en todas estas mujeres existe una actitud proactiva y reactiva frente al mundo, que se cristaliza en éxitos y fracasos, los que van moldeando su autoestima, su autoimagen y en definitiva su personalidad.

5.2 TERCER APARTADO

Las principales causas de la obesidad que se puede rescatar de los relatos de las entrevistadas corresponden a los comúnmente descritos en la literatura revisada (ROZOWSKI, 1997), sin embargo cabe destacar que las condicionantes que apuntan a un aumento del sedentarismo y la ingesta calórica se potencian considerablemente en un evento principal que marca sus vidas, éste es: el proceso grávido puerperal. Luego en todas ellas existe un antes, un durante y un después en relación a este evento.

Desde esta perspectiva previo al embarazo, se identifican causas como la buena mesa que se acompañaba de una mejor situación económica y el ser descendientes de padres con obesidad (lo hereditario) lo que habría condicionado su obesidad desde la infancia o la adolescencia.

Durante el embarazo aumentan el sedentarismo y la ingesta calórica, causas que cuantitativamente (según los trabajos revisados) son las que originan la obesidad. Sin embargo y de acuerdo a los resultados obtenidos existen condicionantes personales, familiares y culturales que favorecen dichas causas. Por lo que es imprescindible reparar en ellas toda vez que se piense en mejorar esta condición.

- Personales: la ansiedad, la labilidad emocional y los antojos la vuelven una persona más vulnerable al manejo por su entorno familiar lo que provoca una despreocupación por su imagen sin considerar las consecuencias, ya que lo ven como un requisito necesario para un buen embarazo y llegar a tener un bebé sano porque ilusoriamente se da la idea de revertir esta situación post- embarazo
- Familiares y de pareja: asignándoles cada vez menos tareas y responsabilidades, obligándolas a descansar y a disminuir sus actividades cotidianas, otorgándoles excesiva alimentación.
- Culturales: la creencia de que una embarazada “robusta” va a tener un bebé más sano y va a poder alimentarlo mejor que una mujer de apariencia delgada o que no aumenta notoriamente de peso, allí nace el dicho “una embarazada tiene que comer por dos”.

Post – embarazo: su obesidad ya en camino... le provoca cansancio y agotamiento; dificulta su andar, ya las morbilidades concomitantes erosionan sus capacidades...se suman a estas la casi obligada ingestión de anticonceptivos orales y la escasa realización de ejercicio físico, su vida cotidiana gira entorno a la relación de pareja, el dolor y una autoimagen corporal deteriorada...pero el “si uno no se quiere” puede a veces sacarla de tal espiral y la devolverla nuevamente a la vida.

Aquí se ve una vez más que la experiencia de vida genera conocimientos, estos conocimientos generan una conducta en cada persona y estas conductas generan nuevas experiencias, moldeando y esculpiendo al ser humano a través del tiempo, por lo que se debe apuntar principalmente al análisis de los eventos (en este caso el proceso grávido puerperal y sus características tanto en la mujer como en su entorno) más que a prevenir el aumento de peso fomentando la actividad física o mediante consejerías nutricionales o derivando a nutricionista, medidas que hasta ahora no han dado resultado en estas mujeres.

En este sentido la frase (“es que no entiendo ¿porqué aumento tanto de peso, sino como tanto?”) No solo explica que las dietas no son las responsables de la obesidad, sino que muestran la confusión que existe en estas mujeres y en la literatura cuantitativa sobre cuales son realmente los factores que la condicionan.

En cuanto a las consecuencias de la obesidad (ROZOWSKI ,1997) destaca que en las mujeres entrevistadas siempre existe más de una, las cuales se conjugan , ya que no se puede ver cada consecuencia diferenciadamente pues en su conjunto afectan a la persona , destacando que no es la morbilidad en el ámbito biológico sino el padecimiento de ésta en el diario vivir .Desde este punto de vista el padecimiento de la obesidad en su diario vivir se observa en el cansancio y agotamiento en los quehaceres domésticos que son característicos en la vida de estas mujeres, lo cual las obliga a llevar un ritmo más lento que el habitual, las circunscribe al hogar , cada vez tienen menos tiempo para el ocio y la recreación, para ir a buscar a sus hijos al colegio o ir de compras, en fin, para cualquier actividad familiar y social.

En cuanto a su salud existen morbilidades relacionadas a la obesidad, pero estas sólo les comienzan a preocupar cuando existe sintomatología que limita o entorpece su cotidianidad.

Si analizamos las implicaciones psicológicas y sociales que acarrea la obesidad como lo describe ROZOWZKI(1997), es posible encontrar gran parte de ellas en las mujeres entrevistadas, como la baja autoestima, vergüenza, pena y culpa principalmente debido a la ridiculización de la cual son víctimas en su entorno, pero que también son resultado de muchos otros factores donde juega un rol relevante el apoyo de la pareja, lo cual se describe con mayor énfasis en el segundo y cuarto apartado.

A pesar de que en su mayoría dicen saber los riesgos que puede acarrear la obesidad para la salud, sólo integran esta preocupación cuando experimentan sintomatología o perciben estas en familiares cercanos. Temen que, junto al aumento de peso, las incomodidades como el cansancio o la dificultad para caminar las puedan ir invalidando...así, el escenario en el que se

sitúan no es precisamente el más optimista, ya que hasta ahora no han visto fruto alguno de sus esfuerzos “he tratado, pero no he podido”

5.3. CUARTO APARTADO:

En este apartado se analizarán tres importantes aspectos de la relación de pareja en función de la obesidad como lo son la afectividad, la comunicación y la atracción.

En su mayoría, las entrevistadas describen una buena relación afectiva con su pareja siendo muy importante la aceptación mutua para ello. Esta afectividad adquiere mucho más valor si ellas cuentan con el apoyo de su pareja ante las experiencias negativas que viven con los demás, transformándose esto en una muestra de amor y afecto, lo que también refuerza este sentimiento en ellas. Lo contrario produce un distanciamiento afectivo en la relación.

La comunicación va muy ligada con la afectividad, confianza y comprensión. Variables que se pueden alterar si existen burlas de la pareja ante su desnudez o imagen corporal, o por la incompreensión de este ante las molestias, cansancio o agotamiento que experimenta la mujer en la intimidad.

Hoy relatan que si bien no sienten vergüenza de su propio cuerpo, su idea no es sentirse atractiva ante su pareja, sino lo que valorizan es el afecto, la aceptación y el apoyo de éste. Tras estos relatos se logra comprender que a través del tiempo la relación de convivencia o matrimonio cambia; desde la atracción a la aceptación, de la seducción al apoyo, de la pareja al compañero.

5.4. QUINTO APARTADO:

La respuesta sexual tal como lo describe MONTIEL, (2001) es un proceso complejo que se puede ver alterado por múltiples factores tales como: la misma persona, la pareja, la relación de pareja y el entorno en general. Sin embargo a la luz de lo analizado, estos mismos factores son influidos por la condición de obesidad en estas mujeres, aspecto que este autor no toca en profundidad.

De igual forma y siguiendo lo expresado por este mismo investigador con respecto a las causantes de disfunciones sexuales, a partir de los resultados de esta investigación se desprende que muchos de ellos también están condicionados por la obesidad; a saber:

A nivel personal: el no sentirse bien con su cuerpo tanto psicológica como físicamente, la lleva a estar permanentemente preocupada por su apariencia ante su pareja e impide su relajación en el acto sexual. Físicamente, el cansancio y agotamiento en lo cotidiano, disminuye su libido y limita una adecuada relación sexual. A medida que aumenta de peso, se dificulta su excitación y en ocasiones le es imposible llegar a la fase orgásmica. Por otra parte, la falta de interés en el sexo no le permite disfrutarlo como antes...sus limitaciones físicas, psicológicas y el afecto hacia su pareja juegan un rol determinante.

En la pareja: la incompreensión ante sus molestias, la falta de aceptación de su obesidad, los reclamos constantes debido al aumento de peso pueden actuar como factor inhibitorio de la fase orgásmica.

En la relación de pareja: se suman múltiples factores que coinciden con la literatura como causas de disfunción sexual, que dan cuenta de lo condicionada que está la respuesta sexual en estas mujeres: como la edad y la involución de la sexualidad con el pasar del tiempo, el aburrimiento también relacionado con el no disfrutar sus relaciones sexuales como antes, la falta de interés en su compañero sexual, el sentimiento de culpabilidad por no complacerlo, los conflictos interpersonales o relacionados con la pareja, el temor a la interacción sexual debido a que se anticipan las molestias orgánicas como la dispareunia, artritis reumatoidea y lumbago.

En definitiva, al realizar un paralelo con la única investigación WOODWARD (2002) que involucraba la tríada en estudio “mujer- sexualidad- obesidad”, y cuyo abordaje era cuantitativo, se puede concluir que: efectivamente en estas mujeres existe un deseo sexual hipoactivo, un trastorno de la excitación sexual y orgásmico, en especial aquellas que no tienen buena relación de pareja. Sin embargo ninguna de estas situaciones se da por separado sino más bien están profundamente entrelazadas, de tal manera que una lleva a la otra y viceversa.

En cuanto a la capacidad de comunicación y expresión sexual: existe una actitud de conversación abierta con la pareja siendo capaces de comunicar lo que les desagrada y lo que les gusta o desearían en este ámbito. Sin embargo a medida que la conversación logra un poco más de confianza y profundidad, aparece un sentimiento de responsabilidad por “cumplirle a su pareja”, lo que conduce a tener relaciones sexuales por sobre los intereses personales, transgrediendo su propio deseo, lo que las lleva incluso a mentir con respecto a su satisfacción sexual.

En relación a su comportamiento sexual ellas tienen un rol más pacífico y receptor, condicionado por la limitación física propia de la obesidad y una libido disminuida en gran parte por la relación de pareja.

De aquí se desprende, que el factor facilitador de la satisfacción sexual más importante y coincidente con el estudio recientemente citado es poseer una buena relación de pareja, donde exista aceptación, apoyo, confianza, afecto y vivencias positivas en conjunto; más la ausencia de las preocupaciones cotidianas, especialmente para la mujer. Este autor también menciona otros factores facilitadores como la autoimagen del cuerpo, la pareja de goce sexual y la percepción sexual positiva, que como ya hemos analizado anteriormente están influenciadas en gran parte por la pareja. De igual modo una mala relación de pareja, las burlas de terceros, la autoimagen deteriorada y las morbilidades concomitantes puede limitar la satisfacción sexual.

Así, los factores de mayor relevancia para vivir sanamente su sexualidad en la mujer adulta joven que tiene una condición de obesidad es la buena relación de pareja, una auto imagen corporal positiva, y un entorno personal, familiar y social adecuado.

6. CONCLUSIONES

- Con respecto a su imagen corporal en general relatan experiencias negativas y respuestas adaptativas a las mismas que buscan la propia aceptación y la de los demás.
- Todas las mujeres desean bajar de peso y para ello sus principales motivaciones son: mejorar su apariencia y volver a usar la ropa que les gusta y sentirse un poco más ágil.
- Estas personas tienen en general un nivel de autoestima media-baja, siendo muy vulnerable y condicionada en gran parte por el apoyo y afecto de su pareja.
- El entorno resulta adverso para estas mujeres, quienes perciben a una sociedad que se siente con todo el derecho a criticarlas y cuestionarlas, lo que las hace muy vulnerables a dicho medio, siendo trascendental la aceptación y el apoyo de la pareja.
- El proceso grávido puerperal es el evento donde han experimentado su mayor aumento de peso, existiendo condicionantes personales, familiares y culturales que lo provocan. Ellas parecieran no sopesar las consecuencias del sedentarismo y la mayor ingesta calórica que este proceso acarrea.
- El embarazo no solo es un evento que las convierte en mujer-madre, sino que las marca por la obesidad que traduce y el consecuente cambio de autoestima y autoimagen corporal.
- El cansancio y el agotamiento en los quehaceres domésticos son consecuencias características en la vida de estas mujeres, obligándolas a llevar un ritmo más lento que el habitual, lo que las circunscribe cada vez más al hogar y limita su tiempo para el esparcimiento.
- La preocupación por su salud se evidencia solo cuando existe sintomatología de alguna morbilidad, su temor aumenta cuando éstas se agudizan o les provocan alguna limitación física.
- La relación de pareja en estas mujeres cambia a través del tiempo de la atracción a la aceptación mutua, de la seducción al apoyo y de la pareja al compañero.
- En relación a su comportamiento sexual, ellas tienen un rol más pacífico, condicionado por la limitación física propia de la obesidad y una libido disminuida en gran parte por la relación de pareja.

- El cansancio y agotamiento en lo cotidiano, disminuye su libido y limita una adecuada relación sexual. A medida que aumenta de peso, se dificulta su excitación y en ocasiones le es imposible llegar a la fase orgásmica.
- Sus experiencias en definitiva dan cuenta de la existencia de disfunciones sexuales, siendo las más frecuente el deseo sexual hipoactivo y el trastorno orgásmico femenino.
- En estas disfunciones sexuales la obesidad tiene un papel, si bien no protagónico, progresivamente limitante tanto psicológica como físicamente: el no sentirse bien con su cuerpo la lleva a estar permanentemente preocupada por su apariencia ante su pareja e impide su relajación en el acto sexual.

6.1 CONSIDERACIONES Y PROYECCIONES DE ESTE ESTUDIO

- Las conclusiones de este estudio invitan a reflexionar o repensar la función del equipo de salud, en especial del matrn o la matrona, ya que este/a profesional debería incorporar en su quehacer más activamente a la pareja en el tema de la sexualidad.
- Por otro lado, a la luz de este estudio y considerando la relevancia del tema de la obesidad, especialmente en Chile; los programas de prevención de la misma deben urgentemente incorporar la figura del/ la matron/ a, para tener mayor éxito, ya que todas las mujeres encuentran que el evento más significativo resultó ser el proceso grávido-puerperal.
- Sería de gran importancia incluir en la pauta semiológica aspectos que apunten a conocer aún más el nivel de conocimiento con los que cuentan las usuarias con respecto a su sexualidad y los derechos sexuales, así como el ejercicio de los mismos.
- Antes de intentar pesquisar una disfunción sexual es de mayor importancia otorgar una consejería previa en este ámbito que le otorgue tiempo a la usuaria para autoanalizarse con tiempo y no le resulte una intromisión abrupta en su intimidad.
- De la experiencia ganada gracias a las entrevistas en profundidad se desprende lo importante que es crear un ambiente de empatía y confianza con la usuaria que invite a un diálogo abierto e informal donde no se sienta presionada por una pregunta sino más bien se sienta escuchada y con confianza para manifestar sus experiencias e inquietudes, lo cual otorga una mejor comprensión y acercamiento a su realidad
- Como se ha puesto de manifiesto, el estudio de la tríada mujer-obesidad-sexualidad, es de gran importancia en el campo de la salud, ya a partir de la adolescencia, donde la mujer inicia su actividad sexual.

- La perspectiva cualitativa permite investigar estos temas, aparentemente complejos, tanto en forma global como específica; aportando una mirada integradora, dinámica y temporal que se traduce en conocimientos prácticos y concretos, plásticos y coherentes.
- Finalmente deseo expresar que como futura profesional es de vital importancia escuchar más que oír, atender el padecimiento más que la enfermedad, y conciliar siempre la terapia o ayuda al tenor de los propios relatos e intereses de nuestros pacientes.

7. BIBLIOGRAFIA

1. BERTAUX, D.; 1989., Los relatos de vida en el análisis social; Historia y fuente oral. Barcelona
2. BREHIL, J.; 1994., Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Centro de Estudios y Asesorías en salud. Quito. Ecuador Pp. 107- 145.
3. CARTWRIGHT, D.; 1990., Análisis del material cualitativo. Los métodos de investigación en ciencias sociales. Paidós. México
4. CORTES, F.; 1996., Aproximaciones estadísticas y cualitativas. Oposiciones, complementaciones e incompatibilidades. El Colegio Médico- The population Council.. México: Pp: 87 – 107.
5. DIAZ, A.; 2001. Corporalidad y síntomas depresivos en adolescentes. Rev. psiquiatr Psicol.; 1(3): Pp: 16-25.
6. DUARTE, E.; 1991., Trayectoria de la medicina social en América Latina: Elementos para su configuración. Franco S y cols (eds). Ecuador. Debates en medicina social. Ecuador, OPS- Alames : 17-37.
7. GALINDO, L.; 1997. Veracruz. México, Historia de vida. Metodología cualitativa en investigación social. Biblioteca de Universidad Veracruzana. LAURELL, A.; 1994 Sobre la concepción biológica del proceso salud-enfermedad. Serie desarrollo de recursos humanos N° 101. OPS/OMS. 1-12.
8. MASTER, W.; 1995., La sexualidad humana.. Barcelona. España . Ed 12 Grigalbo. Pp: 272-277.
9. MERCADO, F.; 1996., Entre el infierno y la gloria. Serie medicina social. Guadalajara. México.
10. MERCADO, F y cols.; 2000., Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica.. Guadalajara México. Plaza y Valdes Ed.: Pp: 9 – 29.
11. MINAYO, C.; 1993 .Quantitativo-qualitativo, Cadernos de saúde pública. ; 9:Pp: 239-248.
12. MINAYO, C.; 1995. El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires. Argentina.

13. MONTIEL, F.; 2001. Sexualidad humana en atención primaria. Rev. Med. Fam. Chilena, 2(6): 20- 27.
14. NIGENDA, G.; 1995 Métodos cualitativos para la investigación en salud pública. INSP. México. : Pp: 79 – 98.
15. ROZOWSKI, J.; 1997 Obesidad , sus consecuencias y tratamientos. Boletín Escuela de medicina. DNDM. Santiago. Chile.
16. TETELBOIN, C.; 1992 Problemas en la conceptualización de la práctica médica. Est. Antrop. Biol., VIII: Pp: 487 – 510.
17. VALLEJOS, J.; 2002 La experiencia del padecimiento de la persona postrada “una luz en el ocaso”.Tesis. Esp. Med. Fam. Valdivia, Univ. Austral de Chile, Fac. Medicina. 54 p.

Referencia electrónica

18. Woodward L. Factors in the sexual satisfaction of obese women relationships. Electronic journal of human sexuality, vol. 5,jan 15, 2002.
(Disponible en: <http://www.ejhs.org/tocv5.htm>. Consultado en julio del 2004)
19. OPS. Chile, La epidemia de la obesidad en las Américas. La salud en las américas, edición del 2002, volumen I.
(Disponible en: [http:// www.paho.org/spanish/DD/PUB/alimentación-y-nutrición.pdf](http://www.paho.org/spanish/DD/PUB/alimentación-y-nutrición.pdf). Consultado en julio del 2004).
20. PADES, A. La autoestima profesional y su cuidado. Enfermería Clínica, vol. 13 (3), 2003.Palma de Mallorca. España. (Documento descargado de : <http://www.doyma.es>, consultado el 20 de septiembre del año 2005)
21. ROZOWSKI J. Obesidad, sus consecuencias y tratamientos, Chile, Boletín escuela de medicina 26 /04/1997 Departamento de nutrición , diabetes y metabolismo.
(Disponible en:
<http://escuela.med.puc.c/paginas/publicaciones/boletín/html/obesidad/obesidad00.htm>
consultado en julio del 2004)

8.1 ANEXO I

Cuestionario de información general

Nombre de formulario:_____ Fecha:_____ Lugar:_____

Datos generales:

Nombre :_____

Peso :_____ Talla:_____ IMC:_____

Edad :_____

Domicilio:_____

Años de estudio:_____

Ocupación: Dueña de casa Trabajo remunerado

Estado civil: Casada Soltera Conviviente

Con pareja actualmente: Sí No

Morbilidad asociada: _____

Años con obesidad: _____

Este formulario es aplicado por la propia entrevistadora a sus sujetos de estudio.

8.2 ANEXO II

ESCALA DE AUTOESTIMA DE COOERSMITH.

“La percepción valorativa de mi ser, de mi manera de ser, de quién soy yo, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran mi personalidad”

Marque con una x en el espacio según corresponda, si la característica descrita la describe o si nada tiene que ver con usted.

Características	Me describe	No me describe
1. Más de una vez he deseado ser otra persona		
2. Me cuesta mucho hablar ante un grupo		
3. Hay muchas cosas en mí mismo que cambiaría si pudiera.		
4. Tomar decisiones no es algo que me cueste.		
5. Conmigo se divierte uno mucho.		
6. En casa me enfado a menudo.		
7. Me cuesta mucho acostumbrarme a algo nuevo		
8. Soy un apersona popular entre la gente de mi edad.		
9. Mi familia espera mucho de mí.		
10. En casa se respetan bastante mis decisiones.		
11. Suelo ceder con bastante facilidad		
12. No es nada fácil ser yo		
13. En mi vida todo está muy enredado.		
14. La gente suele secundar mis ideas.		
15. No tengo muy buena opinión de mi misma.		
16. Hay muchas ocasiones en las que me gustaría dejar mi casa		
17. A menudo me siento harta del trabajo que realizo		
18. Soy más fea que el común de los mortales		
19. Si tengo algo que decir normalmente lo digo		
20. Mi familia me comprende		
21. Casi todo el mundo que conozco cae mejor que yo a los demás.		
22. Me siento presionado por mi familia.		
23. Cuando hago algo, frecuentemente me desanimo.		
24. Las cosas no suelen preocuparme mucho.		
25. No soy una persona muy de fiar.		

Clave de corrección de la Escala de Autoestima de Coersmith.

La máxima puntuación que una persona podría alcanzar sería de 25 puntos y la mínima de 0 puntos.

Puntúan con 1 punto las siguientes respuestas, de lo contrario el puntaje es 0.

Ítem	Puntúa si ha respondido
1	No me describe
2	No me describe
3	No me describe
4	Me describe
5	Me describe
6	No me describe
7	No me describe
8	Me describe
9	No me describe
10	Me describe
11	No me describe
12	No me describe
13	No me describe
14	Me describe
15	No me describe
16	No me describe
17	No me describe
18	No me describe
19	Me describe
20	Me describe
21	No me describe
22	No me describe
23	No me describe
24	Me describe
25	No me describe

Interpretación de resultados :

Puntaje obtenido	Escala de Autoestima
0-10	Destaca significativamente baja
10-15	Media- Baja
15-16	Media
16-22	Media alta
22-25	Destaca significativamente alta

8.3 ANEXO III

PAUTA DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD.

Los tópicos a tratar en esta entrevista estarán orientados en las siguientes dimensiones: Conocimiento, Psico -emocional, Conductual, Cultural, Social y Experiencial.

Primera etapa de la entrevista en profundidad:

Tópicos	Puntos principales y preguntas posibles
Obesidad	<ul style="list-style-type: none"> • Significado e su obesidad • Causas que asocia a su aparición y evolución. • Efectos y riesgos en su salud. • Influencia en su diario vivir.
Corporalidad - Autoestima	<ul style="list-style-type: none"> • Cómo se siente con su imagen que tiene de su cuerpo • Cómo siente que se ve ante los demás • Cómo siente que la ven las demás personas • Desnudez(sentimientos, comodidad) • Atractivo

Segunda etapa de la entrevista en profundidad:

Tópicos	Puntos principales y preguntas posibles
Relación de pareja	<ul style="list-style-type: none"> • Cómo es la relación que tiene con su pareja.
Sexualidad	<ul style="list-style-type: none"> • Cómo son sus relaciones sexuales • Respuesta sexual-alteraciones • Expresión de deseos y necesidades sexuales • Comportamiento sexual • Factores que influyen positiva o negativamente en su satisfacción sexual.

8.4 ANEXO IV

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Investigador responsable: Evelyn Roxana Hernández Bello

Título del proyecto: Vivencia de la sexualidad en la mujer con obesidad.

Se me ha invitado a participar en un estudio para investigar sobre el significado de la obesidad en mí y como influye esta en la vivencia y expresión de mi sexualidad y en mi diario vivir.

Al participaren este estudio estoy de acuerdo en que se me aplique una entrevista personal que será abordada en un total de dos sesiones en un lugar que me acomode y según yo lo disponga, además de esta primera sesión donde se me aplicará un cuestionario y un test de autoestima.

Según lo que se me ha explicado, yo entiendo que:

- 1) Cualquier pregunta que yo quiero hacer en relación a mi participación deberá ser contestada por la investigadora responsable (Evelyn Roxana Hernández Bello)
- 2) Yo podré retractarme de este estudio en cualquier momento sin dar razones.
- 3) Los resultados de este estudio pueden ser publicados; pero mi nombre o identidad no será relevado, y mis datos clínicos permanecerán en forma confidencia.
- 4) Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzada u obligada.

Evelyn R. Hernández Bello.
Investigadora responsable.

Nombre y firma de la participante.