

Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Obstetricia y Puericultura



**“Vivencias en la sexualidad de las personas que padecen de Obesidad
Mórbida”**

Tesis para optar al Grado de Licenciado en Obstetricia y Puericultura.

Docente Guía:

Vargas Stevenson, Ingrid

Tesistas:

Bravo González, Daniela

Briño Fuentes, Patricia

Muñoz González, Cynthia

Ojeda Ibacache, María

Paredes Acevedo, Nataly

2011

Agradecimientos

Dedico este trabajo a toda mi familia, especialmente a mis padres que me apoyaron en todo sentido incondicionalmente, sin ellos nada sería posible, a mi abuelito que alegra mis días y me da ánimo para lograr mis metas, a la familia de mi novio y a él, que siempre ha estado a mi lado, Te Amo.

Cynthia Muñoz G.

Agradezco a mis padres y hermanos por su apoyo y contención, profundo e incondicional durante estos años. A mi pareja y sus papás por animarme y escucharme cuando lo necesitaba. Y a cada persona, que con una simple palabra me hizo sentir que...Valió la pena.

Nataly Paredes A.

Agradezco de corazón a mi familia, seres queridos y también a mi pololo, que han sido personas primordiales en mi vida. Gracias por la seguridad y confianza que depositaron en mí. A mis compañeras tesistas, que me acogieron en este hermoso grupo cuando más lo necesite, nunca olvidaré lo que hicieron por mí.

Patricia Briño F.

Agradezco a mi familia, quienes ven realizados en mí sus anhelos, gracias por todo su cariño, apoyo y valores ya que hicieron posible que pudiera continuar. A mis amigos que me han acompañado en cada nuevo paso y por último a todos quienes han participado en mi formación profesional.

Daniela Bravo G.

Agradezco a Dios quien nunca me abandonó y siempre me mantuvo en paz en los momentos difíciles. A mi familia, por apoyarme y mantener su confianza en mí, siendo un pilar fundamental para alcanzar todo lo que soy, finalmente a mis amigas, gracias por entregarme fuerzas, ánimos, calma, las quiero.

Mº Jesús Ojeda I.

Y finalmente agradecemos a los profesionales, que colaboraron y orientaron el desarrollo de esta Tesis, a las personas entrevistadas por su valioso testimonio. A nuestra profesora guía la Srta. Ingrid Vargas Stevenson que fue un apoyo incondicional, increíble, agradable y simpático para nuestra tesis, simplemente ¡Muchas Gracias!

RESUMEN

La sexualidad es la base del ser humano, determinando la forma de ser, la relación con los demás y de cómo enfrentar al mundo. Por ello, se presenta el problema de cómo vivencian la sexualidad las personas que padecen de Obesidad Mórbida. Desde esta perspectiva se pretende analizar las vivencias sobre la sexualidad de las personas con Obesidad Mórbida, en la región de Valparaíso, entre el año 2010 y 2011. La metodología de investigación es de tipo cualitativa, de corriente fenomenológica y el instrumento de recolección informativa es la entrevista en profundidad, esta se realiza a 8 personas, 3 hombres y 5 mujeres, entre 22 y 59 años de edad.

Del análisis cualitativo; se obtuvieron los siguientes resultados: la discriminación se identifica mayormente en trabajos, transporte público y por la apariencia física. Repercutiendo en la imagen, autoestima y relaciones interpersonales.

Las principales redes de apoyo son los esposos y los hijos, entregando el apoyo emocional, psicológico, y los cuidados de salud.

Visualizan al profesional matrona- matró, capacitado para solucionar y dialogar sobre problemas sexuales, pero señalan no cumplir el objetivo de entregar atención integral al usuario.

La respuesta sexual es activa, sintiendo deseos de intimar en pareja. Referente al concepto de sexualidad, ellos lo relacionan al tener "sexo".

Palabras clave: Sexualidad-Obesidad Mórbida-vivencias.

SUMMARY

Sexuality is the base of human beings, defining the way of being, the relationship with others and the way to face the world. For that reason, the issue of how people with morbid obesity live their sexuality is presented. From this perspective it is intended to analyze the experiences about sexuality from people with morbid obesity, in Valparaiso's region, between the years 2010 and 2011. The methodology of investigation is qualitative, with a phenomenological trend and the instrument of gathering information is the in-depth interview; this was done to eight people, men and women, between the ages of twenty two and fifty nine years old.

From the analysis the following results were obtained: the discrimination it is identified mainly at work, in public transportation and because of physical appearance, affecting in the self-image, self-esteem and interpersonal relationships.

The main support networks are their spouses and children, giving the emotional and psychological support and the health care they need.

They visualize the obstetrician as capable to solve and dialog about sexual problems; but they point out that obstetricians do not achieve the goal of giving an all-round attention to the clients.

The sexual response is active, feeling desire to have intimacy with their partners. Referring to the concept of sexuality, they relate it to "sex".

Key words: sexuality-morbid obesity-experiences.

ÍNDICE

Contenido	Página
Resumen	3
Abstract	4
Capítulo I: Planteamiento del Problema	7
1.1 Problema de investigación	8
1.2 Justificación del Problema	8
Capítulo II: Marco Teórico	10
2.1 Obesidad	11
2.2 Género y Obesidad	14
2.3 Aspectos psicológicos de la Obesidad	16
2.4 Discriminación en personas con Obesidad Mórbida	19
2.5 Sexualidad	22
2.6 Respuesta sexual Humana en la Obesidad Mórbida	24
2.7 Enfermedades asociadas a la Obesidad y su influencia en la Sexualidad	32
2.8 Sistema Público de Salud en Chile y Obesidad	43
2.9 Políticas Públicas en la Salud contra la Obesidad	44
2.10 Rol del Profesional Matrona-Matrón	46
Capítulo III : Metodología	49
3.1 Objetivos de la investigación	50
3.2 Metodología de Estudio	51

3.3 Metodología de la Entrevista	53
3.4 Construcción del Instrumento	54
3.5 Limitaciones del Estudio	58
3.6 Consideraciones Éticas	59
Capítulo IV: Análisis y Conclusiones	60
4.1 Análisis del Estudio	61
4.2 Categorización del Análisis	61
4.3 Categorización	62
4.4 Resultados	105
4.5 Discusión	115
4.6 Conclusiones	117
4.7 Sugerencias	119
Bibliografía	122
Capítulo V: Anexos	128
Anexo I: Guía de la entrevista personal semiestructurada	129
Anexo II: Consentimiento Informado	132
Anexo III: Entrevistas Transcritas	135

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo vivencian la sexualidad en las personas que padecen de Obesidad Mórbida pertenecientes a Centros de Salud Familiar de la Quinta Región de Valparaíso, durante los meses noviembre y diciembre del año 2010, y de enero a marzo del año 2011?

1.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El cambio epidemiológico que han presentado las enfermedades en Chile, de enfermedades infecciosas a un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles trae consigo un cambio perceptible en las personas, como lo son los estilos de vida. Éstos, si son poco saludables tienen efectos nocivos para la salud y el desarrollo psicológico de las personas, es por este motivo, que resulta de vital importancia el estudiar la obesidad y las repercusiones que esta tiene en la sexualidad, ya que en la mayoría de las personas que padecen esta enfermedad, psicológicamente, se acompañan de sentimientos de vergüenza y de baja autoestima, generando conflictos tanto para la persona afectada, como para su entorno familiar y social y desde el punto de vista físico, incomodidad y síntomas propios de la obesidad y de las enfermedades que la conducen tales como Diabetes, Hipertensión Arterial, Dislipidemia, entre otros.

Además muchas veces los factores psicológicos, favorecen el consumo exagerado de alimentos, generando un círculo en la enfermedad, entre los sentimientos y percepciones que tienen las personas obesas de si mismas en relación con su sexualidad, que va desde sentirse insatisfechos con la propia imagen, ya que las personas obesas pueden variar de un estado de permanente tristeza hasta el enclaustramiento doméstico. El aislamiento social se presenta en los casos más agudos y puede degenerar en una relación de dependencia

familiar o de la persona que genera más confianza en ella, convirtiendo la obesidad en un problema psicológico y social.

El estudiar la vivencia de la sexualidad en las personas con Obesidad Mórbida, se refuerza el hecho de que el ser humano es un ser biopsicosocial, sin duda, el estudio abarca un tema que incluye a una parte importante de la población, que en la actualidad cambia la concepción de la obesidad por el culto a la corporalidad.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2. MARCO TEÓRICO

2.1 OBESIDAD

La obesidad constituye un serio problema de salud pública a nivel mundial debido a la dimensión que están adquiriendo en la sociedad, ya no sólo en edades adultas, sino también desde la edad infantil y juvenil.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), el año 2000, ha calificado el padecimiento de la Obesidad en “*la epidemia del siglo XXI*” definiéndola como la “*acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud*”¹. Estudios realizados revelaron el aumento de la frecuencia de la obesidad en poblaciones de todas las edades y de que tal incremento no es exclusivo de los países económicamente desarrollados, sino que afecta también a otras naciones con menor desarrollo, como México y países de América Latina.

Según los datos epidemiológicos de la encuesta nacional de salud del año 2010, la Obesidad Mórbida alcanza una prevalencia de 2,3%, aumentando con respecto al año 2003 en un 1%.

El método más utilizado en el adulto para definir y clasificar la obesidad es el índice de masa corporal (IMC): peso (Kg)/Talla² (metros). Es el parámetro que mejor se correlaciona con el porcentaje de grasa corporal, aunque existe la sobreestimación en individuos musculosos, se subestima en personas con baja masa magra (ancianos). Se acepta como corte para la obesidad un valor de IMC igual o superior a 30 Kg / m². La OMS clasifica la obesidad según el IMC.² Se considera Obesidad Mórbida al individuo que tiene un IMC ≥ 40 .

¹ World Health Organization. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: WHO Library.

² Del Álamo, A. (2006). Guías de Fisterra. *Cadernos Atención Primaria*, 13, 22-26.

La complicación trascendental de la obesidad, al ser una enfermedad crónica, es que trae asociadas muchas patologías de origen crónico y degenerativo, generando alteraciones a nivel de algunos sistemas del organismo y en la vida sexual de las personas.

2.1.1 ETIOLOGÍA DE LA OBESIDAD

Entre los trastornos de la alimentación incluidos en la Clasificación de Enfermedades Mentales de la American Psychiatric Association en 1994 se encuentran: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos de la conducta alimentaria no especificado, que incluye el trastorno por sobre-alimentación.

La obesidad es excluida del listado porque ya es considerada en la clasificación Internacional de las Enfermedades (ICD-10-CM) como un trastorno físico que no se relaciona con ningún síndrome psicológico o conductual con características propias.

El aumento en la incidencia de la Obesidad Mórbida hace evidentes influencias culturales y sociales, además de determinantes genéticos y fisiopatológicos para la enfermedad. Se puede decir que entre el 40 y 70% de los fenotipos obesos son de carácter hereditario, mientras que el 30% restante se presenta por influencias ambientales (disponibilidad de alimento, dieta y reducción de actividad física o sedentarismo), por lo que se puede decir que la etiología de la obesidad es multifactorial. Así se una enfermedad grave por su morbilidad fisiológica y psicológica.

2.1.2 EPIDEMIOLOGÍA DE LA OBESIDAD

Hace años la inquietud en el mundo era la manera de alimentar a los desnutridos, ahora la preocupación es la obesidad, rotulada como epidemia mundial por la OMS en el año 1998. Esta epidemia afecta incluso a sociedades desarrolladas, aumentando más rápidamente en países en vías de desarrollo, creciendo incluso en los países de bajos y medios ingresos, específicamente en el área urbana.

La OMS en sus últimos proyecciones del 2010 ha establecido que 1000 millones de adultos están en sobrepeso y más de 300 millones son obesos. Se estima que en el año 2015 habrá 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad. Cada año mueren, como mínimo 2,6 millones de personas a causa de la obesidad o sobrepeso, además el 44% genera diabetes, el 39% hipertensión arterial, el 23% cardiopatía isquémica y el 7% determinados cánceres.

En Chile, el aumento del ingreso per cápita en los años noventa, ha producido cambios en los estilos de vida de las personas. El consumo de alimentos poco saludables se ha incrementado al igual que el sedentarismo, a causa de la adquisición de elementos tecnológicos como: televisores, automóviles y electrodomésticos. Con este cambio en la sociedad chilena, han aumentado las cifras de obesidad en la población.

La encuesta nacional de Salud realizada por el Ministerio de Salud (MINSAL) en el año 2010, ha demostrado la existencia de 8.9 millones de obesos a nivel nacional, equivalentes al 67% de la población, incrementando un 6% con respecto a realizada en el año 2003.

Actualmente el 30,7% de las mujeres cursa un cuadro de obesidad en el país y el 19,2% corresponde a los hombres.

Un 39.3% de la población presenta sobrepeso y un 2.3% presenta Obesidad Mórbida, predominando esta en las mujeres y triplicando el número de hombres.

En lo que respecta a la Quinta región de Valparaíso, el 27% de la población se encuentra dentro del rango de obesidad y 1,4% se establece en Obesidad Mórbida.

El programa “*Vida Chile*”, impartido por el Ministerio de Salud, diseñó una estructura compuesta por un Consejo Nacional, que tiene el Plan Nacional de Promoción de Salud; que actualmente cubre sólo 3.000.000 de habitantes a nivel país; los 12 millones restantes están en las grandes comunas de la Región Metropolitana, Valparaíso, Viña del Mar, Concepción, Temuco, donde las políticas y programas de Promoción de Salud funcionan sólo parcialmente y donde no siempre existen acciones comunicacionales. A pesar de todo, la cobertura de los programas ha mejorado en escolares y adultos, mientras que en adultos mayores se ha mantenido estable.³

2.2 GÉNERO Y OBESIDAD

Los organismos internacionales han definido Género como un “*conjunto de pautas de conducta o patrones de relaciones asignados a cada sexo en las diferentes culturas. Se utiliza para demarcar las diferencias socioculturales que existen entre hombres y mujeres y que son impuestas por el sistema de organización político, económico, cultural y social, y por lo tanto, son modificables*”.⁴

3 Vio, F. (2005). Prevención de la obesidad en Chile. *Revista Chilena Nutrición*, 32, 80-87.

4 Comisión Europea, Dirección General de Empleo, Relaciones Laborales y Asuntos Sociales. (1998). *100 palabras para la igualdad*. Canario: Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales unidad V/D5

Con respecto a los trastornos de la alimentación como es el del hábito del comer, más allá de las diferenciaciones biológicas sexuales en torno a la dimensión corporal, las distinciones genéricas, sociales y psicológicas convierten a la obesidad y a la delgadez en temas preferentemente femeninos. Existe una desigualdad genérica, que nace durante la enseñanza básica en los hábitos en alimentación y el nivel de incomodidad con el cuerpo durante la pubertad y la adolescencia. En general y a diferencia de los hombres, las mujeres prestan más importancia a la apariencia física, considerando el peso y la figura corporal como parámetros importantes para conceptualizar la belleza femenina.

También cabe destacar que el estigma de la obesidad es más duro y prevalente hacia las mujeres, a diferencia del género opuesto, generando presiones socioculturales que hacen del peso del cuerpo una “*normativa de descontento*” para la gran parte de las mujeres.

Así, en nuestra sociedad, la mujer se ve sometida a las exigencias de un cuerpo esbelto por requerimientos del mundo occidental y que también se observa en el medio oriente actualmente, quien exige lo anterior como ideal de atracción.

Instrumentos de evaluación para trastornos de la conducta del comer, como la prueba EAT-40 (Eating Attitudes Test) y EDI (Eating Disorder Inventory) han proyectado al sexo masculino con menor probabilidad para presentar un trastorno en la alimentación. Generalmente, reflejan puntajes menores en los ítems que manifiestan interés por la delgadez o deformación de la imagen del cuerpo, con esto se afirma que estas asimetrías en conductas y pensamientos se deben a factores sociales y culturales que influyen en cada persona.

2.3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA OBESIDAD

Los factores psicológicos también son reconocidos como causa de obesidad, sin embargo, estos igualmente pueden ser enfocados como consecuencias de discriminación sufrida por la persona ya obesa.

Las consecuencias de la ingesta alimentaria como reacción a las emociones de la persona, hace que esta desarrolle una personalidad adictiva, definiéndola como aquella personalidad que no solo tiene necesidades físico-químicas sino también un estado emocional particular relacionado con factores químicos (neurotransmisores y neurorreceptores) conectados a los sentimientos y a las necesidades biológicas de cada individuo.

Hilde Bruch en su obra *“Eating disorders”*, enfatiza la dificultad que tiene el obeso para identificar sus propias sensaciones, no pudiendo tal vez distinguir el hambre de la saciedad, ni hambre de otras emociones que lo agobien cotidianamente, lo que se le atribuye a la comida como la respuesta a las emociones más diversas. Esta conducta en el adulto, que tuvo previo trauma en la infancia, puede ser manifestada por recuerdos de alimentación por sus madres cuando estas padecieron una situación tensional (molestias, conflictos, etc.)

La enfermedad adictiva depende de cuatro elementos interrelacionados:

- Objeto droga: si bien la comida no tiene efectos tóxicos inmediatos, ingerida en exceso, abandona su función nutricional y placentera para transformarse en un elemento tóxico generando dependencia, enfermedad física y psíquica.
- La persona: una de las características de la personalidad del obeso es que no tiene límites con su ingesta, ni con su cuerpo ni con su comportamiento, actuando en forma demandante, invasora y a la vez se deja invadir.

- La familia: ciertas familias fomentan la adicción desde etapas tempranas, sobre todo en aquellas donde está alterada la relación entre unos con otros.
- Factores socioculturales: la mirada y el gusto de los otros intervienen como una presión en el comportamiento social de la persona obesa y en su desempeño.⁵

La misma dependencia provoca la adaptación de la persona obesa en su estilo de vida, prolongando la conducta adictiva. Lo que trae consigo consecuencias negativas tanto en la autoestima, relaciones interpersonales, afectivas y laborales.

Existen muchas culturas, tales como: tribus africanas, árabes, hindúes e isleños del pacífico, donde la obesidad es aceptada, se debe considerar que vivimos en una cultura contemporánea que tiene modos de valorar, de creer y de comportarse, en la que se establecen parámetros donde muchas veces la persona Obesa Mórbida, no cumplen con el perfil establecido, por ejemplo, concurso Miss universo.

La persona obesa siente sentimientos de inseguridad personal, de desconfianza en sí mismo, de incertidumbre de lo que puede y debe hacer. Presenta comúnmente problemas en el área afectiva y cognitiva, como baja autoestima y autoimagen, especialmente en lo referente al propio esquema corporal, como también bajas expectativas de autoeficacia y de logro.

Se ha demostrado que, socialmente, se culpa a la persona de ser obesa por considerarla como un acto voluntario, haciendo juicios de valor a priori y por ende, descalificándola, lo más grave de esta perspectiva es que la persona cree y siente ser un ser devaluado, estableciendo relaciones con los otros desde un lugar desigual (pudiendo tender a la complacencia), con una imagen corporal

⁵ Silvestre, E. (2005). *Aspectos Psicológicos de la Obesidad: Importancia en su identificación y abordaje dentro de su enfoque interdisciplinario*. Argentina: Universidad Favaloro.

menospreciada y sintiéndose incapaz de obtener logros en los distintos ámbitos de su vida.

Los obesos típicamente responden con vergüenza, pena y culpa. Generalmente presentan numerosos fracasos para controlar su peso, lo que reduce la autoestima y afecta la calidad de vida del individuo. La presencia de complicaciones como: diabetes, ansiedad y depresión acrecientan la culpabilidad.

En los pacientes obesos se produce un incremento en las atribuciones internas en función de la edad de los obesos, es decir, a medida que crecen dejan de atribuirle la responsabilidad del propio comportamiento o de las consecuencias a los demás, y comienzan a atribuírselas a si mismos.

Aunque, se hace manifiesta la actitud de victimización de las circunstancias, lo que no les permite responsabilizarse ni asumirse con el problema crónico cuyo único control está en la propia persona. Y se atribuye a sí mismo, y a su obesidad, las actitudes de los otros.

Dentro de las otras psicopatologías asociadas a la obesidad están además todos los trastornos de la sexualidad y conductas antisociales como agresividad y retraimiento.

Existen ciertos aspectos de la obesidad que se han podido relacionar con conductas psicopatológicas:

- Relación afectiva familiar deficiente, compensatoria con la comida

La familia del obeso se caracteriza por tener una alta incidencia de inmadurez, pasividad y conflictos interpersonales, así como rigidez y empleo de patrones de comunicación pobres, lo que impide a veces expresar sus emociones.

Posee altas expectativas de rendimiento a nivel individual, de competencia social, intelectual, académico, entre otras. De modo que exigen mucho a sus hijos.

Son un grupo de personas que no favorecen la expresión de las emociones, sobre todo las consideradas inadecuadas y tienen fuerte tendencia a evitar problemas y dificultades personales, ignorándolas cuando suceden.

Las relaciones familiares están caracterizadas por una valoración del auto-sacrificio, donde quien consigue el poder es el que más se sacrifica por los demás. Le atribuyen gran importancia a la unión, la lealtad, la cohesión y el sacrificio personal, mientras que las características opuestas son la separación, la huida y la traición, las que pueden estar presentes de una forma enmascarada, como algo temido y tentador a la vez. Además, interfieren en cada uno en los sentimientos y pensamientos de los demás, concibiendo a la falta de privacidad, no fomentando la autonomía o la autorrealización por lo que las hacen familias rígidas, que tiene dificultades para aceptar los cambios.

- La imagen corporal

Los sentimientos y actitudes hacia el cuerpo pueden influenciar el “*negativo*” interior mental que representa el parámetro físico del cuerpo.

Esta imagen corporal interactúa con aspectos preconceptuales, emocionales, familiares y sociales. Hace parte del concepto personal de la corporalidad. Las personas con dificultades indagan con mucha frecuencia su apariencia física, tienen dudas obsesivas y siempre están buscando en forma compulsiva: la aceptación.

2.4 DISCRIMINACIÓN EN PERSONAS CON OBESIDAD MÓRBIDA

El concepto de discriminación “*es una conducta, culturalmente fundada, sistemática y socialmente extendida, de desprecio contra una persona o grupo de personas sobre la base de un perjuicio negativo o un estigma relacionado con una*

*desventaja inmerecida y que tiene por efecto (intencional o no) dañar sus derechos y libertades fundamentales”.*⁶

En las personas que sufren obesidad, el exceso de peso, generalmente va acompañado por discriminación social, la cual se hace notoria en todo ámbito de la vida de la persona, al ocurrir esto cada esfera del obeso le recuerda que vive en una sociedad en la cual casi la totalidad de sus expresiones rechaza la imagen de la persona obesa, pasando a llevar las reales necesidades de estos. En general se les desconoce como integrantes cuantitativamente importantes de la sociedad y se limita al no contar con elementos como mobiliario e indumentarias para el libre y cómodo desempeño de las personas.

Por otro parte la religión no está exenta del génesis de estas actitudes discriminatorias y denigrantes hacia el obeso. Para el budismo y para el cristianismo, la obesidad es estigmatizante; para el primero representa un castigo por pecados morales cometidos en vidas anteriores y para el cristianismo sería una consecuencia de transgresiones contra la voluntad Divina

De la perpetua estigmatización, resulta la constante discriminación que debe soportar quien sufre de obesidad, así está demostrado, según el estudio *“Patterns of use and perceptions of users of over the counter anorectics”*, en el cual se señala a niños y adultos de peso normal a los cuales se les mostró imágenes de: niños normales, niños utilizando muletas o aparatos ortopédicos en uno de sus miembros inferiores, niños en silla de ruedas con la parte inferior de su cuerpo cubierta por una sábana, niños con pérdida de uno de sus brazos, niños con desfiguración facial peribucal y niños obesos. Cuando la población de peso normal fue invitada a seleccionar aquellas imágenes que menos le agradaran, eligieron en primer término a los obesos, siendo una de las explicaciones más frecuentes el considerarlos "responsables" de su discapacidad, a diferencia de los

⁶ Rodríguez, J. (2005). Definición y concepto de la no discriminación. *El cotidiano*, 21, 23-29.

otros grupos de dismórficos que fueron apreciados como víctimas de la fatalidad y del medio ambiente.

Krupka (2004), reveló en un estudio estadounidense que: *“Las personas obesas ocupaban el mismo lugar en la escala de valores que las prostitutas y los estafadores, mientras que estudiantes norteamericanas preferían casarse con adictos a la cocaína y divorciados antes que con obesos”*⁷

Por otra parte niños de 6 años han descrito a sus compañeros obesos como holgazanes, sucios, estúpidos, feos y mentirosos”.⁸

El sobrepeso y la obesidad es significado de una moral con falta de autocontrol de poder sobre la comida, esto sucede en la sociedad norteamericana ,por el contrario, una figura delgada es vista como un signo de autocontrol, esto especialmente en las mujeres. A pesar de que no existe una demostración de que la obesidad y la inteligencia vayan asociadas, algunas instituciones de Norteamérica han comprobado una disminución en el porcentaje de estudiantes de más elevado ranking en calificaciones con dicho trastorno alimenticio. Esto ha causado una política discriminatoria en los centros de estudios de más jerarquía, en los que se comenzaron a limitar los ingresos de estudiantes obesos de en Massachussets, EE.UU.

En la esfera laboral, también se observa la discriminación, según el estudio, *“No fat persons need apply: Experimental studies of the overweight stereotype and hiring preference”*, realizado en California, los empleadores se resisten a contratar obesos. Las personas con peso excesivo fueron miradas como poco deseadas, desordenadas, indecisas y poco exitosas. Lo cual se ha reflejado en una corriente desvalorizante donde los sueldos más bajos corresponden a personas obesas.

⁷ Krupka, L.(2004). *Patterns of use and perceptions of users of over the counteranorectics. In Phenilpropanolamine: examining the benefits and risks*. USA, NY: Morgan and Kagan.

⁸ Montero, J. (2001). *Obesidad: Una visión antropológica*. Argentina: Universidad de Buenos Aires.

En relación con los estereotipos sobre la gente con exceso de peso, se incluyen las siguientes representaciones; personas incapaces de trabajar duramente, débiles, inestables emocionalmente, pausadas y perezosas.

También se señala que la discriminación por parte de los adultos provoca en los mismos obesos tendencia al desarrollo de actitudes y acciones antisociales, las cuales los llevan a aislarse, deprimirse, y usualmente producen aumento de la ingestión de comida lo que a la vez agrava o al menos mantiene la obesidad.

2.5 SEXUALIDAD

McCary & McCary (1983), han definido la sexualidad como *“el conjunto de manifestaciones y expresiones de tipo biológico, psicológico y sociocultural que diferencia a cada individuo como varón y como mujer dentro de un grupo social”*.⁹ Por otra parte, Masters (1987) la consideró como componente de la personalidad e identidad, así como una de las necesidades humanas que se expresan a través del cuerpo, elemento básico de la feminidad o de la masculinidad, la autoimagen, la autoconciencia y el desarrollo personal. Asimismo, la sexualidad estimula la necesidad de establecer relaciones interpersonales significativas con otros.

En la actualidad, la Organización Panamericana de la salud (2000), define sexualidad a la *“Dimensión fundamental del hecho de ser humano. Basada en el sexo, identidades de sexo y género, orientación sexual, erotismo, vínculo emocional, amor, y reproducción. Esta se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o*

⁹ McCary, J.; McCary, S. (1983). *Conducta Sexual en Perspectiva. Sexualidad Humana*. México: El Manual Moderno.

*espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. En resumen, la sexualidad se practica y se expresa en todo lo que es, se siente, se piensa y se hace”.*¹⁰

Una persona con Obesidad Mórbida puede relacionar su sexualidad de distintos modos. Si bien el contacto sexual con otra persona puede deparar altos niveles de placer, la frustración del deseo puede ocasionar una gran insatisfacción; y si ésta perdura en el tiempo, se tiende a buscar otra satisfacción que la compense, como por ejemplo el placer de comer.

Las mujeres, son las que principalmente evitan los encuentros eróticos, de tal forma que ocultan su cuerpo, deseando que sus parejas no las observen desnudas. También hay mujeres que utilizan su condición de obesidad, como mecanismo de defensa para impedir los encuentros afectivos y eróticos. De esta manera, resultan menos atractivas para sus compañeros y así se dificulte la relación sexual, aunque la deseen. Este patrón se repite en mujeres que poseen pareja, otras por miedo a ser infieles; o en mujeres jóvenes con miedo a formarse en el mundo de la sexualidad activa. La relación del miedo puede corresponder a perturbadoras historias relacionadas con el sexo, ya sea porque fueron vivenciadas o transmitidas por generaciones anteriores; o bien, por el anhelo de perdurar como infante y, de esta forma no perder la protección y el contacto afectivo con los padres.

En algunos obesos de estructura neurótica (baja autoestima y de ofensa fácil) se pueden observar rasgos de seducción, humor lábil, cambiante, con historia de dificultades sexuales de orden genital, tales como frigidez o vaginismo, lo cual hace referencia a una disfunción psíquica.¹¹

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). *Promoción salud de la sexual: Recomendaciones para la acción*. Guatemala: Actas Reunión de Consulta convocada.

¹¹ Zaragoza, R. (2008). Obesidad y Sexualidad. *Trabajo social*, 18, 5-13.

2.6 RESPUESTA SEXUAL HUMANA EN OBESOS MÓRBIDOS

2.6.1 TRASTORNOS DE LA SEXUALIDAD Y OBESIDAD

La OMS (1975), ha definido la salud sexual como “*la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano, en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor*”¹². También considera que se requieren tres elementos básicos para lograr la salud sexual: a) la eventualidad de disfrutar de una actividad sexual reproductiva, estabilizando una ética personal y social; b) la práctica de la sexualidad sin temores, vergüenzas, culpas, mitos y falacias; en esencia, sin factores psicológicos y sociales que interfieran con las relaciones sexuales, y c) el de una actividad sexual libre de trastornos orgánicos, enfermedades o alteraciones que las entorpezcan. Bajo este último elemento, se podría definir el sexo, como la actividad física, el coito, la excitación de los genitales (oral o manual) y la autoexcitación (masturbación); mientras que la actividad sexual es una característica natural del organismo que se inicia al nacer y que se puede regular conscientemente durante toda la vida.¹³

Para Master & Johnson (1966), la respuesta sexual fisiológica consta de cuatro periodos: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Aunque a nivel fisiológico se dé la respuesta sexual, a nivel psicológico, ésta depende de factores socioculturales y de las propias características psicológicas: imagen corporal, autoestima y experiencias pasadas, que influyen de manera decisiva para llegar a una satisfacción sexual.

¹² Organización Mundial de la Salud. (1975). *Instrucción y asistencia a cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud*. Ginebra: WHO Library.

¹³ Longo, D. (1982). *La Práctica clínica en enfermería psicosocial: evaluación e intervención*. Madrid: Alambra.

La obesidad además de traer trastornos médicos, trae consigo implicaciones psicológicas y sociales, tales como bajo autoconcepto en la imagen corporal, en el estado de salud y de la práctica sexual en sí. De hecho, está asociado a trastornos en la calidad de vida como son: el funcionamiento físico, el funcionamiento sexual, la autoestima y las relaciones laborales.

Durante años se mantuvo la teoría de que los obesos eran personas que tenían problemas de personalidad, los cuales aliviaban mediante la conducta de comer. Kaplan y Kaplan (1996), han propuesto que la sobre ingesta de los alimentos era una conducta cultivada, utilizada por el individuo obeso, como mecanismo para disminuir la ansiedad.

Para la clínica hoy en día, según Popkin (2002), existen dos áreas psicológicas de afectación del paciente obeso: a) los patrones de ingesta alterados y b) las alteraciones ligadas con la imagen corporal. Por imagen corporal se comprende la representación mental que se tiene del cuerpo, repercutiendo en la autoestima y autoconcepto, lo cual, junto con la patología orgánica, impactan la calidad de vida del individuo.

En el plano psicológico, se ha demostrado que las personas obesas, tienen una imagen desmerecedora de sí mismas, rechazo a su propio cuerpo y al compañero, sintiéndose poco atractivas e incluso presentan síntomas de depresión. Mancilla (1998), concluye que la relación obesidad-depresión es mayor en las mujeres que en los hombres.¹⁴

Los pacientes obesos con disfunción eréctil de tipo psicológico advierten una falta de satisfacción sexual derivada de la escasa comunicación que tienen con su pareja, el temor al fracaso y la vergüenza, entre otros motivos.

¹⁴ Mancilla, J. (1998). Determinación de pautas del compromiso sexual en obesos. *Psicología Iberoamericana*, 6, 14-23.

Se ha comprobado el riesgo de padecer disfunciones sexuales en las personas obesas son 25 veces más propensas a reportar problemas sexuales que aquellas que tienen un peso normal. Según Mandel (2008), las personas con sobrepeso suelen tener altos niveles de estrés, uno de los principales inhibidores del deseo. Por ejemplo, un estudio realizado en Massachussets por Adolfsson (2003), con 1.300 varones entre 40 y 70 años de edad, reveló que el sobrepeso duplica el riesgo de presentar disfunción eréctil.

El concepto de cuerpo erógeno, incluye representaciones inconscientes del deseo y sus vicisitudes. Los trastornos de los registros de contenido se expresan como dificultad en percibir, discriminar y nominar los afectos, fundamentalmente en los registros de hambre y saciedad. La relación que existe entre la obesidad, la imagen corporal y la satisfacción sexual en una muestra, realizada por Paredes (2009), de mujeres entre 18 y 60 años (divididas en obesas y de peso normal) evidenció que el 70 por ciento de la muestra se encuentra insatisfecha con su imagen corporal y, al evaluar la satisfacción sexual, se observa que el 68 por ciento de las obesas ha presentado insatisfacción sexual. Se destaca que las mujeres obesas cuentan con una autoatribución negativa para tener relaciones sexuales. Aunque la obesidad influye en la imagen corporal de las mujeres obesas, existen factores de tipo social, como los estereotipos de belleza y la cultura de la delgadez, que determinan más la imagen corporal.¹⁵

¹⁵ Zaragoza, R. (2008). Obesidad y Sexualidad. *Trabajo social*, 18, 5-13.

2.6.2 ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA SEXUALIDAD, ASOCIADOS A OBESIDAD

La sexualidad, está integrada por: la mirada, la conversación, el contacto y la atracción. Durante la mirada (lapso de liberación de dopamina) entre hombres y mujeres miran firmemente a una potencial pareja no más de 2 a 3 segundos, lo que impulsa activar la parte cerebral más primitiva, provocando interés o rechazo. McCartney (2007), señala que es posible que en la obesidad no se presente el encuentro de miradas, que gatilla la conversación, por lo tanto se interrumpiría la demonizada “cascada”, estableciendo que las personas obesas disminuyan la oportunidad de poder expresar y demostrar todas sus facetas, las cuales se encuentran en segundo plano. Por lo demás, las relaciones sexuales en la obesidad pueden ser bastante insatisfactorias, ya que el exceso de grasa corpórea podría dificultar que la relación física sea completa y adecuada.

La testosterona es responsable del desempeño sexual tanto masculino como femenino y en la obesidad pueden aparecer alteraciones entre los estrógenos y la progesterona, por lo que la sexualidad estará disminuida. Estas alteraciones entre los estrógenos y la progesterona, en la mujer, provocan que se ausente la ovulación, con alteraciones en el ciclo menstrual, que inclusive se puede llegar a amenorrea u oligomenorrea. Por otra parte, la dihidroepiandrosterona en los individuos obesos provoca mayor síntesis de estrógeno y menor síntesis de testosterona, además, en ellas se dificulta la irrigación del pene y clítoris, lo cual lleva a rechazar la idea de mantener relaciones sexuales, presentando una apatía absoluta que se convierte en un círculo vicioso.

En un estudio realizado en la Universidad de Duke, Binks (2010), 68 % de las mujeres, con sobrepeso, ha declarado no sentirse atractiva sexualmente. Un año después de emprender una dieta, sólo 26% se mantuvo en su respuesta. Al principio, el 63 % se negaron al desnudo, pero sólo 34% opinó igual un año

después. Al comenzar el estudio, 21% de las mujeres dijo no disfrutar de las relaciones sexuales y sólo 11% mantuvo su respuesta después de un año. Los sentimientos de escaso atractivo y falta de deseo por el desnudo también se aplica a los hombres: al desear tener relaciones sexuales, el exceso de peso lo convierte en una experiencia traumática.¹⁶

Según Kilotkin (2006), los pacientes obesos aseguran que con perder de peso, se sienten 10 a 20 años más jóvenes sexualmente. En el estudio, 161 mujeres y 26 hombres con una edad promedio de 45 años, con un IMC de 41, respondieron una encuesta, realizada por el mismo autor, sobre la calidad de su vida sexual, y la mejora de la actitud apareció a los 3 meses de iniciado el estudio, cuando habían perdido 12% de su peso inicial. Entre los obesos que han sido intervenidos quirúrgicamente, después de la intervención han reportado un incremento en el interés sexual, incluido un aumento en la frecuencia de relaciones y fantasías sexuales. En pacientes cuya obesidad interfiere en la erección, los especialistas también recomiendan combinar el tratamiento con sildenafil y terapias sexuales. La dosis de medicamento recomendada es de 25-50 mg, una o dos dosis diarias, lo más habitual es el consumo de 50 mg entre 30 minutos y 4 horas antes de las relaciones sexuales. Con respecto a la medida terapéutica, esta está focalizada en objetivos concretos de cada individuo.

Sobre la Disfunción Eréctil (DE) en Chile, hay una alta prevalencia en hombres mayores de 40 años. En un estudio realizado por Venegas y Baeza (2004), sobre 1.447 hombres de edades fluctuantes entre 40 y 92 años: el 83,5% refieren estar sexualmente activos: la DE se presenta en el 51,5% de la población

16 Zaragoza, R. (2008). Obesidad y Sexualidad. *Trabajo social*, 18, 5-13.

estudiada. El 77-87% de los pacientes afectados de DE moderada o severa reconocieron que es importante la carencia de erección.

Autores como Escobar (2007), consideran que sólo las personas con excesiva obesidad, presentan severas dificultades para tener encuentros coitales, pues, en realidad, no hay ningún factor para que una persona con sobrepeso u obesidad no pueda tener una actividad sexual normal ya que las limitaciones tanto físicas y/o psicológicas las establecen ellos mismos.¹⁷

En un estudio realizado por la Universidad de Bristol, citado por Escobar (2007), el 18% de las voluntarias que confesó haber sido violada antes de los 16 años, tenía el doble de riesgo de presentar síntomas de desordenes alimenticios, con percepción negativa de su cuerpo.

En el hombre, la obesidad repercute siendo difícil que éste pierda su actitud sexual o disminuya su interés sexual. Pero cuando el sobrepeso es tal que dificulta los movimientos y la respiración, resulta peligroso para la salud, el hombre cambia de actitud y se torna pasivo.

Cuando una persona pierde peso, se produce más testosterona, la cual, levanta la autoestima y contribuye a que el individuo se sienta más deseado, ocasionando cambios químicos que potencian su desempeño sexual.

En México, Mancilla (1998), definió una correlación positiva entre el índice de grasa corporal y el grado de depresión, reportándose una depresión mayor en las obesas sujetas a tratamiento, en cuanto a la vida sexual, comprendiendo el interés sexual, la participación, la sensibilidad emocional y la satisfacción durante las relaciones sexuales, preferencias, prácticas y pautas de comportamiento sexual. En el estudio se encontraron algunas diferencias significativas: los obesos

¹⁷ Escobar, M. (2000). Rol de las hormonas ováricas en la obesidad. *Endocrinología y Nutrición*, 8, 14-18.

manifestaron una mayor dificultad para comunicar sentimientos y necesidades a su pareja, mayor culpa y menor satisfacción ante prácticas masturbatorias, incapacidad para negarse a tener relaciones sexuales cuando no lo desean, menor satisfacción posterior a las relaciones sexuales, prácticas sexuales más estereotipadas en cuanto a las caricias y las posiciones más experimentadas, con una mayor reticencia a tener relaciones sexuales con la luz encendida y a mostrarse desnudo ante la pareja. Finalmente, manifestaron ejercer más frecuentemente un rol pasivo durante el acto sexual, comparado con el grupo de peso normal.¹⁸

También se descubrió en este estudio, que las personas sexualmente activas sólo un 17% de las personas obesas con tratamiento, refieren tener relaciones a diario. El mayor porcentaje de las mujeres con peso normal, tiene sexo una o dos veces por semana, mientras que el mayor porcentaje de los grupos de obesas las realizan 3 a 4 veces por semana, en comparación con el grupo de normo-peso tasado. El mayor porcentaje de las obesas con tratamiento y sin tratamiento refiere tener una duración en la relación sexual de entre 1 a 20 minutos; mientras que el mayor porcentaje de las normo-peso cae en el rango de 21-40 minutos. Con estos tiempos se puede establecer qué es lo que realmente se considera como duración y determinar si se incluyen las caricias antes y después de la relación. Así como el hecho de que la frecuencia diaria que reportan las obesas con tratamiento, signifique que realmente llegan al coito o se limitan únicamente a caricias.

En lo referente a las fantasías que pueden ser estímulo sexual y a la frecuencia de las mismas, las obesas sin tratamiento son quienes reportan tenerlas con más frecuencia, en comparación con los otros dos grupos. En lo

¹⁸ Mancilla, J. (1998). Determinación de pautas del compromiso sexual en obesos. *Psicología Iberoamericana*, 6, 14-23.

relacionado con las posiciones y caricias especiales, se observa que los grupos de obesas son quienes realizan menos posiciones y caricias especiales durante las relaciones, en comparación con las personas de peso normal. Esto podría ser consecuencia de su obesidad y de las limitaciones que ello implica, por lo que tienen que buscar posiciones que no impliquen maniobras corporales complicadas y que puedan realizar con mayor facilidad. Un porcentaje importante de obesas sin tratamiento asume un rol sexual pasivo durante la relación, en comparación con las normopeso y obesas con tratamiento.

Asimismo, ambos grupos de obesas reportaron menor flexibilidad en el rol sexual, en cuanto a la posibilidad de desempeñar ambos roles (pasivo-activo), especialmente en el grupo de obesas con tratamiento. La evaluación de los datos obtenidos muestra que la expresión de la sexualidad es diferente entre los obesos que se encuentran bajo tratamiento de reducción de peso y los obesos que no lo están, observándose que los obesos sin tratamiento son quienes presentan mayores limitaciones al respecto.¹⁹

¹⁹ Vázquez, V. (2001) Psicología y la obesidad. *Endocrinología y Nutrición*, 9, 91-96.

2.7 ENFERMEDADES ASOCIADAS A LA OBESIDAD Y SU INFLUENCIA EN LA SEXUALIDAD

2.7.1 ALTERACIONES GONADALES

En las mujeres obesas se detecta un aumento en la producción de andrógenos tanto de forma general como ováricos, que producen alteraciones dermatológicas como acné, hirsutismo, alopecia androgénica y alteraciones ginecológicas como alteraciones de la fertilidad y de la menstruación como oligoamenorrea.²⁰

Es frecuente la aparición del síndrome del ovario poliquístico que se caracteriza por anovulación e hiperandrogenismo y cuya presencia debe estudiarse para realizar el diagnóstico diferencial con la obesidad de causa primaria. En este síndrome se observa con frecuencia la presencia del hiperinsulinismo y resistencia a la insulina que contribuye a la producción de síndrome metabólico.

La virilización de las mujeres con este síndrome se presenta con enronquecimiento de la voz, disminución tamaño mamas, aumento de masa muscular, pérdida del contorno corporal femenino y aumento del tamaño del clítoris lo que podría gatillar la evasión de la vida en pareja por pérdida de la confianza y autoestima por el propio cuerpo y también por un cambio en la percepción y aceptación del cuerpo por parte de las personas con quienes se relaciona.

En el varón obeso se ha descrito una mayor prevalencia de oligospermia, impotencia, disminución de la libido y valores reducidos de testosterona,

²⁰ Fernández, R. (2009). *Estudio psicológico del paciente con obesidad mórbida sometido a intervención quirúrgica: Análisis de las diferentes variables que pueden afectar a la pérdida de peso*. Valencia: Servei Publicacions

generando así situaciones de desencuentro con sus parejas, vergüenza e insatisfacción consigo mismo.

2.7.2 ALTERACIONES METABÓLICAS

Las alteraciones metabólicas son atrofias por mala nutrición o degeneraciones a consecuencia de procesos patológicos generados por un desequilibrio entre el Catabolismo y Anabolismo de los sustratos y metabolitos.

La disminución del deseo sexual también se asocia a diferentes alteraciones orgánicas como es el caso trastornos endocrino-metabólicos, producto de deficiencia de la hormona testosterona.

Dentro de las alteraciones metabólicas, se encuentran:

- a) Alteraciones de los lípidos: Existe un aumento del colesterol total y triglicéridos, las partículas VDLV y LDL se encuentran aumentadas mientras que las HDL están disminuidas, generando en las arterias un depósito de lípidos, que finalmente se transformará en una placa de calcificación y facilitará la pérdida de elasticidad arterial y otros trastornos vasculares, aumentando el riesgo de enfermedad coronaria.
- b) Diabetes Mellitus e Insulino resistencia: La obesidad está directamente relacionada con la aparición de diabetes mellitus no insulino dependiente, aumentando con el grado de obesidad, con su duración y con la distribución central de la grasa corporal.

“La ganancia de peso precede al comienzo de la diabetes, aumenta los requerimientos de insulina y la posibilidad de insulinoresistencia. Los mecanismos patológicos que pueden llevar a esta insulinoresistencia son : 1) aumento de los niveles circulantes de ácidos grasos libres con el consiguiente aumento de

insulinorresistencia en el tejido muscular, 2) el aumento de depósito de grasa intraabdominal con el aumento portal de ácidos grasos y el aumento de la resistencia hepática a la insulina, 3) el incremento relativo en la síntesis de hormonas esteroideas que regulan la sensibilidad hepática y muscular a la insulina, 4) el estrés físico y psicológico puede llevar también al aumento de la resistencia a la insulina".²¹

2.7.3 ALTERACIONES CARDIOVASCULARES

La obesidad de tipo androide caracterizada por un exceso de grasa localizada preferentemente en la cara, el tórax y el abdomen, se asocia a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular tanto en hombres como en mujeres.

No sólo afecta la salud de las personas, sino que también influye en la actividad sexual de éstos. Recientemente se puso de manifiesto la similitud de factores de riesgo de la DE (disfunción eréctil) y la enfermedad cardiovascular (CV) y la responsabilidad de la disfunción endotelial, etapa inicial de la enfermedad aterosclerótica en la génesis de la DE. Dado que la DE es, en general, más precoz que la cardiopatía isquémica, es actualmente considerada un factor de riesgo de futuros eventos CV, teniendo un valor predictivo similar al de los clásicos procuradores de riesgo CV.²²

Los factores de riesgo primarios para la enfermedad cardiovascular son el cociente cintura/cadera elevado (obesidad abdominal), circunferencia de la cintura mayor de lo normal (obesidad visceral), resistencia a la insulina (con hiperinsulinismo), dislipidemia y diabetes mellitus influyendo en la manifestación de otro tipo de alteraciones.

²¹ Forga, L. (2002). Complicaciones de la obesidad. *Anales Sis*, 25, 118-119.

²² Romero, C. (2008). Disfunción eréctil y enfermedad cardiovascular. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 23, 65-70.

- a) Cardiopatía isquémica: la obesidad visceral, más un período dislipidémico exagera una predisposición genética a la enfermedad arterial coronaria. Una dislipidemia con un aumento de la demanda hacia el corazón para aportar sangre a órganos periféricos, explica el riesgo elevado de infarto cardíaco en estos pacientes.²³
- b) Hipertensión arterial: Hay una relación directa entre obesidad androide, hiperinsulinemia e hipertensión arterial. El hiperinsulinismo puede causar hipertensión arterial a través de un doble mecanismo: estimulación del sistema nervioso simpático y retención de sodio a nivel renal.²⁴

En presencia de obesidad, se produce una dilatación anormal del corazón con aumento de la precarga y del trabajo necesario para la contracción ventricular. La combinación de obesidad e hipertensión conduce a un engrosamiento de la pared ventricular con un mayor volumen cardíaco y así a una mayor posibilidad de fallo cardíaco.

- c) Hipertrofia ventricular izquierda, arritmias, insuficiencia cardíaca congestiva y muerte súbita: La obesidad altera el metabolismo de los cationes celulares originando cambios en la respuesta vascular, trayendo como consecuencia mayor resistencia vascular.²⁵

El corazón se debe adaptar estructuralmente a la hipertrofia concéntrica-excéntrica del ventrículo izquierdo. Esta hipertrofia para que se manifieste en una insuficiencia cardíaca congestiva y arritmias cardíacas, que pueden explicar la alta tasa de muerte súbita cardíaca en pacientes obesos.

²³ Alexander, J. (2001). Obesity and coronary heart disease. *Medicine Science*, 321, 215-224.

²⁴ Thakur, V. (2001). Obesity hypertension and the heart. *Medicine Science*, 321, 242-248.

²⁵ Zhang, R. (2001). Obesidad-Hipertensión: efectos sobre los sistemas cardiovascular y renal. *Hypertens*, 3, 150-156.

2.7.4 ALTERACIÓN METABÓLICA-CARDIOVASCULAR, ASOCIADO A DISFUNCIÓN SEXUAL

Existe una alta incidencia de disfunciones sexuales asociadas a patologías “*ocultas*”. 1 de cada 3 pacientes que acuden a consulta por disfunción eréctil, presentan alguna patología , siendo las más frecuentes: dislipemias (27,3%), diabetes mellitus (22%), hipertensión arterial (20,4%), trastorno de ansiedad (18,5%), trastorno depresivo (14,6%) y problemas urológicos (4%), teniendo en cuenta que algunos usuarios presentan más de una morbilidad.²⁶

La hiperglicemia, las dislipidemias y la HTA en el hombre relacionados con la obesidad, generan un daño gradual en el endotelio del tejido cavernoso, lo que altera la producción de óxido nítrico, impidiendo la relajación del musculo liso cavernoso, y modificando la cascada de acciones que producen vasodilatación y la erección. Cabe destacar que toda lesión en la capa íntima endotelial, músculo cavernoso o en el mecanismo de contención venosa puede causar dificultades de erección, mientras más factores de riesgo existen, mayor es la posibilidad de desarrollar una disfunción eréctil.

Estas variables metabólicas desajustadas tales como: colesterol, triglicéridos altos y diabetes, hipertensión, están asociadas a la vida sedentaria, derivando en un cuadro de impotencia en el hombre. Generando problemas a nivel psicológico, ansiedad respecto a su ejecución en el acto sexual (miedo a no lograr una erección), problemas de pareja, depresión u otros problemas psicológicos, además del estrés de cualquier grado que puede afectar la relación sexual de pareja.

²⁶ Toquero, F. (2004). *Atención primaria de Salud: Guía de buena práctica clínica en disfunciones sexuales*. Madrid: International Marketing & Communications, S.A. (IM&C)

Según Sapetti (2007), *“Las alteraciones del eje hormonal androgénico y tiroideo en estos pacientes pueden colaborar afectando el área del deseo y la excitación. Las consecuencias cardíacas y vasculares del exceso de peso, el sedentarismo, y los efectos negativos de ciertos fármacos (antidepresivos, antipsicóticos, antihipertensivos, antiandrógenos y diuréticos), pueden modificar también la respuesta sexual”*.²⁷

Las mujeres hipertensas poseen mayor riesgo de experimentar una disfunción sexual, respondiendo negativamente en la fase de excitación, una presión alta además de dañar las paredes internas de los vasos sanguíneos del clítoris y la vagina, también interfiere en la liberación local de neurotransmisores participantes en la fase de excitación del acto sexual, clave para lograr el orgasmo.

El trastorno de la excitación sexual en mujeres con problema cardiovascular, produce la incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta la terminación de la actividad sexual. Provocando de esta manera, dispareunia o dificultades en las relaciones sexuales interpersonales.

2.7.5 ALTERACIONES RESPIRATORIAS

Como consecuencia de la obesidad existen muchas alteraciones pulmonares, siendo la más habitual la disfunción pulmonar, en posición supina. Las paredes pulmonares están alteradas, existe un descenso de la distensibilidad pulmonar y alteración en la musculatura respiratoria por depósito de grasa subcutánea y aumento del trabajo respiratorio.

²⁷ Sapetti, A. (2007). Disfunción eréctil y obesidad. *Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis*, 5, 40-47.

La capacidad residual funcional y el volumen de reserva espiratorio se encuentran descendidos. El flujo máximo espiratorio está también descendido. Los pacientes obesos tienden a ventilar exclusivamente los campos aéreos superiores y, sin embargo, se hallan mejor perfundidos los campos aéreos inferiores, lo que lleva a una alteración de la ventilación-perfusión presentando hipoxemia.²⁸

Además en los pacientes muy obesos aumenta fundamentalmente la hipoventilación, lo que unido a la hipoxemia, lleva a desarrollar un síndrome de Pickwick con retención de CO₂. Con la hipoventilación, ocurren también apneas del sueño.

La impotencia sexual también se observa en este grupo de pacientes, llegando al 60 % en casos de enfermedad grave, relacionada con la mala calidad de sueño.²⁹

2.7.6 ALTERACIONES TUMORALES Y NEOPLÁSICAS

En las mujeres obesas aumenta la frecuencia de carcinomas de vesícula y vías, biliares, así como el cáncer de mama (en posmenopáusicas), ovario, cérvix y endometrio.

El carcinoma endometrial está aumentado en las mujeres obesas sea cual sea el grupo de edad. Las mujeres con un sobrepeso del 40% tienen cuadruplicada la frecuencia de carcinoma endometrial.³⁰

²⁸ Koenig, M. (2001). Pulmonary complications of Obesity. *Medicine Science*, 321, 249-279.

²⁹ Jonquera, J. (2007). Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño. *Boletín Escuela de Medicina UC*, 32, 83-88.

³⁰ Forga, L. (2002). Complicaciones de la obesidad. *Anales Sis*, 25, 118-119.

La radioterapia de este tipo de carcinoma, puede causar cambios en el revestimiento de la vagina, lo que deriva en sequedad vaginal. Esto es más común después de la braquiterapia vaginal que después de la radioterapia pélvica.

En algunos casos, puede que se forme tejido cicatricial en la vagina. El tejido cicatricial puede causar que la vagina sea más corta o estrecha (estenosis vaginal), lo que ocasiona dispareunia. No obstante, una mujer puede ayudar a evitar este problema al estirar las paredes vaginales varias veces por semana utilizando un dilatador vaginal.

En mujeres posmenopáusicas con un sobrepeso del 40% o más la frecuencia de carcinoma de mama está aumentada en 1,53 veces. Este aumento se refiere a mujeres posmenopáusicas porque es en ellas donde predomina el efecto del exceso de estrógenos sintetizados en tejido graso que actúan sobre los receptores estrogénicos de la mama y este efecto no se ve antagonizado por la progesterona. En este sentido, el exceso de masa grasa, especialmente la abdominal, más que propiamente la obesidad sería la causante de este incremento en la frecuencia.

Aproximadamente el 50% de las mujeres que han tenido cáncer de la mama sufren de disfunciones sexuales prolongadas, al igual que una proporción similar de mujeres que han tenido cáncer ginecológico. De los problemas sexuales más comunes para las mujeres con cáncer mama, están la falta de apetito sexual y dispareunia.³¹

Por eso, es preciso proporcionarle a la usuaria, la información de su anatomía, del ciclo de respuesta sexual y del impacto del tratamiento sobre la función sexual.

³¹ López, E. (2005) Sexualidad y cáncer: toxicidad y tratamientos de soporte. *Oncología*, 28, 58-63.

Los varones obesos tienen mayor riesgo de cáncer de recto y próstata. El mecanismo por el que aumenta la frecuencia de cáncer de próstata es desconocido aunque en algunos casos se observan receptores de estrógenos en tejido prostático. Un sobrepeso del 20%, o mayor, aumenta en un 20-30% la frecuencia de cáncer prostático.³²

En relación a la sexualidad, los individuos que ya han tenido dificultades sexuales pueden tener una vulnerabilidad acentuada hacia los efectos del tratamiento oncológico. Así mismo, es necesario valorar los aspectos psicosociales de la sexualidad (disponibilidad de pareja en el momento del diagnóstico oncológico y valorar la respuesta del compañero ante este diagnóstico), su estado psicológico (la ansiedad y la depresión son dos de las interrupciones afectivas comunes que afectan al funcionamiento sexual), como también cualquier trastorno psicopatológico, tratamiento psicológico, farmacológico y antecedentes de hospitalizaciones existentes.

En relación a la extirpación de los ovarios, con la consiguiente menopausia artificial, provoca el cese en la producción de estrógenos, lo que repercute en la fase de excitación de la mujer, disminuyendo la lubricación vaginal y perdiendo el tono y la elasticidad en la vagina.

El deseo sexual podría disminuir durante un período largo de tiempo, pero, transcurrido éste se recupera a nivel fisiológico. La pérdida del apetito sexual o la pérdida del placer sexual es un aspecto común en la depresión y ésta es más prevalente en la población oncológica que en la población general.

El orgasmo permanece intacto pero se puede retardar como efecto secundario a los medicamentos o de la ansiedad. Los problemas sexuales no se resuelven durante el primer o segundo año tras la enfermedad.

³² Forga, L. (2002). Complicaciones de la obesidad. *Anales Sis*, 25, 118-119

2.7.7 ALTERACIONES ARTICULARES

La osteoartritis está significativamente aumentada en la obesidad, la que afecta a rodillas y tobillos, su origen se puede deber al trauma asociado con el grado de exceso de peso corporal. No obstante, la aparición aumentada de osteoartritis en otras articulaciones que no soportan peso sugiere que hay otros componentes de la obesidad que alteran el cartílago y el metabolismo óseo independientemente del peso. Las complicaciones osteoarticulares representan uno de los componentes más importantes del costo económico de la obesidad.

Además que el dolor de las articulaciones ocasionado por la artritis puede hacer que el contacto sexual resulte incómodo. La cirugía de reemplazo de articulaciones y los medicamentos pueden aliviar este dolor. También pueden ser de utilidad el ejercicio, el descanso, los baños calientes y los cambios de posición o de horario para la actividad sexual.³³

2.7.8 ALTERACIONES DERMATOLÓGICAS

Varios cambios en la piel se han asociado con obesidad, se sabe que la piel es “cobertura y mensajería” un conector del mundo exterior y receptor del universo interior. El órgano sexual más grande del cuerpo es centro de millones de fibras nerviosas que envían mensajes al cerebro los cuales son traducidos en respuestas variadas, desde el simple rubor en las mejillas hasta el aumento en el flujo sanguíneo requerido para la erección o la lubricación vaginal. Las zonas erógenas permiten respuestas sexuales aún en personas discapacitadas, son incontables los corpúsculos receptores de presión, temperatura, dolor, tacto, por

³³ Neyro, J. (2002). *Sexualidad en la mujer*. México: Servicio de Ginecología, Hospital de Cruces.

decir algunos, enviarán mensajes desde muy temprano en la vida del humano, construyendo poco a poco el esquema de placer en el niño. Sensaciones de agrado o desagrado irán conformando la estructura humanizante que nos diferencia de los no homínidos, los cuales limitan la sexualidad a una conducta instintiva. Sin embargo, las caricias son comparables al lamer de seres filogenéticamente inferiores. La enfermedad en la piel puede alterar la autoestima, elemento fundamental para una sana sexualidad. Psoriasis, acné, estrías y celulitis, son sólo algunas patologías que pudieran causar alteraciones en el ámbito sexual.³⁴

2.7.9 ALTERACIONES GINECO-OBSTÉTRICAS

La obesidad en la maternidad es uno de los principales factores de riesgo para la aparición de complicaciones, afectando al 55.2% de las gestantes y representando un riesgo obstétrico para la madre y para su hijo, riesgo de macrosomía y obesidad en su vida adulta.

La obesidad también favorece en la gestación la aparición de hipertensión y diabetes gestacional, y otras alteraciones del síndrome metabólico como hiperinsulinemias, alteraciones lipídicas, elevación de los niveles de leptina, factor activador del plasminógeno, entre otros. Estas alteraciones pueden persistir más allá de la gestación incrementando el riesgo cardiovascular en el futuro.

En relación a la sexualidad durante la gestación de las mujeres con Obesidad Mórbida, se podría verse afectada por el evidente aumento de peso que conlleva este proceso, sumado a la no aceptación de ese incremento. Ya que si la obesidad por si sola genera un conflicto de desaprobación corporal, el aumento de

³⁴ Pasquali, P. (2004). Micosis cutáneas profundas. *Dermatología Venezolana*, 42, 35-37.

peso durante el período gestacional, podría aumentar el rechazo del propio cuerpo y propiciar situaciones de aislamiento y un claro deterioro de la sexualidad, generando incomodidad en la actividad sexual.³⁵

También el riesgo es mayor al finalizar la gestación mediante cesárea, con mayor incidencia de complicaciones en la anestesia y en el post-operatorio. Los hijos de mujeres obesas presentan puntuaciones de Apgar más bajas, macrostomia, defectos del tubo neural e incremento de la mortalidad.

2.8 SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN CHILE Y OBESIDAD

El aumento evidente de la prevalencia de la obesidad tanto en Chile, como en muchos países del mundo, hace que la Organización Mundial de la Salud (OMS) proponga una estrategia global sobre régimen alimentario y actividad física desde el año 2004, instando a los estados y países miembros de la Organización a su implementación. El desafío para los gobiernos es conseguir el cambio conductual de la sociedad y de los individuos, que permita disminuir la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles.

Para ello ha determinado distintos ámbitos: Sanitario, Escolar, Deportes, Sociedad Civil, Comunitario y Familiar, Académico y Sociedades Científicas, Empresarial y Comunicaciones. El objetivo es que los actores de los ámbitos público y privado efectúen acuerdos y compromisos voluntario, recomendaciones, autorregulaciones, regulaciones y alianzas. Se busca que las instituciones del Estado, el sector privado, el parlamento y otros, trabajen conjuntamente para fomentar políticas, legislaciones y programas destinados a mejorar los hábitos alimentarios y aumentar la actividad física en la población, tomando en

³⁵ Forga, L. (2002). Complicaciones de la obesidad. *Anales Sis*, 25, 118-119

consideración los determinantes sociales y culturales, de manera que integren los principios de sostenibilidad, participación social y equidad.

A nivel de la atención primaria de salud, se realiza el Examen de Medicina Preventiva (EMPA) desde el año 2007, este se implementa con la finalidad de realizar una detección de enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo como son: el sobrepeso y la obesidad, tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemias; y consumo problema de alcohol. También se pesquisa la prevención en Enfermedades infecciosas como son: la sífilis y la tuberculosis, entre otras.³⁶

En el caso del Programa de la Mujer del Ministerio de Salud, se busca prevenir dos tipos de cánceres en la mujer: el cáncer cervicouterino y de mama.

2.9 POLITICAS PÚBLICAS EN LA SALUD CONTRA LA OBESIDAD

Las políticas públicas son un factor común de la política y de las decisiones del gobierno y de la oposición.

En los últimos 10 años el Ministerio de Salud ha desarrollado diferentes intervenciones orientadas a prevenir y controlar la epidemia de obesidad en el país. En 1998 se define la *Promoción de la Salud* como “una de las respuestas a las demandas planteadas por el nuevo perfil epidemiológico y social del país”³⁷. Se puso en marcha en forma participativa un Plan Nacional, mediante un modelo de gestión descentralizado e intersectorial, basado en la participación social y en el fortalecimiento de los gobiernos regionales y locales. Los objetivos de este plan han sido:

³⁶ Ministerio de salud. (2008). Guía Clínica: examen de medicina preventiva. Chile: MINSAL.

³⁷ Cumbre de Nutrición y Salud. (2008). “El rol de la sociedad Chilena en la prevención de la obesidad y otras enfermedades crónicas relacionadas con la dieta y la actividad física”. Chile: Ministerio de Salud.

1. Detener la explosión de los factores de riesgo.
2. Desarrollar factores protectores de la salud de carácter psicosocial y ambiental.
3. Fortalecer los procesos de participación ciudadana.
4. Consolidar las redes sociales.
5. Reforzar el papel regulador del Estado sobre los condicionantes de la salud.
6. Aportar a una nueva política pública de salud y calidad de vida.

Se crea el Consejo Nacional para la Promoción de la Salud, VIDA CHILE (2009), instancia de coordinación política superior de carácter intersectorial que cuenta con la participación de instituciones y organismos de representación nacional, presidido por el Ministro de Salud.

Algunos de los logros de este período son las modificaciones al Reglamento Sanitario de los Alimentos, el etiquetado nutricional obligatorio para todos los alimentos envasados, y la adecuación de los tradicionales Programas Alimentarios del Ministerio de Salud y Educación.

Actualmente, existen normativas de evaluación nutricional, y las guías de alimentación y de vida sana.

2.9.1 ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN NUTRICIONAL A TRAVÉS DEL CICLO VITAL

Desde el año 2004, se está implementando una “Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital para la *Prevención de la Malnutrición por Exceso*”, la que está dirigida en una primera etapa a la población de embarazadas y niños(as) menores de 6 años bajo control en el sistema estatal. Incorpora los conceptos de anticipación al daño y de focalización a través de la detección precoz de la población

con factores de riesgo, incorporando nuevos controles de salud, promoviendo la recuperación del estado nutricional pregestacional al sexto mes post-parto y consejería nutricional en períodos críticos. Se incorpora también la Consejería en Vida Sana, en todos los controles habituales de la mujer, hombre y del niño(a).

2.9.2 ESTRATEGIA GLOBAL CONTRA LA OBESIDAD EN CHILE (EGO-CHILE)

A partir del año 2006 se está implementando una estrategia amplia a nivel nacional, que sirve de plataforma para impulsar todas las iniciativas que contribuyan a la promoción de un estilo de vida saludable.³⁸ La estrategia EGO-CHILE tiene como meta fundamental convocar a toda la sociedad para incorporar los estilos de vida saludable en el desarrollo del país con el objetivo de disminuir la prevalencia de la obesidad y otras enfermedades crónicas. La aplicación de este proyecto se está normalizando mediante iniciativas sociales y políticas, acuerdos voluntarios, medidas de regulación, nuevas normativas y leyes entre otros. Aunque tiene muchos elementos comunes con las estrategias utilizadas hasta ahora en promoción de la salud se pretende sumar una mayor cantidad de actores, del sistema público y privado, a esta iniciativa.

2.10 ROL DEL PROFESIONAL MATRONA-MATRÓN

Debido a la problemática de Malnutrición que afecta incluso a países en vías del desarrollo como el nuestro, surge la necesidad de establecer normas que permitan mejorar el nivel de la salud y de controlar a la población mediante exámenes cuya finalidad es la prevención de enfermedades crónicas que aumentan el gasto en salud. Estas políticas están dirigidas especialmente a

³⁸ Abello, N. (2007). *Estrategia global contra la obesidad (EGO-CHILE): Una oportunidad para el desarrollo de transectorialidad a favor de la calidad de la vida*. Chile: Universidad de Chile

combatir la obesidad y es así como está establecido en el documento los Objetivos Sanitarios para la Década 2011-2020.

Este documento da a conocer el examen de medicina preventiva el que se debe realizarse en el contexto de un control o consulta por un profesional de la salud pública, integrante del equipo de salud, debidamente capacitado e incluye un conjunto de acciones tales como: anamnesis, examen físico, cuestionarios, mediciones, exámenes de laboratorio, consejería, indicaciones y/o derivación, según corresponda a la intervención preventiva.

Es así como el rol del profesional matrona- matrón viene es fundamental en el desarrollo de este examen, ya que es responsable y está capacitada o capacitado para realizarlo a la gestante y también a personas desde los 15 años y más.

En cuanto a la sexualidad, como se ha planteado anteriormente, la obesidad produce rechazo del propio cuerpo, propicia situaciones de aislamiento y genera deterioro en la intimidad conyugal.

El aumento excesivo de peso durante la gestación, sin recuperar el peso pregestacional, contribuye a la alta prevalencia de obesidad observada en las mujeres en nuestro país, lo que a su vez se asocia a un mayor riesgo de diabetes, hipertensión y otras enfermedades crónicas.

En las Personas de 15 años y más, la importancia radica en que la obesidad tiene como riesgo desencadenar otras enfermedades crónicas no transmisibles del adulto desde la adolescencia, tales como: diabetes tipo 2, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares, entre otras.

La intervención del profesional Matrona- Matrón se reconoce en 4 de los principales controles realizados en atención primaria: consejería preconcepcional, control prenatal, control ginecológico y control de regulación de la fecundidad.

Con respecto al control prenatal la intervención del profesional Matrona-Matrón radica en categorizar a las gestantes con sobrepeso y obesidad al momento del ingreso a control prenatal, para así realizar consejería nutricional, en conjunto con el profesional nutricionista, durante la gestación y promover la recuperación del peso pregestacional a los 6 meses post-parto, además de la promoción de estilos de vida saludable, que contenga los hábitos alimenticios y la realización de actividad física³⁹.

En cuanto a las personas de 15 años y mas, el profesional Matrona-Matrón debe identificar a las personas que presentan obesidad con el propósito de intervenir y lograr una baja de peso significativa y reducir los riesgos de hipertensión arterial, dislipidemia, hiperglicemia, artrosis y trastornos psicológicos entre otros, además de realizar consejerías sobre alimentación saludable e incremento de actividad física y en caso de pesquisar sobrepeso u obesidad derivar oportunamente a nutricionista. Estas actividades serán llevadas a cabo, tanto en el control ginecológico, control preconcepcional y también en el control de regulación de la fecundidad, con énfasis en la educación de la población.

³⁹ República de Chile, Ministerio de salud, Dpto. Asesoría Jurídica. (2006) *Regulación examen de medicina Preventiva*. Chile: Diario Oficial.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1 GENERAL

- Describir las vivencias en la sexualidad de las personas con diagnóstico de Obesidad Mórbida, pertenecientes a Centros de Salud Familiar de la Quinta Región de Valparaíso, durante los meses noviembre y diciembre del año 2010, y de enero a marzo del año 2011.

3.1.2 ESPECÍFICOS

3.1.2.1 Identificar el perfil de los pacientes con Obesidad Mórbida atendidos en el Sistema Público de Salud.

3.1.2.2 Determinar la percepción de situaciones de discriminación en las personas con diagnóstico de Obesidad Mórbida.

3.1.2.3 Categorizar las principales redes de apoyo primarias, secundarias e institucionales y su influencia en los pacientes con Obesidad Mórbida.

3.1.2.4 Precisar las acciones efectuadas por el profesional Matrona, Matrón en la atención de pacientes que presentan obesidad.

3.1.2.5 Identificar y diferenciar las características de las relaciones sexuales en mujeres y hombres con Obesidad Mórbida.

3.1.2.6 Analizar la percepción de la influencia de la Obesidad Mórbida en la sexualidad de hombres y mujeres.

3.2. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

3.2.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Estudio cualitativo de tipo descriptivo, se pretende comprender un aspecto la obesidad, considerando la corriente de la fenomenología.

La fenomenología se ocupa de la conciencia, en todas las formas de vivencias, actos y correlatos de los mismos, es una ciencia de esencias, por lo que sólo pretende llegar a conocimientos esenciales y no fijar, en absoluto, hechos.

En este caso se pretende analizar en profundidad las vivencias de las personas con Obesidad Mórbida, mediante la utilización de la técnica entrevista en profundidad semiestructurada, permitiendo la expresión libre y subjetiva de los participantes del estudio.

3.2.2 SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

3.2.2.1 MAPEO

- Hombres y mujeres con diagnóstico Obesidad Mórbida atendidos a Centros de Salud Familiar de las ciudades de Valparaíso, Viña del Mar, Quilpué y Villa Alemana, durante los meses noviembre y diciembre del año 2010, y enero a marzo del año 2011.

3.2.2.2 MUESTREO

- a) Hombres y mujeres con diagnóstico Obesidad Mórbida atendidos a Centros de Salud Familiar, entre los 18 y 59 años de edad, de las ciudades de Valparaíso, Viña del Mar, Quilpué y Villa Alemana, durante los meses noviembre y diciembre del año 2010, y de enero a marzo del año 2011.
- b) Personas que tengan la voluntad y tiempo de responder a la entrevista.
- c) Personas que cumplan los criterios de inclusión.

3.2.2.3 TIPO DE MUESTREO

El tipo de muestreo utilizado corresponde al muestreo por conveniencia debido a que se requiere obtener información con optimización del tiempo. Además se ha establecido el lugar en concreto donde se seleccionarán a las personas para el estudio, lo que permite investigar a hombres y mujeres que reúnen las características que son necesarias para participar en la investigación.

También se utilizará el muestreo en cadena o “Bola de nieve”. Al encontrar un caso perteneciente al grupo, sujeto de investigación, éste llevará al siguiente o al próximo y así sucesivamente.

3.3 METODOLOGÍA DE LA ENTREVISTA

3.3.1 TÉCNICA DE LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

El instrumento utilizado para recoger la información del estudio fue la entrevista en profundidad, ya que permite la introducción en los temas abordados por la misma, a través de la narración de las experiencias vividas por los participantes.

La Entrevista en profundidad es de tipo individual y semiestructurada. Se pretende lograr un grado importante de confianza con el entrevistado para lograr datos que enmarquen su realidad y que no se vean reprimidos por la incomodidad de confidenciar sus experiencias a un extraño, ya que, mediante la entrevista se pretende conocer la opinión que tienen las personas sobre su propia situación en base a sus vivencias.⁴⁰

3.3.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujer y Hombre con Obesidad Mórbida de 18 a 59 años
- Residencia en la V Región.
- Sin Tratamiento Quirúrgico previo para tratamiento de la obesidad.
- Que Acepte Participar Voluntariamente en el estudio.

⁴⁰ Ver Anexo I : “ Guía de Entrevista”.

3.3.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personas con diagnóstico Actual de Algún Trastorno Psiquiátrico.
- Personas con Discapacidad Física y Mental que impida el ejercicio de la Sexualidad de la persona.
- Persona con Problemas de Comunicación como afasia, que impidan el levantamiento de la información.

3.4 CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO

3.4.1 ESTRUCTURA

El instrumento que se ha elegido a utilizar fue la Entrevista personal semiestructurada⁴¹. Esta se construye durante el mes de septiembre del año 2011, por las estudiantes participantes en la tesis y en colaboración con la docente guía.

Consta de preguntas adherentes a la tesis. La primera parte corresponde a datos de información general del entrevistado, tales como: sexo, edad, peso, talla, IMC, años de estudio, ocupación, estado civil, con/sin pareja actual, patología asociada y años de Obesidad Mórbida.

La segunda parte de la entrevista corresponde a las preguntas seleccionadas para los partícipes de la muestra, cuyo orden guarda relación con los objetivos de la tesis.

⁴¹ Anexo I: Guía de la entrevista personal semiestructurada.

La selección de preguntas se dividen en 5 ítems, estos son: discriminación, redes de apoyo, rol del profesional matrona-matrón, relaciones sexuales y sexualidad.

El primer ítem, discriminación, contiene 3 preguntas. El segundo ítem, redes de apoyo, se divide en 3 subítems: red primaria, red secundaria y red institucional, del cual el primero tiene 5 preguntas, el segundo tiene 10 preguntas y el tercero tiene 6 preguntas.

Posteriormente, continúa el ítem 3, rol del profesional matrona-matrón, que posee 7 preguntas. Sucesivamente el ítem 4 correspondiente a las relaciones sexuales que posee 10 preguntas y finalmente el ítem 5, sexualidad, que tiene 5 preguntas.

3.4.2 APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

Luego de confeccionar la entrevista en profundidad semiestructurada, se lleva a cabo la aplicación del instrumento.

El instrumento es diseñado para que los entrevistados, hombres y mujeres con diagnóstico de Obesidad Mórbida, respondan en un plazo estimado de 30 minutos a 1 hora.

El lugar establecido para la entrevista es el domicilio particular del individuo, consensuada previamente por vía telefónica. Será dirigida por las tesisistas involucradas, cuyo modo elegido para adquirir la información es de una estudiante por entrevistado.

El contacto con los entrevistados se obtiene de las fichas clínicas pertenecientes a los CESFAM: Quebrada Verde, Quilpué, Juan Carlos Baeza y Miraflores de la Región de Valparaíso, en los cuales, 4 de las entrevistadoras se

encontraban realizando su práctica profesional. El resto fueron contactos de algunos de los consultados.

Las fichas clínicas correspondían a usuarios partícipes del “Programa de pacientes crónicos”, conocido actualmente como el “Programa Cardiovascular”, pertenecientes a los CESFAM antes mencionados. A partir de la obtención de la información, se extrajo el índice de masa corporal de los pacientes, anotando la dirección y el teléfono para un posterior contacto telefónico.

Al establecer contacto telefónico con el posible participante, se les explica el lugar y el motivo de la llamada, solicitándoseles el acceso a una entrevista para una investigación de tesis con respecto a las vivencias de la sexualidad en las personas con Obesidad Mórbida. Al término de la explicación, se les pregunta la posibilidad de realizar la entrevista y cuando la respuesta era afirmativa se confirmaba el día, lugar y hora del encuentro. Cabe mencionar, que la muestra de entrevistados era reducida, por lo cual 6 de las personas entrevistadas fueron contactadas por vía telefónica.

El entrevistado n°1, tiene su residencia en Quilpué, así que la entrevista se realizó en su domicilio, fue contactado por llamado telefónico y la entrevista tuvo un tiempo de duración de 1 hora y 30 min. Ésta fue grabada y transcrita por la entrevistadora que realizaba su práctica en el CESFAM de Quilpué.

El entrevistado n°2, fue contactado por teléfono. La entrevista fue realizada en el CESFAM Juan Carlos Baeza, localidad de Villa Alemana. La conversación fue grabada y transcrita posteriormente por la entrevistadora. Tuvo una duración aproximada de 1 hora.

El entrevistado n°3, pertenecía al CESFAM Quebrada Verde. La entrevista se realiza en su domicilio, en Valparaíso, tuvo una duración de 1 hora aproximadamente y se contactó vía telefónica. Fue grabada y transcrita por su entrevistadora que realizaba su práctica en el lugar ya mencionado.

El entrevistado n°4, fue contactado a partir de uno de los entrevistados, teniendo su residencia en Villa Alemana. Se realiza la entrevista en su domicilio, en un tiempo de 45 minutos, que fue grabada y transcrita posteriormente.

El entrevistado n°5 fue contactado mediante una llamada telefónica realizada por la entrevistadora que realizaba su práctica en el CESFAM Juan Carlos Baeza, la entrevista se realizó en su domicilio en Quilpué, tuvo una duración de 1 hora, fue grabada y consecutivamente transcrita.

El entrevistado n°6, fue contactado vía telefónica por una de las estudiantes que realizaba su práctica en el CESFAM Quebrada Verde, por lo cual su domicilio se localiza en Valparaíso. La entrevista tuvo una duración aproximada de 1 hora. Este entrevistado, aportó información con respecto a una persona con Obesidad Mórbida que era vecina, así que posterior a su entrevista la tesista se dirigió hacia el domicilio de esta persona la cual accedió a la entrevista el mismo día.

El entrevistado n°7, accede a la entrevista por referencias de su vecina. Éste tiene residencia en la ciudad de Valparaíso y también pertenece al CESFAM Quebrada Verde. La entrevista tiene una duración aproximada de 1 hora y 30 min. Y fue grabada y transcrita posteriormente por la entrevistadora.

El entrevistado n°8, que tenía residencia en Miraflores, era conocido por uno de los entrevistados. Pertenecía al CESFAM miraflores, sin embargo hace 7 años que no acudía a los controles. Aceptó la entrevista en su casa particular, previa llamada telefónica, teniendo una duración de una hora y 30 min. Subsiguientemente, fue grabada y transcrita por la entrevistadora.

Al finalizar las entrevistas se recopila la información y se procede a la construcción del análisis, de las categorizaciones y conclusiones por parte de las estudiantes de la tesis.

3.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Fue una limitante para la investigación el que las personas con Obesidad Mórbida entrevistadas, dialogaran muy poco sobre su sexualidad. Siendo ésta, el objetivo principal de este instrumento y de la investigación propiamente tal.

Al momento de abordar el tema, las respuestas de los individuos eran muy dicotómicas, estableciendo un límite de incomodidad entre entrevistado e entrevistadora y por lo tanto, no permitiendo la doble interrogatoria a la pregunta, ni tampoco una mejor indagación en este contexto.

También fue una limitación para el estudio, el factor ambiental en la que se lleva a cabo entrevista, ya que si bien se estableció en un principio con el entrevistado la confidencialidad de la entrevista, salvo en 2 personas, no se logró establecer un ambiente idóneo para la conversación.

Otra limitación para realizar el estudio, fue la dificultad en el acceso a las personas con Obesidad Mórbida pertenecientes a diferentes centros de salud, ya que en estas instituciones no existe un registro directo de las personas con esta patología. Solo es posible acceder a ellos a través de las fichas de pacientes crónicos, donde se mantiene un registro del IMC cada vez que acuden a control. Además, Valparaíso no cuenta con agrupaciones públicas de personas con este tipo de morbilidad, como el caso del Movimiento de Obesos Mórbidos de la región Metropolitana, lo que hubiera facilitado de mejor manera el acceso a estas personas. Aunque existen programas para el tratamiento de la obesidad, estos son ofrecidos por diferentes clínicas en Chile, es decir, son de tipo privado. Por lo tanto existe confidencialidad en el acceso a la información de los pacientes.

3.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

En este estudio participaron personas de manera voluntaria, a quienes se les realizó la lectura del Consentimiento Informado⁴². Además se les informó que al momento de incluir los datos obtenidos en la investigación, sería de manera anónima, y se les brindaría toda la información necesaria sobre la investigación, dejando espacio para aclarar sus dudas.

⁴² Ver Anexo II "Consentimiento Informado".

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

4.1 ANÁLISIS DEL ESTUDIO

4.1.1 TIPO DE ANÁLISIS

El análisis realizado es de tipo interpretativo, se describe y codifica el fenómeno estudiado, orientado a determinar el significado que le dan las personas entrevistadas respecto a su percepción de la realidad, es este caso, la percepción de la sexualidad con respecto a su condición de obeso mórbido.

4.2 CATEGORIZACIÓN DEL ANÁLISIS

El primer paso para realizar los análisis corresponde a realizar la categorización del estudio.

Se realizaron entrevistas de forma presencial a las personas de la muestra. Estas fueron guardadas mediante un grabador de voz y posteriormente transcritas a papel.

Cuando se obtuvo el total de las entrevistas transcritas, se separaron las respuestas de cada participante, según la pregunta realizada. Estas preguntas equivalían a un objetivo específico de la tesis.

Los ítems de cada pregunta en concordancia a los objetivos específicos, son los siguientes:

- El objetivo 1:” Identificar el perfil de los pacientes con Obesidad Mórbida atendidos en el Sistema Público de Salud”, fue tabulado mediante una tabla resumen con los datos personales recibidos.

- El objetivo 2: “Determinar la percepción de situaciones de discriminación en las personas con diagnóstico de Obesidad Mórbida”, corresponde al ítem 1 de la entrevista, teniendo 3 preguntas.
- El objetivo 3: “Categorizar las principales redes de apoyo primarias, secundarias e institucionales y su influencia en los pacientes con Obesidad Mórbida”, corresponde al ítem 2, redes de apoyo, este se divide en 3 subítems:
 - Red primaria: contiene 5 preguntas.
 - red secundaria: contiene 9 preguntas.
 - red institucional: contiene 5 preguntas.
- El objetivo 4 “Precisar las acciones efectuadas por el profesional Matrona-Matrn en la atención de pacientes que presentan obesidad, corresponde al ítem 3 de las entrevistas, teniendo 7 preguntas.
- El objetivo 5 “Identificar y diferenciar las características de las relaciones sexuales en mujeres y hombres con Obesidad Mórbida, corresponde al ítem 4 de las entrevistas, teniendo 10 preguntas.
- El objetivo 7 “Analizar la percepción de la influencia de la Obesidad Mórbida en la sexualidad de hombres y mujeres.”, corresponde al ítem 5 de las entrevistas y contiene 5 pregunta

Las categorías fueron determinadas de acuerdo a la semejanza o diferencia de las respuestas. Luego, estas se dividieron en subcategorías que señalan de manera más específica la determinación de estas.

4.3 CATEGORIZACIÓN

La transcripción realizada por las investigadoras fue codificada encontrándose lo siguiente⁴³.

3.1.2.1 Identificar el perfil de los pacientes con Obesidad Mórbida atendidos en el Sistema Público de Salud.	
Lugar de entrevista	<ul style="list-style-type: none">▪ Domicilio: 7▪ Cesfam :1
Ciudad de los entrevistados	<ul style="list-style-type: none">▪ Valparaíso: 3▪ Viña del mar: 1▪ Villa alemana: 2▪ Quilpué: 2
Cesfam	<ul style="list-style-type: none">▪ Quebrada verde: 3▪ Juan Carlos Baeza: 3▪ Quilpué:1▪ Miraflores:1
Sexo	<ul style="list-style-type: none">▪ Femenino: 5▪ Masculino: 3
Edad de los participantes.	<ul style="list-style-type: none">▪ La edad varía entre los 22 años y los 59 años.
Peso de los participantes	<ul style="list-style-type: none">▪ El peso varía entre los 93 kgs. Y 140 kgs.
Talla de los participante	<ul style="list-style-type: none">▪ La talla en centímetros varía desde 151 cms. a 182 cms.

⁴³ Ver Anexo III "Transcripción de las Entrevistas".

IMC	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El IMC varía desde 40.3 a 49.
Años de estudio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Educación superior:4 ▪ Educación media:1 ▪ Educación básica: 3
Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudiante:2 ▪ Dueña de casa:2 ▪ Auxiliar de aseo:1 ▪ Cesante :1 ▪ Vendedora:1 ▪ Administrativo:1
Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Solteros:2 ▪ Casados:6
Con pareja actual	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si:5 ▪ No:3
Patología asociada a la obesidad Mórbita (más de una en algunos participantes)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SOP:1 ▪ HTA: 6 ▪ Hernia Umbilical:1 ▪ Hipotiroidismo:1 ▪ Miomatosis uterina:1 ▪ Insulino resistencia:1 ▪ Diabetes:2 ▪ Ninguna:1
Años con Obesidad Mórbita	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Varía desde hace 3 años hasta los 30 años.

3.1.2.2. Determinar la percepción de situaciones de discriminación en las personas con diagnóstico de Obesidad Mórbida.

Pregunta 1	¿Se ha sentido discriminado por su obesidad?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “...No me puedo quejar de discriminación...no siento que me discriminen por mi apariencia”. (E1-P1) • “Me decían eeh que mira como se viste, no me decían directamente sino que por detrás ya? ... Una madrina mía eeh le dijo sin querer yo creo le dijo que los gordos andaban hediondos, hediondos a transpiración cosas así poh...” (E2-P1) • “Si, en algunos trabajos que me han hecho bajar de peso y he tenido que retirarme o si no no me van a dejar por ser gordo”. (E3-P1) • “No afortunadamente jamás lo he sentido...” (E4-P1) • “Sobre todo cuando uno va en la micro la gente se cambia de asiento cuando le toca con uno y a veces me dan el asiento pensando que estoy embarazada. Con mi primer esposo yo tuve maltrato, me decía cosas feas como me conoció delgada”. (E5-P1) • “Si, En toda situación...” (E6-P1) • “...No, Yo no me meto mucho con la gente de aquí”. (E7-P1) • “Yo creo que en algunos aspectos...” (E8-P1) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Discriminación Explícita	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apariencia física ▪ Trabajo ▪ Familia ▪ Vecinos
	Sin Percepción de Ser Discriminado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Locomoción colectiva ▪ Colegio ▪ Perjuicios

Pregunta 2	¿Cuál fue su reacción a la situación de discriminación?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “...Me Sorprendí, después me dio rabia, muchas ganas de decirles unas cuantas cosas...” (E1-P2) • “...Uno se siente mal pero después dice ahh (gesto de que no le importa) uno no conoce a la gente como es, uno ve el cascaron como se dice y no ve los sentimientos que tiene uno”. (E2-P2) • “...Los mande bien lejos, jajaja”. (E3-P2) • “...Se me ocurre muchas cosas con mi tamaño podría despedazarlos si yo quisiera ajajaja. Pegarles Po, tengo el tamaño y la agresividad para hacerlo”. (E4-P2) • “Mmm me molesto pero trato de no hacer caso”. (E5-P2) • “Da rabia, pero después se pasa y trato de no tomarlo en cuenta”. (E6-P2) • (No ha sufrido discriminación). (E7-P2) • “...Mi reacción fue de pena por juzgarme antes de conocerme ya que me decía porque yo soy así y ellos no si por dentro soy igual que todos”. (E8-P2) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Emociones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rabia ▪ Tristeza ▪ Enojo ▪ Asombro ▪ Indiferencia ▪ Agresividad

Pregunta 3	¿De qué manera influyó en la construcción de su imagen, autoestima y forma de relacionarse con los demás?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “En nada, es que soy súper segura de mi misma...” (E1-P3) • “...Uno no se puede vestir, no se encuentra ropa siempre ando con pantalones en ese aspecto mal po...no, ahora estoy en la casa no más uno tiene amigos por internet no mas po pero nada más”. (E2-P3) • “Que no me complica ser gordo...” (E3-P3) • (Mueca). (E4-P3) • “Mira es que llevo harto tiempo con el autoestima baja...” (E5-P3) • “Me pongo más negativa de lo que soy”. (E6-P3) • (No ha experimentado discriminación y no conversa mucho con la gente). (E7-P3) • “Nunca influyo mucho en mi autoestima ya que siempre he sabido que soy así y tengo una aceptación de soy gordito increíble y no me cuesta relacionarme mucho con la gente...” (E8-P3) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	<p>Imagen</p> <p>Autoestima</p> <p>Relaciones interpersonales</p> <p>No influye</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vestimenta ▪ Desaprobación ▪ Seguridad ▪ Disminuida ▪ Escasa ▪ Dificultosa ▪ Accesibles

Pregunta 2	¿Qué personas de su familia le ofrecen apoyo?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “..Mis papás y mi abuela materna...” (E1-P5) • “...Mi pareja o sea mi esposo, mis niñas...” (E2-P5) • “Mi Esposa, hermano e hija”. (E3-P5) • “...Mis tías”. (E4-P5) • “Mi mamá... como apoyo psicológico cuento con la ayuda de mi hijo menor de 18 años”. (E5-P5) • “Eee mi ex pareja...y mis hijos...” (E6-P5) • “...Mi cuñada la Isabel y mi suegra”. (E7-P5) • “Toda mi familia...” (E8-P5) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	<p>Núcleo familiar</p> <p>Familia Extensa</p> <p>Familia política</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esposo(a) ▪ Hijos ▪ Padres ▪ Tías ▪ Abuela ▪ Hermanos ▪ Mamá ▪ Cuñada ▪ Suegra

Pregunta 3	¿Se ha encontrado deprimido (a)?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “...Si he estado muy triste, pero no deprimida. En esos casos me demoro mucho en hablar con alguien...” (E1-P6) • “Si muchas veces, lloro me siento con ansias por ejemplo antes que le llegue la regla uno se siente con ganas de comer uno se come un pastelito un chocolate...” (E2-P6) • “Si algunas veces, me pongo ansioso como chocolate. o me encierro en el baño a fumar”. (E3-P6) • “uy Varias veces, pero siempre está mi madre o algún amigo que me apoya...” (E4-P6) • “Si, casi siempre me siento deprimida”. (E5-P6) • “Si, Constantemente”. (E6-P6) • “De repente me pongo deprimida así, es que a veces cuando no ha venido mi nieto...” (E7-P6) • “Si, En realidad cuando me encuentro deprimido por mi peso recurro a mi esposa...” (E8-P6) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	<p>Deprimido</p> <p>Ansiedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Permanente ▪ Transitorio ▪ Fumar

Pregunta 4	¿Cuándo está deprimido cómo le ayudan las personas con sus problemas?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “...Conversan mucho conmigo, me orientan... de pronto a mis amigas sobretodo les da por sacarme a dar vueltas por ahí. Cualquier cosa que me calme y me distraiga”. (E1-P7) • “...No, no porque no tengo nadie...” (E2-P7) • “Conversando conmigo”. (E3-P7) • “...Cuando chico me caía y me compraban muchas golosinas para que me calmara, ya de grande eran otras cosas como juegos de videos, tetrix y esas cosas de niños”. (E4-P7) • “No cuento con el apoyo de nadie”. (E5-P7) • “Mis hijos me ayudan estando conmigo, y diciéndome que siga adelante como hasta ahora”. (E6-P7) • “Por ser yo a veces le digo chabela veeme cuando me toca control ya ella me pide un favor”. (E7-P7) • “Dándome ánimos y consejos como deja de comer y que no me compre cosas a escondidas que eso solo me perjudica a mí”. (E8-P7) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Ayuda material Ayuda no material Sin ayuda No pide ayuda	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regalos ▪ Conversando ▪ Asistencia ▪ Consejo ▪ Distracción

Pregunta 5	¿Tiene o ha tenido pareja? ¿Se siente apoyado por su pareja?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “...Es bueno saber de gente que te quiere de verdad.” (E1-P8) • “Si, ¿en cuanto al tratamiento?...si me dijo hazlo hazlo... pero trata de no comer...” (E2-P8) • “Si, absolutamente”. (E3-P8) • “...Sí, he tenido suerte en ese sentido... debo reconocer Patricia que me cuesta hablar un poco de esto”. (E4-P8) • “Bueno ahora estoy sin pareja... no cuento con el apoyo de nadie”. (E5-P8) • “Si, si nuestros problemas fueron de otra clase”. (E6-P8) • “Por ser mi marido... me apoya hartoo... mi hijo también, y al igual que cuando ando con dolor de rodillas, anda al hospital y le digo yo pa que si me te van a dar puras pastillas pa que po sipo y aburren las pastillas...” (E7-P8) • “Si siempre que la necesito esta para mí para ayudarme y darme consejos”. (E8-P8) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Forma de apoyo de Pareja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dieta ▪ Enfermedad ▪ Pareja ausente ▪ Cariño

Pregunta 6	Red secundaria: ¿Tiene trabajo u ocupación actualmente?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “Estudio, dentro del área de la salud...” (E1-P9) • “Ahora estoy de dueña de casa...” (E2-P9) • “Si, haciendo aseo”. (E3-P9) • “Actualmente me desempeño como instructor de la banda de guerra en un colegio y bueno también estudio Automotriz en el Duoc”. (E4-P9) • “Ahora estoy sin trabajo pero estoy haciendo cosas de navidad para vender”. (E5-P9) • “Vendo dulces, en la marina mercante, tengo un carrito”. (E6-P9) • “Dueña de Casa nomas, A veces vendo pescado, a veces me da flojera...” (E7-P9) • “Si trabajo en colloky...” (E8-P9) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudiante ▪ Dueña de casa ▪ Auxiliar de aseo ▪ Vendedor ▪ Instructor de Banda ▪ Cesante ▪ Administrativo

Pregunta 7	¿Ud. Pertenece a algún tipo de grupo comunitario o social?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “...He participado toda mi vida en la iglesia, soy católica...” (E1-P11) • “No”. (E2-P11) • “Con amigos, que como voy siempre hicimos un grupo y cómo voy siempre, ahí nos contactamos por Facebook, y ahí decimos a la cancha y todos a la cancha”. (E3-P11) • “No, no pertenezco a ninguno...” (E4-P11) • “Estas 2 últimas semanas no he ido pero voy a este grupo religioso y algo esotérico donde se habla de relajación, se dan conferencias como los rituales de misa...si dan apoyo pero uno no va allá a contar sus problemas porque te dan otro punto de vista, te enseñan a que uno mismo tiene que encontrar las herramientas para ayudarse”. (E5-P11) • “No, a la iglesia no más”. (E6-P11) • “No antes iba a donde las abuelitas, pero ahora no puedo como estoy estudiando, a la iglesia voy todos los domingos”. (E7-P11) • “No pertenezco a ningún grupo comunitario solo a mi grupo de amigos”. (E8-P11) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Grupo social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Iglesia ▪ Club deportivo ▪ Facebook ▪ Secta
	Sin Grupo	

Pregunta 8	¿Siente que le han negado algún trabajo debido a su Obesidad?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “No, ninguno que yo haya querido...” (E1-P10) • “No porque antes en ambrosoli no era gorda gorda ¿ya?...” (E2-P10) • “De guardia me hicieron bajar de peso”. (E3-P10) • “Mmm No he postulado a muchos que digamos, pero al menos no lo he sentido así”. (E4-P10) • “Igual he ido a 2 trabajos y no he quedado, pero no se si será por eso, pero quiero pensar que no”. (E5-P10) • “No es que nunca he pedido trabajo, he trabajado así siempre independiente”. (E6-P10) • “No, trabajo de forma independiente”. (E7-P10) • “No nunca me ha pasado eso de que no me dejen trabajando por ser gordito”. (E8-P10) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Negación de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presente ▪ Ausente
	Trabajo autónomo	

Pregunta 9	¿Cómo se siente en ese grupo?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “Obvio que me siento cómoda... no son prejuiciosos y aceptan a las personas como son...” (E1-P12) • (No pertenece a ningún grupo). (E2-P12) • “Me siento bien con mis amigos”. (E3-P12) • (No señala nada, simplemente hace el gesto de pasar de pregunta). (E4-P12) • “Si me siento acogida ahí porque no se fijan si soy gorda ni nada, me siento aceptada”. (E5-P12) • “Si es que soy de esas que dentro y después al tiro sale”. (E6-P12) • “Si, si no voy pareciera que algo me falta a mi algo me falta yo le digo a mi marido si no voy a la iglesia el día domingo y algo me falta...” (E7-P12) • Bien, porque no me miran con otros ojos por ser mas gordito. (E8-P12) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Integración al grupo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cómodo/a ▪ Acogido ▪ Dependencia

Pregunta 10	¿Le gustaría pertenecer a un grupo o uno distinto al suyo? ¿Por qué?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “No, la verdad es que no necesito pertenecer a un grupo...de todas formas siempre estoy participando en eventos de ayuda social...” (E1-P13) • “De repente si poh para salir de la rutina de la casa...” (E2-P13) • “Si, lo he tenido en mente”. (E3-P13) • (hace un gesto levantando los hombros como si no le interesara). (E4-P13) • “En realidad me gustaría tener más amigas...” (E5-P13) • “No”. (E6-P13) • “No, sabe que yo no tengo tiempo nooo”. (E7-P13) • “No, en este grupo de amigos me siento muy a gusto”. (E8-P13) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Motivaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Romper rutina ▪ Entablar amistad ▪ Ayuda Social
	Sin motivaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escaso Tiempo ▪ No quiere

Pregunta 11	¿Tiene amigos?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “Si, muy buenos amigos”. (E1-P14) • “Por internet y la otra que tengo por ahí cerca de la casa pero es más por interés para que les cuide la casa cuando viajan...” (E2-P14) • “Si”. (E3-P14) • “Si pues niña, sino estaría más solo que un perro”. (E4-P14) • “Si una que se fue a Puerto Montt y tengo otra que también está con problemas así que no viene mucho...” (E5-P14) • “Si, una sola”. (E6-P14) • “No yo mi cuñada y mi suegra nomas, yo amigas no tengo aquí”. (E7-P14) • “Si”. (E8-P14) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Lugar inicio amistad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Templo ▪ Universidad ▪ Grupos de voluntariado ▪ Internet ▪ Colegio ▪ Trabajo ▪ Deporte ▪ Pensión ▪ Familiares ▪ Lugar de residencia ▪ Utilitarismo

Pregunta 12	¿Cómo se lleva con ellos?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “Me llevo muy bien con todos...” (E1-P16) • “Bien porque yo soy de mi casa cuatro paredes saludo”. (E2-P16) • “...Como son más delgados son un poco mejor que yo, y empiezan a molestar, entonces yo me molesto, pero nunca me voy a los golpes, ósea pero yo relativamente no los pesco, me da lo mismo”. (E3-P16) • “Como te dije recién muy bien, chévere...” (E4-P16) • “Bien”. (E5-P16) • “Súper bien”. (E6-P16) • “Sii, bien”. (E7-P16) • “Bien, ya que siempre comparto con ellos”. (E8-P16) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Relación amistad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estable ▪ Inestable

Pregunta 13	¿De qué manera le brindan contención cuando los necesita?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “...Contener las penas, los dolores y las frustraciones, para hacer nada, para salir de vacaciones, para compartir la vida.” (E1-P17) • “Si me apoyan hartos los chiquillos, me aconsejan, me dicen sale a caminar, haz gimnasia no pienses tonteras”. (E2-P17) • “Consejo más que nada, puedo conversar tranquilamente con ellos”. (E3-P17) • “...Su buena conversación cuando los necesito, más que nada sus presencias. Y bueno, las comidas de mis tías”. (E4-P17) • “Si, me escuchan cuando tengo problemas”. (E5-P17) • “Si nos damos apoyo mutuamente, porque nos llamamos es que ella igual es gordita entonces nos llamamos yo le digo una cuídate, cuida a tus hijos...” (E6-P17) • “Sí, me ayuda hartos”. (E7-P17) • “Si, Dándome consejos visitándome a mi casa a ver como estoy”. (E8-P17) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Eficiente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contención ▪ Atención ▪ Dialogo ▪ Consejos

Pregunta 14	¿Comparte con su grupo de amigos regularmente?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “Siempre que podemos, con los que tengo cerca, todos los días, y con los que tengo lejos cada vez que podemos, viajamos, nos juntamos, compartimos...” (E1-P18) • “Todos los días porque todos los días chateo...” (E2-P18) • “Con los chiquillos miércoles, jueves, viernes, sábado”. (E3-P18) • “Si, cuesta porque todos tenemos cosas que hacer pero si nos vemos cuando podemos”. (E4-P18) • “Con la que esta acá sí”. (E5-P18) • “Si una vez al mes”. (E6-P18) • “Si, es mi vecina”. (E7-P18) • “Sí, siempre los fin de semana”. (E8-P18) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Convivencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diario ▪ Semanalmente ▪ Mensualmente ▪ Virtualmente ▪ Físicamente

Pregunta 16	¿Qué beneficios ha obtenido en el consultorio para mejorar su calidad de vida?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “No muchos”. (E1-P20) • “Sola uno no puede”. (E2-P20) • “...Tener algo más de optimismo...”. (E3-P20) • (Hace gestos que pase a la otra pregunta, insinuando que no ha ido y no tiene beneficio). (E4-P20) • “Si uno tuviera dinero prefiero sacar un bono particular”. (E5-P20) • “No muchos es que no me gusta ir a la nutricionista”. (E6-P20) • “Indicaciones nomas y el control que le hacen a uno”. (E7-P20) • “Actualmente no he ido al consultorio y no he tratado mi obesidad...” (E8-P20) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Beneficios Emocionales Beneficios Médicos Ninguno	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Animo ▪ Apoyo ▪ Indicaciones

Pregunta 17	¿Cómo fue la atención?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “El tipo fue súper desagradable, yo estaba en plena adolescencia y me dijo que mi problema no tenía arreglo así que mejor me acostumbraba a vivir así...” (E1-P22) • “Buena...siempre ha sido buena...” (E2-P22) • “Buena, mucho mejor que en otros consultorios...” (E3-P22) • (Se ríe y no dice nada, vuelve a hacer el gesto de cambio de pregunta). (E4-P22) • “Ya llevo varios años ya y encuentro que no hay muchos avances...” (E5-P22) • “Si, buena, Porque el enfermero don fredy atiende súper...” (E6-P22) • “No, esta bieeen, si me atienden bien acá arriba...” (E7-P22) • (No asiste a consultorio). (E8-P22) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Percepción de la atención positiva	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Buena ▪ Accesible
	Percepción de la atención negativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desagradable ▪ Sin avances

Pregunta 18	¿Cómo se está tratando su obesidad?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “Ahora sí, una ginecóloga muy buena, ella no sólo me trata con anticonceptivos si no que todo el tema metabólico asociado, además de los anticonceptivos me trata con metformina y un diurético...” (E1-P23) • “Aparte de tratarme la hipertensión (se ríe) si me hacen dieta pero uno es porfiada po, se aburre una semana estoy bien sin pan sin nada... estuve bien pero ya después me aburrí”. (E2-P23) • “No me la estoy tratando”. (E3-P23) • (se ríe y hace el gesto de indiferencia colocando la mano bajo la barbilla). (E4-P23) • “...Estoy con régimen, además con esto de los quiste a los ovarios el doctor me dijo era por la resistencia a la insulina empecé a pensar todas esas cosas... que me iba a morir... así q me empecé a cuidar”. (E5-P23) • “... me he tratado la obesidad sólo por mi cuenta porque siento mucha ansiedad ese es mi problema, yo me he fijado y es mental, parece que la mente te dijera tenía hambre, tenía hambre aunque estis satisfecha...” (E6-P23) • “Eee por ser yoooo, yo misma me puse a régimen yo no le como dulces, no le como chocolate no le como ninguna de esas cosas”. (E7-P23) • “No, no me la estoy tratando”. (E8-P23) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	<p>Con tratamiento</p> <p>Autocuidado</p> <p>Sin tratamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamiento c/ médico ▪ Tratamiento c/ nutricionista ▪ Alimentación ▪ Otro tipo de Tratamiento Alternativo

Pregunta 19	¿Ha mejorado su calidad de vida sexual y en general, desde que comenzó el tratamiento?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “Obvio que sí... porque veo resultados positivos, y retorno de a poco a lo que fui en algún momento”. (E1-P24) • “Me sentía bien cuando hacia gimnasia, pero ahora como ya no puedo hacer porque tengo... hernia umbilical...” (E2-P24) • “Me sentía mal quedaba con hambre”. (E3-P24) • “La verdad que no me interesa tratármela ajaja” (Se ríe y hace el gesto de indiferencia colocando la mano bajo la barbilla) (E4-P24) • (E4-P24) • “He ido a la nutricionista pero la verdad es que no he seguido el tratamiento, me dan una dieta y pasa cualquier problema y vuelvo de nuevo...” (E5-P24) • “Si mucho, es que yo me fijo en la ropa y la ropa me caía baje a talla 42...” (E6-P24) • “Si, sabe yo me siento más liviana más ágil, si y mas que subo y bajo esta escala todo el día, me encuentro más ágil, antes no porque antes me cansaba me dolía la pierna ahora no como estoy más delgada yo me noto que estoy mas delgá por los calzones y los sostenes me están quedando sueltos”. (E7-P24) • (No trata su obesidad). (E8-P24) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Tipo mejoría	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminución de peso ▪ Agilidad ▪ Sin mejoría ▪ Bulimia

3.1.2.4. Precisar las acciones efectuadas por el profesional Matrona, Matrn en la atencin de pacientes que presentan obesidad.		
Pregunta 1	¿Usted visita a la matrona o acompaia a su pareja a las visitas con esta?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “Si, visito a la matrona, una vez al ao como mnimo, por el tema del PAP...” (E1-P25) • “No uff hace caleta de aos desde que estaba particular desde el 97 parece que no voy, porque me da vergüenza mostrar mis cosas...” (E2-P25) • “Así por curiosear, a control ginecológico, cada 6 meses, yo soy muy intruso. A ella le hice todas las consultas, sobre la vasectomía, ella me hizo la interconsulta para la vasectomía”. (E3-P25) • “Nunca he acompaado nadie ni a mi ama..”. (E4-P25) • “Si...solo cuando estaba embarazada...” (E5-P25) • “Si por el PAP”. (E6-P25) • “Si cuando me hicieron el PAP...” (E7-P25) • “No visito a la matrona. Sólo cuando acompaaba a mi esposa a los controles prenatales. Era simpática conmigo si, muy acogedora”. (E8-P25) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Periodicidad visita matrona	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Control anual ▪ Control cada 6 meses ▪ Esporádicamente ▪ Nunca ▪ IC para Vasectomía

Pregunta 2	¿Iría usted a consultar sus problemas sexuales con este profesional?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “Por supuesto que sí, es con quien corresponde tratarlo, manejan la información adecuada para eso, no sólo para la mujer, si no que para la pareja en general...” (E1-P26) • “Si de repente si si”. (E2-P26) • “Si, ella sí, que fue algo ella me dio confianza, para poder plantearle en seco lo que yo quería, y me dijo ahhh ya no hay problema, la otra matrona que hay no me dio confianza...” (E3-P26) • “...No sé, Igual aún así me da como cosa pedir ayuda a una mujer”. (E4-P26) • “No se...la verdad es que no se”. (E5-P26) • “Si, con la matrona si, siendo mujer no hay problema”. (E6-P26) • “Yo creo que sí”. (E7-P26) • “Quizás aunque, no tengo problemas sexuales nunca los he tenido”. (E8-P26) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Asistencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ Quizás ▪ Probablemente
	Nivel de Confianza	

Pregunta 3	¿Percibe que es un profesional con el cual puede hablar tranquilamente sobre su Sexualidad?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “En general sí, siempre hay excepciones a la regla...” (E1-P27) • “Si porque con mi médico que era antes hombre me trataba con él...” (E2-P27) • “Si, al principio se hace un poco incomodó creo yo po, pero si” (E3-P27) • (Omite respuesta). (E4-P27) • “Si, yo creo en casos que uno tuviera dolor al tener relaciones...” (E5-P27) • “Si”. (E6-P27) • “Yo lo único que coloco nerviosa cuando a uno le preguntan por la cuestión que uno tiene relaciones sexuales con el marido yo me pongo nerviosa me da vergüenza por eso yo con una mujer no...” (E7-P27) • “Yo me imagino que si, la matrona que conocí era una mujer muy amena y confiable”. (E8-P27) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Matrona/ón Sexo del Profesional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conversaría ▪ No Conversaría ▪ Mujer

Pregunta 4	¿Lo han derivado a otro profesional a partir de la consulta con la matrona o matrón?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “No, ya te conté lo de mi primera visita al ginecólogo, al final termine en la matrona, fue al revés la cosa...” (E1-P28) • “No”. (E2-P28) • “...Al médico para la vasectomía”. (E3-P28) • “Ya sabes lo que te voy a responder (de forma irónica)”. (E4-P28) • “Psicólogo, pero me ha dicho anda a la psicóloga y yo le digo ya estoy yendo”. (E5-P28) • “Si a la nutricionista”. (E6-P28) • “No”. (E7-P28) • “Como no me atendía yo (ríe) no, pero me aconsejo que pidiera hora con médico general para hacerme un chequeo médico y realizarme exámenes”. (E8-P28) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Derivación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicología ▪ Nutrición ▪ Médico
	Sin Derivación	

Pregunta 5	¿La/lo ha educado respecto a las consecuencias de la obesidad?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “Si, indicando las cosas que me podían pasar a futuro si no me controlo...” (E1-P29) • “No, el médico me dijo trata de adelgazar mijita...” (E2-P29) • “Emm si, que puedo ser hipertenso, que puedo sufrir un ataque al corazón, que puedo tener diabetes que me puedo morir...” (E3-P29) • (Omite respuesta). (E4-P29) • “No”. (E5-P29) • “Sí, pero más el enfermero”. (E6-P29) • “No no me ha dicho nada”. (E7-P29) • “Me aconsejo la hora al médico para hacerme los chequeos, y me explico sobre las consecuencias de mi obesidad que podrían ser diabetes, triglicéridos altos creo que así se dice y entre otras cosas más”. (E8-P29) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Educación obesidad Morbilidad Asociada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entregada ▪ Omitida

Pregunta 6	¿Le han realizado el Examen de Medicina Preventiva?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “Sí, si me lo han hecho en el consultorio, aparte me operaron y aproveche de hacerme todos los exámenes preoperatorios”. (E1-P30) • “No, no me lo han hecho que yo me acuerde, aparte no voy a la matrona del '97”. (E2-P30) • “No, hace mucho tiempo solo me hicieron exámenes de rutina, pero eso fue hace muuucho”. (E3-P30) • “No, como no asisto al consultorio no me hacen exámenes po”. (E4-P30) • “No, hace mucho tiempo me iban a hacer una vez hace poco pero dije que no, porque tenía que ir a la feria me acuerdo ese día”(E5-P30) • “Si me lo hice una vez, cuando recién descubrí que era hipertensa, en el hospital descubrieron cuando tuve a mi hijo”. (E6-P30) • “No...” (E7-P30) • “No, nunca, eso creo” (E8-P30) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Examen Preventivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizado ▪ No Realizado

Pregunta 7	¿Qué Profesional le ha realizado el EMPA?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “La enfermera, me lo hizo en el consultorio”. (E1-P31) • (No se lo han realizado). (E2-P31) • (No se lo han realizado). (E3-P31) • (No asiste a consultorios). (E4-P31) • Solo el médico me ha mandado a hacer exámenes, me ve cada tres meses. (E5-P31) • “El enfermero me lo realizó, hace harto tiempo, años ya”. (E6-P31) • (No le han realizado el examen). (E7-P31) • “Yo se que la matrona es una de las que hace ese examen... EMPA. Pero esa vez cuando fui con mi esposa estaba apurado y luego me fui al trabajo”. (E8-P31) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Profesional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermero

3.1.2.5 Identificar y diferenciar las características de las relaciones sexuales en mujeres y hombres con Obesidad Mórbida.		
Pregunta 1	¿Cree que su vida sexual se ha visto afectada por la obesidad?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “No creo, al menos no en mi caso, es que no soy muy acomplejada, de hecho no soy acomplejada, soy asumida, y me quiero bastante...” (E1-P32) • “No para nada”. (E2-P32) • “No, eso siento yo”. (E3-P32) • “No, no lo creo”. (E4-P32) • “No, hasta ahora por lo menos, menos mal”. (E5-P32) • “Si, físicamente, igual afecta porque tu te sentí incomoda no mostrai tu cuerpo”. (E6-P32) • “Yo no la diabetes es la que me está afectando”. (E7-P32) • “No ha afectado mi vida sexual hasta el momento”. (E8-P32) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Vida sexual afectada Vida sexual Incomodidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vergüenza

Pregunta 2	¿Siente deseos de tener relaciones con su pareja?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “Cuando tengo pareja obvio que si, ¿qué motivo habría para no sentirlo?”. (E1-P33) • “Si. Sipo”. (E2-P33) • “Si” (sonríe). (E3-P33) • “Cuando tenía mmm... si”. (E4-P33) • “Si, si”. (E5-P33) • “Yo creo que si a veces”. (E6-P33) • “No de eso yo no tengo yo lo atribuyo a la diabetes y a veces a algo mi es que sabe señorita yo le voy a decir la verdad es que a mí me da asco de repente, me da asco no todos los días...” (E7-P33) • “Siempre tenemos y siempre de manera normal”. (E8-P33) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Deseo sexual	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presente ▪ Ocasional ▪ Jamás

Pregunta 3	¿Con que frecuencia mantiene relaciones sexuales?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “...La verdad que no muy frecuentes. Como te dije no tengo tantas parejas tampoco...” (E1-P34) • “Bueno tres veces a la semana, yo le digo a mi esposo quiero más, pero él me dice estoy cansado”. (E2-P34) • “Todos los días”. (E3-P34) • “Lo hacía frecuentemente”. (E4-P34) • “Con mi pareja lo hacíamos bien seguido, casi todos los días”. (E5-P34) • “Una vez al mes”. (E6-P34) • “Como no pasan tres cuatro meses y no”. (E7-P34) • “Son 4 o 5 veces a la semana”. (E8-P34) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Frecuencia relaciones sexuales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Todos los días ▪ Casi siempre ▪ Todas las semanas ▪ 3 veces por semana. ▪ Una vez al mes ▪ Casi nunca

Pregunta 4	¿Cuáles son las posiciones más habituales que más le acomodan?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “...La del misionero”. (E1-P35) • “De lado esa no más porque así no me molesta la hernia”. (E2-P35) • “Todas”. (E3-P35) • “...Cualquiera que no sea muy acrobática”. (E4-P35) • “Es que nos gustaba ir variando así que podía ser cualquiera”. (E5-P35) • “Yo arriba de él”. (E6-P35) • “Por ser así como la pone el marido de uno no más”. (E7-P35) • “Ella arriba”. (E8-P35) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Posiciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Misionero ▪ De lado ▪ Todas ▪ Casi todas ▪ Cualquiera

Pregunta 5	¿Presenta alguna molestia cuando mantiene relaciones?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “Mmm. No”. (E1-P36) • “No, nada”. (E2-P36) • “...Solo que término exhausto, pero no importa, Naa, da lo mismo yo creo”. (E3-P36) • “Generalmente en una rodilla, pero es por una lesión que jamás me trate bien”. (E4-P36) • “No, no tengo nada de que quejarme por ahora”. (E5-P36) • “Si siento mucho dolor en mis ovarios, teniendo o no teniendo relaciones”. (E6-P36) • “No nada”. (E7-P36) • “No, todo normal”. (E8-P36) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Molestia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cansancio ▪ Dolor ▪ Sin molestia

Pregunta 6	¿Genera un ambiente previo antes de la relación sexual?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “Obvio que si, si no es muy fome”. (E1-P37) • “Si po, una conversa, unos cariñitos unos besitos”. (E2-P37) • “Si, creo que si”. (E3-P37) • “Sí, o sea supongo que sí”. (E4-P37) • “Mmmm si”. (E5-P37) • “Sí, siempre estamos solo que no estén los niños”. (E6-P37) • “No. No creo hacerlo”. (E7-P37) • “Si, de esa forma se crea un ambiente más romántica dispuesto a entregarse al otro”. (E8-P37) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Generado ▪ No generado

Pregunta 7	¿Logra excitarse?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “Si pues, si no para qué seguir, no tiene gracia la cosa si no estamos los dos igual de divertidos, por decirlo de alguna manera”. (E1-P38) • “Si, definitivamente”. (E2-P38) • “Si, Por supuesto que sí”. (E3-P38) • “Obvioo sepo”. (E4-P38) • “Si, mm sí”. (E5-P38) • “Si”. (E6P38) • “Si si”. (E7-P38) • “Sipo”. (E8-P38) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Excitación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presente

Pregunta 8	¿Alcanza el orgasmo en su relación sexual?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “Con bastante frecuencia, sería mentira decir que el 100% de las veces, obvio que no, a veces el cansancio o las preocupaciones afectan, pero en general sí...” (E1-P39) • (Gesto afirmativo, con la cabeza). (E2-P39) • “Sí, eso siento yo”. (E3-P39) • “Si, si”. (E4-P39) • “A veces, no siempre”. (E5-P39) • “Sí, claro”. (E6-P39) • “Mmm si”. (E7-P39) • “Algunas veces nada más, antes era más frecuente. Desde que soy más gordito me ha costado un poco. La verdad no sé si eso influye pero lo he notado”. (E8-P39) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Orgasmo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Logrado ▪ A menudo ▪ Ocasionalmente

Pregunta 9	¿Cómo se siente después de la relación sexual?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “Relajada, satisfecha, y la gran mayoría de las veces en paz con el mundo... creo que armonía es la mejor palabra...” (E1-P40) • “Cansada y con sueño me quedo dormida”. (E2-P40) • “Satisfecho, una satisfacción, satisfecho”. (E3-P40) • “Mmm Relajado y bueno a veces agotado”. (E4-P40) • “Bien”. (E5-P40) • “Me siento sola después, porque igual no estamos juntos”. (E6-P40) • “Ahí quedo agota, me canso mucho”. (E7-P40) • “Algunas veces muy agitado”. (E8-P40) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Sensación post relación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relajación ▪ Cansancio ▪ Satisfacción ▪ Soledad ▪ Bienestar

Pregunta 10	¿Cree que podría ser mejor su relación sexual?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “Probablemente, las cosas siempre se pueden mejorar...mmm... ¿cuándo sepa te cuento”. (E1-P41) • “Claro que si po...más delgada haría maravillas le digo a mi esposo es lo que hay mientras quede satisfecha yo y el todo bien”. (E2-P41) • “Si, no se tener más tiempo, más espacio, mas privacidad yo creo”. (E3-P41) • “Sí, pero la verdad no sé cómo”. (E4-P41) • “No, estaba bien con él”. (E5-P41) • “Si fuera más delgada yo pienso que si por el mismo cuerpo”. (E6-P41) • “No si no”. (E7-P41) • “No, no creo ya que siempre son diferentes”. (E8-P41) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Estrategias de formas para mejorar relaciones sexuales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminución de peso ▪ Privacidad ▪ Tiempo ▪ Incógnita ▪ No es necesario

3.1.2.6 Analizar la percepción de la influencia de la Obesidad Mórbida en la sexualidad de hombres y mujeres.		
Pregunta 1	¿Qué entiende por sexualidad?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “Uf! Aquí sí que tenemos para rato, la sexualidad es tan amplia que involucra todos los aspectos de mi vida, los emocionales, sociales, biológicos, genéticos, psicológicos, etc. En mi caso es como vivo el ser mujer, mi feminidad, no solamente mis relaciones sexuales, si no quién soy yo para mí y para el mundo...” (E1-P42) • “A ver q entiendo por sexualidad compenetrarse con la pareja misma”. (E2-P42) • “Eh Todo lo relacionado a sexo, posiciones, formas, caricias, como llevar un sexo bueno, algo así, sexualidad”. (E3-P42) • “Me considero medio ignorante pero creo que es todo lo implicado con la salud y bienestar sexual”. (E4-P42) • “Eh, es como uno se relaciona con el sexo opuesto, si siente atracción, si le dan deseos, por ahí, no sé”. (E5-P42) • “La unión de la pareja”. (E6-P42) • “Cuando uno tiene relaciones con el marido”. (E7-P42) • “Entiendo que son las sexualidad es de las personas para diferenciar los hombres de las mujeres y para buscar el placer sexual del humano”. (E8-P42) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Concepto sexualidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concepto multifactorial ▪ Compenetrarse con la Pareja ▪ Coito ▪ Salud y bienestar sexual ▪ Atracción sexo apuesto

Pregunta 2	¿Cómo percibe su sexualidad?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “Yo... soy muy reflexiva, me encanta meditar sobre todo, y eso me define mucho como persona y como mujer. Tengo un gran concepto sobre lo que las mujeres podemos hacer, y como vivir nuestra independencia... definir la sexualidad es tan amplio que por algo se escriben libros de eso, así que dejémoslo hasta aquí...” (E1-P43) • "Bien". (E2-P43) • “...Buena, no tengo trancas, no soy una persona q dice esto me gusta o esto no me gusta”. (E3-P43) • (Se coloca rojo, mira hacia abajo). (E4-P43) • “Ahora está reprimida porque no quiero nada con ningún hombre quedé traumada, no se cuanto me irá a durar”. (E5-P43) • “ Mmm Sana”. (E6-P43) • “Noo si bien, nos sentimos bien los dos”. (E7-P43) • “Yo percibo mi sexualidad por mi instinto de hombre y ella la percibe de la misma manera”. (E8-P43) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Impresión de sexualidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Buena ▪ Represión ▪ Saludable ▪ Sin tabúes ▪ Vergüenza ▪ Sin tabúes

Pregunta 3	¿Cómo cree que su pareja la percibe?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “...Sería difícil responderte esto, primero porque no tengo en este momento una pareja sobre la cual responderte, y segundo porque si la tuviera, primero debería hablarlo con él para averiguarlo”. (E1-P44) • “Al menos el no se queja”. (E2-P44) • “Bien, ella no se queja de nada”. (E3-P44) • “Next”. (E4-P44) • “No quiero nada con ningún hombre...” (E5-P44) • “El igual sana”. (E6-P44) • “Los dos nos sentimos bien los dos”. (E7-P44) • “De la misma manera que yo”. (E8-P44) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Percepción de pareja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sana ▪ Desconocimiento ▪ Femeidad de Pareja ▪ Conforme

Pregunta 4	¿Cómo cree que la obesidad le ha afectado en su sexualidad?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “Afectado no, influido sí, porque tu cuerpo es parte de tu sexualidad, no lo puedes hacer a un lado, a menos que te desdobles, creo que mas que anda me hace ser más cauta en mis relaciones de pareja...” (E1-P45) • “No, yo creo que no, incluso estoy más golosa, eso me dice mi esposo que después de los 40 me puse mas golosa”. (E2-P45) • “No me afecta, en lo absoluto” (E3-P45) • “No creo que afecte, no lo creo, en realidad, no lo sé, pero si en el rendimiento físico, cada vez me canso más o me agito fuerte, como cuando me emociono mucho jugando “play” (ríe).” (E4-P45) • “En el sentido que me cansaba no mas, una vez sentí que se me aceleró mucho el corazón, ahí me dio miedo”. (E5-P45) • “En todos los sentidos porque yo me siento culpable por ser obesa, incluso hasta para cambiarse ropa uno se esconde”. (E6-P45) • “No, en ningún sentido no. (E7-P45) • “No, no ha afectado nunca mi sexualidad”. (E8-P45) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Aspectos físicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No afecta ▪ Afecta
	Aspectos psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desconfianza en los demás ▪ Culpabilidad

Pregunta 5	¿Cómo es su relación de intimidad con su pareja? ¿Posee las condiciones en su hogar para favorecer este acto?	
Respuestas	<ul style="list-style-type: none"> • “Mmm... a ver... ha sido de confianza, de espontaneidad, de risas, ahora, si con intimidad te refieres a sexo, ha sido de descubrirme en facetas que antes no exploraba, de conocerme y conocerlo a él a un punto que no se puede llegar sin sexo, de saber cómo responden los cuerpos ante los estímulos y los sentimientos. Ha sido un camino de aprendizaje que comenzó hace un tiempo y continuará siempre, con quien sea que venga más adelante”. (E1-P46) • “Bien, todo bien, nos llevamos bien, conversamos, hacemos cuchi cuchi, cucharita aunque él no es muy detallista le digo yo, sé más detallista pero él me dice que no le nace no mas, en cambio yo si po una florcita unos pétalos de repente”. (E2-P46) • “Buena, excitante, rica, jaja. Todo en general. No tengo tabú, con esto...” (E3-P46) • “No me siento cómodo para hablar de esto, ni con mi ama lo hago, lo siento” (E4-P46) • “Cuando tenía pareja era buena, lo único malo era que yo tenía que buscarlo, yo notaba que era yo la mas fogosa y él como que se reprimía, porque el tenia problemas de alcohol y drogas pero después supe”. (E5-P46) • “Igual me escondo mucho”. (E6-P46) • “No, no nos hacemos cariño”. (E7-P46) • “Buena, siempre clara y con respeto”. (E8-P46) 	
Categorización de respuestas	Categorías	Subcategorías
	Intimidad Positiva	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Confianza ▪ Espontaneidad ▪ Afectuosa
	Intimidad Negativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Excitante ▪ Reprimida ▪ Fría

4.4 RESULTADOS

- Identificar el perfil de los pacientes con Obesidad Mórbida atendidos en el Sistema Público de Salud.

En cuanto al perfil de los entrevistados se puede decir que, el rango de edad está entre los 22 y 59 años, con un promedio de 35 años, siendo 5 mujeres y 3 hombres. Entre ellos, estudiantes universitarios, dueñas de casa, trabajadores independientes.

Todos han recibido educación formal, pero solo algunos han llegado a estudios superiores, siendo este un determinante en el acceso a la información, lo cual repercute en los estilos de vida adquiridos.

Si bien, actualmente no todos se encuentran en una relación de pareja, 5 conviven, todos los entrevistados han experimentado a lo largo de sus vidas, algún grado de compromiso.

En relación a las patologías concomitantes a la Obesidad Mórbida se hallaron: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Resistencia a la Insulina, Síndrome de Ovario Poliquístico, Hernia Umbilical, Hipotiroidismo y Depresión, siendo más recurrente la Hipertensión Arterial.

La evolución de la Obesidad Mórbida varía entre los entrevistados, es decir, los períodos que esta fue detectada. Un entrevistado revela período de detección desde los 3 años, mientras que otro entrevistado la padece desde la vida adulta a 30 años. Esta enfermedad crónica, claramente genera un impacto diferente en la calidad de vida de las personas y sus familias, dependiendo en ciclo vital de cada familia.

- Determinar la percepción de situaciones de discriminación en las personas con diagnóstico de Obesidad Mórbida.

“La discriminación es una conducta, culturalmente fundada, sistemática y socialmente extendida, de desprecio contra una persona o grupo de personas sobre la base de un prejuicio negativo o un estigma relacionado con una desventaja inmerecida y que tiene por efecto (intencional o no) dañar sus derechos y libertades fundamentales”.⁴⁴

En concordancia con esta definición, se presenta que la mayoría de las personas durante su vida, ha experimentado algún grado de discriminación, por su apariencia física, recibiendo sobrenombres como “gorditos”, también en el colegio cuando eran pequeños o ahora de adultos al ir a dejar a sus hijos al colegio, se sienten criticados por su forma de vestir, pero expresan que los comentarios siempre son a sus espaldas.

En el trabajo las personas también han sido objeto de discriminación, han tenido que disminuir su peso para conservarlo, por eso muchos se desempeñan de forma independiente. Según la literatura, la sociedad ha establecido estereotipos sobre la gente con obesidad, considerándolas incapaces de trabajar y desarrollar actividades que normalmente realizaría una persona de peso normal.

En la locomoción colectiva, también ocurren situaciones de discriminación, la gente evita el contacto con las personas obesas, se cambia de asiento o el chofer les hace cancelar dos pasajes.

En la actualidad, se exagera el prototipo de belleza construido por la sociedad, es decir, personas delgadas, rechazando la imagen de la persona con exceso de peso, y desconociendo sus necesidades.

Por todas las situaciones a las que se exponen las personas con obesidad, deciden no involucrarse y no relacionarse con otras personas, disminuyendo su

⁴⁴ Rodríguez, J. (2005). Definición y concepto de la no discriminación. *El cotidiano*, 21, 23-29.

contacto social y limitándose solo a su hogar y entorno familiar. Aislándose y generando en ellos un aumento de la ingestión de comida lo que a la vez agrava o mantiene la obesidad. También genera reacciones de tristeza, rabia e indiferencia, parte de ellos expresan que la gente los juzga antes de conocerlos fijándose solamente en su apariencia, “Uno ve el cascarrón como se dice y no ve los sentimientos que tiene uno”. **(E2-P2)**

La discriminación sufrida influye directamente en la imagen, autoestima y relaciones interpersonales de las personas con Obesidad Mórbida, se destaca que aquellas personas que han sido obesos por muchos años o desde la infancia, muestran una seguridad en su autoestima y refieren que su obesidad no ha afectado en nada la construcción de su imagen tanto física como psicológica, además de la forma de relacionarse con los demás.

Por otro lado aquellos que la Obesidad Mórbida fue desencadenada en la edad adulta por diversos motivos, sienten disminuida su autoestima, desaprovechan su imagen corporal y poseen escasas relaciones interpersonales, debido a que no se aceptan como son, ya que sienten que se encontraban mejor cuando eran delgados y tienen sentimientos de retornar a su anterior condición física, principalmente esto se observa en las mujeres entrevistadas.

- Categorizar las principales redes de apoyo primarias, secundarias e institucionales y su influencia en los pacientes con Obesidad Mórbida.

Se entiende por red de apoyo, al conjunto de relaciones interpersonales en la cual se vincula a las personas con otras de su mismo medio, lo que les permite conservar o elevar su nivel de bienestar material, físico y emocional.

En cuanto a las redes de apoyo de los entrevistados, dentro de la red primaria, se encuentra que viven con sus familias, de preferencia en familias

nucleares o extendidas. Siendo este el círculo más cercano donde se relacionan. Dentro de estos grupos son los esposos y los hijos, quienes principalmente entregan el apoyo, entre los cuales se destaca el apoyo emocional, psicológico, y cuidados de la salud. Con respecto al apoyo emocional, los entrevistados le asignan gran importancia, tanto a los consejos y conversaciones que les pueden brindar sus seres queridos.

También en el ámbito de los cuidados de salud, la ayuda que reciben en cuanto a la restricción de algunos alimentos hipercalóricos y la mantención de un régimen constante, son los más valorados por parte de cada entrevistado, sin embargo, se debe tomar en cuenta que no todas las familias de estos los motivan a bajar de peso por el real motivo de su Obesidad Mórbida, sino sujeta a una forma afectiva donde los hacen pensar en sus hijos, esposos(as) entre otros.

Si bien los entrevistados se sienten apoyados por sus familias, “la familia del obeso mórbido tiene dentro de sus características un alto nivel de inmadurez, pasividad y conflictos interpersonales, en estas familias generalmente existen patrones pobres en la comunicación lo que dificulta la expresión de emociones en sus integrantes”,⁴⁵ concordando en parte con lo mencionado por los participantes. Las familias no enfrentan el problema de la obesidad, sino que buscan formas de evitar sus efectos emocionales, como la baja de autoestima, depresión, entre otras. Y tratan de mitigar las críticas a las que los obesos se enfrentan.

Mientras tanto, en las redes secundarias, dentro de las ocupaciones desarrolladas por los entrevistados, destacan los oficios que no requieren esfuerzo físico exagerado, ni contacto físico muy cercano con las personas, además de desempeñarse en trabajos independientes, donde ellos mismos controlan sus tiempos laborales. Los entrevistados concuerdan en que no han sentido que les

⁴⁵ Buschiazzo, D. (1997). Obesidad: factores psiquiátricos y psicológico. *Boletín Escuela de Medicina UC*, 26, 8-41.

hayan negado un trabajo por su condición física, pero cabe destacar, que algunos prefieren trabajar de manera autónoma. Lo que se debe principalmente a “Estereotipos sobre la gente con exceso de peso, los cuales incluyen las siguientes representaciones; personas incapaces de trabajar duramente, débiles, poco estables, lentas, holgazanas y blandas”.⁴⁶

En lo que se refiere a participación en grupos sociales, prefieren participar y formar parte de grupos religiosos. Afirmando, que en esos lugares se sienten igual al resto, ignorando que la iglesia considera a la obesidad como una consecuencia de las transgresiones contra la voluntad de divina. También la tecnología toma un valor especial para estas personas, debido a que prefieren relacionarse con otros pero de manera cibernética evitando el contacto físico directo, esta conducta fomenta hábitos poco saludables y de aislamiento, ya que les permite comunicarse con sus amigos desde su hogar, pero sin la necesidad de desplazarse e interactuar con otros. Manifiestan que se sienten aceptados y cómodos en estos grupos, que pueden expresarse tranquilamente, sin la preocupación de ser discriminados. De igual manera, les gustaría pertenecer a otro grupo para entablar nuevas amistades y así romper la rutina, sin embargo, hay quienes no desean realizar una actividad extra por falta de tiempo o simplemente sintiéndose desmotivados a la hora de conocer nuevos amigos.

Se debe mencionar, que el círculo de amistad más cercano de estas personas, es pequeño, pero estable. Estos les brindan la contención, atención y diálogo que ellos necesitan, expresándoles así sus problemas y transformándose en un apoyo fundamental en sus vidas, permaneciendo en contacto constantemente con estos.

⁴⁶ Montero, J. (2001). *Obesidad: Una visión antropológica*. Argentina: Universidad de Buenos Aires.

La red institucional a la cual pertenecían los entrevistados era el consultorio, donde asistían a controles de salud, entre los que se encontraban el control ginecológico, de crónicos, psicológico y obstétrico. Refieren obtener pocos beneficios a partir de sus controles, y los que han obtenido han sido de tipo emocional, expresan sentirse con mayor ánimo y optimismo luego de visitar al profesional. Sin embargo, algunas personas se muestran dispuestas a acudir a la atención privada, “Si uno tuviera dinero prefiero sacar un bono particular” **(E5-P22)**. Cabe señalar, que también hay quienes han optado por no acudir al centro de salud. Aunque la percepción de la atención en general fue positiva, refieren que, “si la atención es buena uno se siente más tranquila y confiada” **(E1-P21)**.

Todos los entrevistados pertenecientes a una institución de salud, tienen la disposición para bajar de peso, pero prefieren realizar dietas basadas en el autocuidado donde se restringen ciertos alimentos, viéndose reflejados en “Eee por ser yoooo, yo misma me puse a régimen yo no le como dulces, no le como chocolate no le como ninguna de esas cosas” **(E7-P24)**. Ya que, aquellos que se tratan su obesidad con el apoyo de la institución, consideran que no obtienen resultados, porque las dietas son muy estrictas y de costos elevados, no pudiendo solventar estos gastos. Sin embargo, de los que han seguido algún tipo de tratamiento, ya sea con médico, nutricionista o con autocuidado han experimentado algún grado de mejoría, demostrándolo en frases como “veo resultados positivos, y retorno de a poco a lo que fui en algún momento” **(E1-P24)**, “es que yo me fijo en la ropa y la ropa me caía bajo a talla 42” **(E6-P25)** y “Me sentía bien cuando hacía gimnasia” **(E2-P25)**, cambios que les permitían estar más ágiles y aceptando de manera positiva su imagen.

- Precisar las acciones efectuadas por el profesional Matrona, Matrón en la atención de pacientes que presentan obesidad.

El rol del profesional matrona-matrón ya no se limita tan solo a los cuidados necesarios del embarazo y parto, sino que además debe ser capaz de brindar una atención en salud, desde un enfoque holístico, a la mujer en el ámbito gineco-obstétrico, al recién nacido/a, a su pareja, a su familia y a la comunidad, participando en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud.

Es así como las mujeres entrevistadas visitan a la matrona esporádicamente, mostrando una escasa adherencia a los controles de salud. Por su parte, los hombres participan de la atención del profesional matrona/ón acompañando a sus parejas, y es la minoría la que lo hace por inquietudes personales, encontrándole rápida solución.

En general, visualizan al profesional matrona/ón como capacitado para solucionar y hablar sobre problemas sexuales, señalan no tener problemas en conversar con el profesional. Consideran que este tiene los conocimientos necesarios para dar solución a sus problemas, pero prefieren en el caso de las mujeres, que el sexo del profesional sea mujer.

Respecto al rol del profesional matrona/ón los entrevistados expresan que su intervención respecto a la educación sobre la obesidad es mínima, refiriéndose sólo a sus consecuencias y complicaciones de manera superficial, y en otros casos omitiéndola. Lo que deja entrever falencias con respecto a esta situación y patología emergente, la intervención del profesional matrona/ón como se menciona en la resolución que regula el Examen de Medicina Preventiva, incluye la detección de las embarazadas obesas y con sobrepeso con el propósito de realizar una consejería nutricional durante la gestación y promover la recuperación del peso pregestacional a los 6 meses post-parto además de la promoción y fomento de hábitos saludables de alimentación y actividad física.

El profesional matrona/ón está capacitado para proporcionar de manera oportuna y adecuada redes de apoyo a sus usuarios, en cada atención, siempre y cuando lo estime conveniente. Los entrevistados establecieron que se les activaron redes de apoyo, pero no en concordancia a la Obesidad Mórbida, sino que guiado a buscar soluciones a otros problemas de salud, como estados depresivos, hipertensión y diabetes entre otras. No cumpliendo con el objetivo de entregar a cada usuario una atención integral, desde una perspectiva biopsicosocial. (Atención medica)

- Identificar y diferenciar las características de las relaciones sexuales en mujeres y hombres con Obesidad Mórbida.

La relación sexual la podríamos definir como el Desarrollo y mantención de una relación de naturaleza sexual, con el cónyuge u otra pareja.

En relación a la respuesta sexual en obesos mórbidos, los entrevistados manifiestan no tener problemas en cuanto a sus relaciones sexuales, declaran deseos de estar íntimamente con sus parejas, para esto, crean un ambiente previo a la relación, “se crea un ambiente más romántico, dispuesto a entregarse al otro.” Al generar un ambiente previo a la reciprocidad sexual, buscan que el encuentro sea más satisfactorio para ambos, logrando la mayoría de las veces la excitación y normalidad en las relaciones sexuales.

Con respecto a la frecuencia que los individuos sostienen relaciones sexuales, es variable, casi en su totalidad responde que mantienen relaciones todas las semanas, mas de tres veces, lo que se sustenta con el estudio que dice que, “el mayor porcentaje de las mujeres con peso normal , tiene sexo una o dos veces por semana, mientras que el mayor porcentaje de los grupos de obesas las

realizan 3 a 4 veces por semana, en comparación con el grupo de normo-peso”.

Lo que puede deberse al tiempo de duración de la relación sexual siendo de “0 a 20 minutos en obesas con tratamiento y sin tratamiento; mientras que en las normo-peso la duración va desde 21 a 40 minutos”.⁴⁷

Dentro de las posiciones que más les acomodan, manifiestan preferencias por posiciones tradicionales, que no les exijan un desgaste físico excesivo lo que se manifiesta en “digamos que en general soy bastante tradicional para mis cosas” **(E1 - P35)**, “Cualquiera que no sea muy acrobática”. **(E4-P35)**

Lo que indica, que son pocas las personas que tienden a potenciar sus relaciones sexuales con posiciones más creativas, puesto que su condición de alguna forma, se lo impide. Además, las personas con obesidad muestran “una mayor reticencia a tener relaciones sexuales con la luz encendida y a mostrarse desnudo ante la pareja. Manifiestan ejercer más frecuentemente un rol pasivo durante el acto sexual, comparado con el grupo de peso normal”. (poner cita)

El orgasmo se presenta en todos los entrevistados, pero estos no profundizan mayormente, por tratarse de una situación íntima de sus vidas. Relatan por ejemplo “Si” (el entrevistado bajo la cabeza y no mira a la entrevistadora) **(E3-P39)**, “Con bastante frecuencia” **(E1-P39)** y “A veces, no siempre” **(E5-P39)**

⁴⁷ Mancilla, J. (2008). Determinación de pautas del compromiso sexual en obesos. *Psicología Iberoamericana*, 6, 949-955.

Una vez culminada la relación sexual, presentan derivadas sensaciones, entre las que destacan: relajación, satisfacción, soledad, bienestar consigo mismo y cansancio, predominando este último. Aludiendo principalmente a su condición física, ya que consideran que una disminución en su peso, mejoraría de manera consistente su desempeño en el acto sexual.

- Analizar la percepción de la influencia de la Obesidad Mórbida en la sexualidad de hombres y mujeres.

“La sexualidad, es una dimensión fundamental del hecho de ser humano. Basada en identidades de sexo y género, orientación sexual, erotismo, vínculo emocional, amor, y reproducción. Esta se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. En resumen, la sexualidad se practica y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos”.

El concepto de sexualidad expresado por los entrevistados fue variado, lo atribuyen completamente al sexo y las relaciones sexuales, a través de conceptos como: coito, atracción al sexo opuesto, compenetrarse con la pareja, salud y bienestar sexual. Manifestando una sexualidad plena, “buena, no tengo trancas” **(E3-P43)**, tanto para ellos, como para sus parejas, sintiéndose satisfechos con la misma.

Si bien para la mayoría de los entrevistados la obesidad no ha afectado en la expresión de su sexualidad, para otros no ha sido fácil encontrar un compañero o pareja. Para las mujeres especialmente, la imagen corporal es un determinante,

es por esto que al verse afectada por la condición de obesidad, las conduce a esconderse incluso de la propia pareja para evitarla. Sin embargo, expresan confianza, afectividad, excitación y espontaneidad, como las manifestaciones más comunes dentro de la relación de intimidad con sus parejas.

4.5 DISCUSIÓN

El desarrollo de esta investigación, permitió comprobar que dentro del perfil de los entrevistados había una marcada relación entre Obesidad Mórbida y patologías crónicas, lo que se esperaba por el impacto en la salud que tiene esta enfermedad, además la evolución de la obesidad varía entre los 3 y 30 años, lo que afecta tanto al propio individuo como a su familia.

La Obesidad Mórbida sigue siendo un tema en salud complejo de abordar, pese a que existe una Estrategia Global contra la obesidad (EGO- Chile), la mayoría de quienes padecen esta enfermedad no se comprometen efectivamente para realizar un tratamiento y de quienes si lo hacen, es una minoría que obtienen resultados favorables puesto que se adhieren al tratamiento, el resto abandona el tratamiento por considerarlo difícil de llevar a cabo por la restricción de alimentos, el tener que realizar ejercicio físico, el considerar costoso el adquirir alimentos hipocalóricos, el no ver inmediatamente los resultados esperados e incluso por no tener los recursos económicos para realizar una cirugía.

En otro contexto, se puede decir también que la mitad de las personas con Obesidad Mórbida entrevistadas, han sufrido de discriminación, lo que los lleva a decidir no involucrarse y no relacionarse con otras personas, disminuyendo su contacto social y limitándose sólo a su hogar y entorno familiar. Esta conducta sólo agrava su condición, afectando profundamente su bienestar psicológico, donde se necesita situar atención para poder ofrecerles ayuda oportuna. Dentro de la

conducta discriminatoria más habitual, se encuentra en el área laboral, ya que tienen difícil acceso a los diversos trabajos debido a las exigencias que les imponen o que requieren esfuerzo físico, pese a que son personas con habilidades para desempeñar cualquier ocupación, se ven limitados por su condición física, por lo que se ve reducida su posibilidad de encontrar un trabajo que sea acorde a su condición y donde no sean discriminados. Cabe mencionar que se encontró que existe más oportunidad laboral para los varones que para las mujeres, de acuerdo a la información obtenida por los entrevistados.

La conducta de aislamiento social, los lleva a tener como redes de apoyo, sólo a la familia, personas cercanas a ellos que les brindan el apoyo que necesitan, sólo afectivamente.

Respecto a la respuesta sexual de las personas con Obesidad Mórbida, se encontró que los entrevistados manifiestan no tener problemas en cuanto a sus relaciones sexuales, sintiendo deseos de estar íntimamente con sus parejas, creando un ambiente previo a la relación. Se debe acentuar, que la vivencia de la sexualidad se aprecia de manera más plena y libre de acuerdo a lo que mencionaron 3 de los hombres entrevistados, a diferencia de las mujeres a las cuales el tema de la apariencia física es un problema de gran relevancia.

Otro hallazgo importante de destacar, es que respecto a la sexualidad, son muy escuetas sus respuestas, con un grado de sumisión e introversión reflejado en la entrevista, donde les cuesta hablar del tema. De manera global, las personas entrevistadas se refieren escasamente y no abarcan en su totalidad el concepto de sexualidad, sino que lo asocian directamente al ámbito genital y por la misma razón no profundizan lo suficiente en ella.

4.6 CONCLUSIONES

La mayoría de las personas con Obesidad Mórbida presenta algún tipo de patología crónica asociada, siendo la más frecuente la hipertensión arterial. Los rangos de edad de los entrevistados van desde los 22 a 59 años, encontrándose activos laboral, y activos sexualmente. Respecto a la situación laboral, se debe señalar que algunos desempeñan trabajos independientes como vendedores donde requieren poco esfuerzo físico por su condición, otros se encuentran cursando estudios superiores, algunos se encuentran sin ocupación, y otros con trabajo remunerado.

Si bien la discriminación vivida por estas personas los ha llevado a aislarse disminuyendo su contacto social, se encuentra una diferencia entre aquellas personas que desarrollaron la obesidad en la etapa adulta, y aquellas que lo hicieron en la etapa infantil. Estos últimos, refieren más seguridad y aceptación respecto a su imagen y le otorgan menos importancia a los comentarios discriminatorios que puedan realizar las personas que no forman parte de su círculo más cercano.

La principal red de apoyo es del tipo primario, entre las que se encontraban las familias del tipo nuclear, monoparental y extendida. Presentándose en la mayoría de los entrevistados, tendencias a la dependencia de las personas significativas para ellos, en lo que respecta al apoyo y los cuidados. Con respecto a la red secundaria, los entrevistados refieren contar con amigos que son principalmente familiares o amigos por internet. En relación a la red institucional mencionan a la iglesia como la institución más significativa para ellos.

En cuanto al rol del profesional matrona- matrócn refieren que éste se limita sólo a la educación con respecto a la propia enfermedad del paciente obeso

mórbido, sin incluir las dimensiones psicológicas o de expresión de la propia sexualidad, sus parejas, ni la existencia de políticas públicas.

Las personas entrevistadas manifiestan que sus relaciones sexuales se establecen sin dificultad, siendo satisfactorias para ellos. Consideran importante el generar un ambiente previo a la relación sexual para lograr la excitación, refieren alcanzar generalmente el orgasmo, aunque se sienten limitados a experimentar con posiciones poco tradicionales por su obesidad y su periodo de resolución se caracteriza por cansancio excesivo post relación sexual.

Para ellos la sexualidad constituye principalmente el sexo y las relaciones sexuales. La Obesidad Mórbida influye en la sexualidad de las mujeres, ya que estas manifiestan que su sexualidad está determinada por su imagen corporal, por lo que esconden el cuerpo de sus parejas, a veces incluso evitándolas, por la incomodidad que su cuerpo les provoca, buscando alternativas que permitan disimular su apariencia física y mantener una vida sexual activa. Mientras que los hombres manifiestan que viven una sexualidad más satisfactoria sin otorgarle relevancia a su apariencia física.

4.7 SUGERENCIAS

En el nivel primario de salud es necesario reforzar el modelo de atención con enfoque biopsicosocial, el cual involucre educación sobre vida sexual, alimentación, aspectos psicológicos, aspectos médicos entre otras medidas, enfocado en el tratamiento y la rehabilitación de los usuarios y de su círculo más cercano, es decir, sus parejas y/o familias. Si bien el Ministerio de Salud, cuenta con la Estrategia Global contra la Obesidad (EGO- Chile), se ha visto dificultado el cumplimiento de los objetivos fijados a partir de dicha estrategia.

Además, se hace indispensable para mejorar la calidad de vida en el ámbito sexual de los usuarios con Obesidad Mórbida, incorporar en el sistema público de salud, prácticas tendientes a la terapia sexual para aquellas personas vulnerables y no vulnerables en conjunto con sus parejas, en donde el profesional matrona/matrón tenga una participación activa en el equipo de salud.

El desarrollo de esta investigación permitió analizar aristas referentes a la vida de las personas con Obesidad Mórbida, una de estas se ve reflejada en el nivel primario, el cual no está orientado, ni implementado para la atención de personas con esta condición, por lo que resultaría óptimo implementar los box de los profesionales matronas- matrones con equipos e insumos que sean específicamente para ellos como por ejemplo, mesas ginecológicas más adecuadas al tamaño y peso de las personas, que brinde seguridad y comodidad en la atención tanto para el usuario, como para el profesional que lo atiende, así mismo que existan disponibles espéculos adecuados a la anatomía que presentan.

En cuanto al rol profesional matrona- matrón, se hace indispensable incluir dentro de su formación las diferentes competencias requeridas, para orientar una atención de calidad y con participación activa hacia este grupo en particular, donde se realice una educación dirigida a una sexualidad saludable con un enfoque sistémico y en caso de ser necesario exista terapia sexual, incluyendo de manera activa a las parejas de las personas con obesidad en el proceso educativo

La educación de pre-grado entregada a los estudiantes de la carrera Obstetricia y Puericultura, si bien está orientada a dar un enfoque biopsicosocial a la atención, debe reforzar herramientas para la atención de individuos vulnerables. Por esto, se hace importante fortalecer las cátedras de psicología, educación para la salud, salud comunitaria, incorporando dentro de sus temáticas patologías que afecten la calidad de vida de los usuarios, capacitando al profesional para contener y orientar al usuario y a su familia de manera psicológica, social y medica

indistintamente, ya que, cada patología repercute en los usuarios y en su entorno más cercano, generando un desequilibrio en sus estilos de vida, necesitando del apoyo constante, óptimo e integral por parte de todos los profesionales de salud.

También, se debe fomentar el trabajo en equipo, para que así los tratamientos a los que puedan acceder las personas con Obesidad Mórbida sean fomentados por todos los integrantes de la red de salud, de manera creativa y efectiva.

También, es importante considerar la posibilidad de continuar con los estudios enfocados a este grupo de personas, no sólo con una tendencia médica, sino que orientada también a otros aspectos que puedan influir en el desencadenamiento o mantención de la Obesidad Mórbida, como son los estilos de apego que estas personas pudieron haber desarrollado cuando niños y haber mantenido en la etapa adulta. Y como estos se modifican o expresan cuando aparece la patología, en consideración de que la Obesidad Mórbida como la mayoría de las patologías se encuentran influidas por diferentes variables, tales como las experiencias previas personales, las experiencias familiares o de otros significativos, modelos aprendidos, creencias y normas sociales.

Como parte del programa Chile Crece Contigo, que tiene como estrategia promover apego seguro o sano durante la primera infancia, el profesional matrona/matrón tiene una participación activa, dado que está vinculada/o desde la gestación, nacimiento, adolescencia y etapa adulta, a la vida de las personas que se atienden en los distintos niveles de atención en salud. Por lo tanto, resulta de gran valor como este profesional debe fomentar el apego seguro y estilos de crianza saludables, siendo capaz de intervenir, orientar, educar y derivar de manera oportuna.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

- Abello, N. (2007). *Estrategia global contra la obesidad (EGO-CHILE): Una oportunidad para el desarrollo de transectorialidad a favor de la calidad de la vida*. Chile: Universidad de Chile.
- Auriolos, E.; Coleman, E. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). *Promoción salud de la sexual: Recomendaciones para la acción*. Guatemala: Actas Reunión de Consulta convocada.
- Bechara, A. (2004) *Disfunción sexual femenina. Tesis de doctorado Facultad de Medicina*. Argentina: Universidad de Buenos Aires.
- Canning, H. (1966). *Obesity: Its possible effect on college acceptance*. Inglaterra: Med 21.
- Comisión Europea, Dirección General de Empleo, Relaciones Laborales y Asuntos Sociales. (1998). *100 palabras para la igualdad*. Canario: Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales unidad V/D5.
- Cumbre de Nutrición y Salud. (2008). *El rol de la sociedad Chilena en la prevención de la obesidad y otras enfermedades crónicas relacionadas con la dieta y la actividad física*. Chile: Ministerio de Salud.
- Encuesta Nacional de Salud. (2009-2010). *Compendio Estadístico 1.6: Estadística de Salud*. Chile: Ministerio de Salud.
- Fernández, R. (2009). *Estudio psicológico del paciente con Obesidad Mórbida sometido a intervención quirúrgica: Análisis de las diferentes variables que pueden afectar a la pérdida de peso*. Valencia: Servei de Publicacions

- Gómez, S. (2003). *Imagen corporal y satisfacción sexual en mujeres obesas. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología.* Zaragoza: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Institutos Nacionales de Salud. (2002). *Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento: Obesidad y Estadística.* USA: Bethesda.
- Krupka, L. (2004). *Patterns of use and perceptions of users of over the counteranorectics. In Phenilpropanolamine: examining the benefits and risks.* USA, New York: Morgan and Kagan.
- Longo, D. (1982). *La Práctica clínica en enfermería psicosocial: evaluación e intervención.* Madrid: Alambra.
- Mandel, D. (2008). *Addicted to Stress: A Woman's 7 Step Program to Reclaim Joy and Spontaneity in Life.* USA, San Francisco: Jossey-Bass.
- Matarama, M. (2005). *Medicina Interna: Diagnóstico y tratamiento.* Cuba: La Habana Med.
- McCartney, C. (1992). *Obesity and Sex Steroid Changes across Puberty: Evidence for Marked Hyperandrogenemia in Pre- and Early Pubertal Obese Girls.* USA, Virginia: University of Virginia Health System.
- McCary, J; McCary, S. (1983). *Conducta Sexual en Perspectiva. Sexualidad Humana.* México: Manual Moderno.
- Ministerio de salud. (2008). *Guía Clínica: Examen de medicina preventiva.* Chile: Diario Oficial, Ministerio de Salud de Chile.
- Montero, J. (2001). *Obesidad: Una visión antropológica.* Argentina: Universidad de Buenos Aires.
- Neyro, J. (2002). *Sexualidad en la mujer.* México: Servicio de Ginecología, Hospital de Cruces.

- Organización Mundial de la Salud. (1975). *Instrucción y asistencia a cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud*. Ginebra: WHO Library.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe sobre la salud en el mundo: reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra: WHO Libery.
- Ortega, J. (2003). *Alteraciones del Metabolismo, Aire e Hidratos de Carbono*. España: Universidad Cardenal Herrera.
- Silvestre, E. (2005). *Aspectos Psicológicos de la Obesidad: Importancia en su identificación y abordaje dentro de su enfoque interdisciplinario*. Argentina: Universidad Favaloro.
- Toquero, F. (2004). *Atención primaria de Salud: Guía de buena práctica clínica en disfunciones sexuales*. Madrid: International Marketing & Communications, S.A.
- Word Health Organization. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: WHO Library.

REVISTAS

- Adolfsson, B. (2003). Are sexual dissatisfaction and sexual abuse associated with obesity? A population-based study. *Obesity Research*, 24, 1702-1709.
- Alexander, J. (2001). Obesity and coronary heart disease. *Medicine Science*, 321, 215-224.
- Behar, R.; De la barrera, M.; Michelotti, J. (2002).Feminidad, masculinidad, androginidad y trastornos del hábito del comer. *Revista médica de Chile*, 130, 964-975.
- Beining, R.; Dennis, L. (2008). Meta-analysis of intrauterine device use and risk of endometrial cancer. *American Cancer Society*, 18, 492-499.
- Binks, M. (2010). Sex hormones and sexual function in obese men losing weigh. *Obesity Research*, 21, 689-694.
- Buschiazzo, D. (1997).Obesidad: factores psiquiatricos y psicologico. *Boletín Escuela de Medicina UC*, 26, 8-41.
- Cuevas, A.; Reyes, M. (2005).Lo último en diagnóstico y tratamiento de la obesidad: ¿Hay lugar aún para la terapia conservadora. *Revista Médica de Chile*, 133, 713-722.
- Del Álamo, A. (2006). Guías de Fisterra. *Cadernos Atención Primaria*, 13, 22-26.
- Escobar, M. (2000). Rol de las hormonas ováricas en la obesidad. *Endocrinología y Nutrición*, 8, 14-18.
- Forga, L. (2002). Complicaciones de la obesidad. *Anales Sis*, 25, 118-119.
- Jonquera, J. (2007).Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño. *Boletín Escuela de Medicina UC*, 32, 83-88.

- Kilotkin, R. (2004). Gender, race, and obesity-related quality of life at extreme levels of obesity. *Obesity Research*, 12, 949-955.
- Koenig, M. (2001). Pulmonary complications of Obesity. *Medicine Science*, 321, 249-279.
- Larkin, J. (1979). No fat persons need apply: Experimental studies of the overweight stereotype and hiring preference. *Sociology of Work and Occupations*, 46, 315-316.
- López, E. (2005) Sexualidad y cáncer: toxicidad y tratamientos de soporte. *Oncología*, 28, 58-63.
- Lorence, B. (2008). Perfil Psicológico de la Obesidad Mórbida. *Revista de Psicología de España*, 26, 51-68.
- Mancilla., J. (1998). Determinación de pautas del compromiso sexual en obesos. *Psicología Iberoamericana*, 6, 14-23.
- Olivares, M.; Hernández, V. (2003). Sexualidad en la patología neoplásica ovárica. *Revista de Psicooncología de España*, 1, 57-73.
- Paredes, J. (2009). Imagen corporal y Satisfacción Sexual. *Revista Universidad Católica Boliviana*, 7, 28-47.
- Pasquali, P. (2004). Micosis Cutáneas Profundas. *Dermatología Venezolana*, 42, 35-37
- Popkin, B. (2002). An overview on the nutrition transition and its health implications: The Bellagio meeting. *Public Health Nutrition*, 5, 93-103.
- Rodríguez, J. (2005). Definición y concepto de la no discriminación. *El cotidiano*, 21, 23-29.
- Romero, C. (2008). Disfunción eréctil y enfermedad cardiovascular. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 23, 65-70.
- Rovetto, M.; Vio, F. (2009). Antecedentes Internacionales y Nacionales de la promoción en salud en Chile: Lecciones aprendidas y proyecciones futuras. *Revista Chilena de Nutrición*, 36, 32-45.

- Sánchez-Castillo, C. (2004). Epidemiología de la obesidad. *Gaceta Médica de México*, 140, 3-20.
- Sapetti, A. (2007) .Disfunción eréctil y obesidad. *Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis*, 5, 40-47.
- Thakur, V. (2001). Obesity hypertension and the heart. *Medicine Science*, 321, 242-248.
- Vázquez, V. (2001) Psicología y la obesidad. *Endocrinología y Nutrición*, 9, 91-96.
- Venegas, J. A; Baeza, R. (2004) Prevalencia de disfunción eréctil en Chile. *Revista Chilena de Urología*, 69,199-202.
- Vio, F. (2005). Prevención de la Obesidad en Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 32, 80-87.
- Vio, F.; Salinas, J. (2006).Promoción de Salud y Calidad de Vida en Chile: Una política con nuevos desafíos. *Revista Chilena Nutrición*, 33, 252-259.
- Zaragoza, R. (2008). Obesidad y Sexualidad. *Trabajo social*, 18, 5-13.
- Zhang, R. (2001). Obesidad-Hipertensión: efectos sobre los sistemas cardiovascular y renal. *Hypertens*, 3, 150-156.

**CAPITULO V:
ANEXOS**

ANEXO I: GUÍA DE LA ENTREVISTA PERSONAL SEMIESTRUCTURADA

Nº Entrevistado:.....Fecha:.....Lugar:.....

Ciudad:.....Cesfam:.....

Información General

Sexo:.....Edad:.....Peso:.....Talla:.....IMC:.....

Años de estudio:

Ocupación:

Estado civil:

Con pareja actualmente:

Patología asociada:

Años con Obesidad Mórbida:

▪ **Discriminación:**

¿Se ha sentido discriminado por su obesidad?

¿Cuál fue su reacción?

¿De qué manera influyó en la construcción de su imagen, autoestima y forma de relacionarse con los demás?

▪ **Redes de apoyo:**

Red Primaria

¿Con quién vive?

¿Qué personas de su familia le ofrecen apoyo?

¿Se ha encontrado deprimido?

¿Cuándo está deprimido cómo le ayudan estas personas con sus problemas?

¿Tiene o ha tenido pareja? ¿Se siente apoyado por su pareja?

Red Secundaria:

- ¿Tiene trabajo u ocupación actualmente?
- ¿Ud. Pertenece a algún tipo de grupo comunitario o social?
- ¿Siente que le han negado algún trabajo debido a su Obesidad?
- ¿Cómo se siente en ese grupo?
- ¿Le gustaría pertenecer a un grupo o uno distinto al suyo? ¿Por qué?
- ¿Tiene amigos?
- ¿Cómo se lleva con ellos?
- ¿De que manera le brindan apoyo cuando los necesita?
- ¿Comparte con su grupo de amigos regularmente?

Red Institucional:

- ¿Por qué motivo acudió al consultorio?
- ¿Qué beneficios ha obtenido en el consultorio para mejorar su calidad de vida?
- ¿Cree que este apoyo es fundamental para Ud.?
- ¿Cómo fue la atención del profesional?
- ¿De qué forma Se está tratando su obesidad?
- ¿Ha sentido mejoría en su vida sexual y en general, desde que comenzó el tratamiento?

▪ **Rol del Profesional Matrona/ón:**

- ¿Usted visita a la matrona o acompaña a su pareja a las visitas con esta?
- ¿Iría usted a solucionar sus problemas sexuales con este profesional?
- ¿Siente que es un profesional con el cual puede hablar tranquilamente sobre su sexualidad?
- ¿La han derivado a otro profesional a partir de la consulta con la matrona?
- ¿Lo han educado respecto a las consecuencias de la obesidad?
- ¿Le han Realizado el Examen de Medicina Preventiva?
- ¿Qué Profesional se lo ha realizado?

- **Relaciones sexuales:**

- ¿Cree que su vida sexual se ha visto afectada por la obesidad?
- ¿Siente deseos de tener relaciones con su pareja?
- ¿Con que frecuencia mantiene relaciones sexuales?
- ¿Cuáles son las posiciones más habituales que más le acomodan?
- ¿Presenta alguna molestia cuando mantiene relaciones?
- ¿Genera un ambiente previo antes de la relación sexual?
- ¿Logra excitarse?
- ¿Alcanza el orgasmo en su relación sexual?
- ¿Cómo se siente después de la relación sexual?
- ¿Cree que podría ser mejor su relación sexual? ¿Cómo?

- **Sexualidad:**

- ¿Qué entiende por sexualidad?
- ¿Cómo percibe su sexualidad?
- ¿Cree que su pareja la percibe al igual que usted?
- ¿Cómo cree que la obesidad le ha afectado en su sexualidad?
- ¿Cómo es su relación de intimidad con su pareja? ¿Posee las condiciones en su hogar para favorecer este acto?

ANEXO II: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este formulario de consentimiento informado es para hombres y mujeres que padecen de Obesidad Mórbida pertenecientes a Centros de Salud Familiar de la Quinta Región de Valparaíso, durante los meses noviembre y diciembre del año 2010, y de enero a marzo del año 2011.

PARTE I: HOJA DE INFORMACIÓN

Introducción

Somos estudiantes de Cuarto Año de la Carrera de Obstetricia y Puericultura de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, y los estamos invitando a participar en nuestra investigación. El Tema es: “Vivencias en la sexualidad de las personas que padecen de Obesidad Mórbida”. Cuya enfermedad se está siendo muy común en nuestro país.

Propósito de la investigación

“Conocer y Analizar las vivencias que tienen en la sexualidad las personas con Obesidad Mórbida”

Tipo de Intervención de Investigación

Esta investigación implica solo la aplicación de una entrevista con preguntas breves, respondidas solo una vez, de manera verbal.

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Es su decisión si quiere participar o no. Usted puede cambiar de opinión más tarde y dejar de participar, incluso si usted estuvo de acuerdo anterior.

Confidencialidad

La información que recogemos de este proyecto de investigación se mantendrá de manera confidencial y los datos no llevaran su nombre. Esta información será publicada, pero los datos personales no serán expuestos al público.

Difusión de los resultados

El conocimiento que obtenemos al hacer esta investigación, será compartida pero resguardaremos su identidad.

PARTE II: CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO

He leído la información anterior, o la han leído para mí. He tenido la oportunidad de hacer preguntas al respecto y cualquier pregunta que he realizado ha sido contestada a mi satisfacción. Doy mi consentimiento voluntariamente para participar en calidad de colaborador en esta investigación.

Escriba el nombre del Participante.....

Firma del Participante

Día / mes / año.....

Declaración del investigador / persona que tome el consentimiento.

He leído con precisión la hoja de información al participante potencial, asegurándome que el participante comprenda de que se trata la investigación y como se efectuará su participación.

Confirmando que el participante se le dio la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio, y todas las preguntas formuladas por el participante se han respondido correctamente. Confirmando que el individuo no ha sido obligado a dar su consentimiento y el consentimiento ha sido dado libremente y voluntariamente.

Escriba el nombre del Investigador / Persona que toma el consentimiento

.....

Firma del Investigador / persona que toma el consentimiento

.....

Día / mes / año.....

ANEXO III: ENTREVISTAS TRANSCRITAS

N° Entrevistado: 1 **Fecha:** 6/11/10 **Lugar entrevista:** Domicilio

Ciudad: Quilpué **Cesfam:** Quilpué

Información General

Sexo: Femenino **Edad:** 22 años **Peso:** 110 Kg **Talla:** 1,64 Mts. **IMC:** 40.8

Años de estudio: 3ro Educación superior.

Ocupación: Estudiante

Estado civil: Soltera

Con pareja actualmente: No.

Patología asociada: SOP

Años con Obesidad Mórbida: 3 años.

▪ **Discriminación:**

¿Se ha sentido discriminado por su obesidad?

“ Mmm.....mira, creo que mi carácter es muy fuerte, entonces en general la gente no se atreve a decirme las cosas malas en la cara, sobre todo si se trata de comentarios a cerca de mi apariencia. Creo que he tenido suerte en ese sentido, porque mas allá de uno que otro comentario desagradable de los que me he enterado por terceros, no me puedo quejar de discriminación, esa es la verdad, porque he trabajado donde he querido en los veranos, tengo muchos y buenos amigos, me va bien en la universidad, y salvo algunas excepciones tengo buenas relaciones con la gente de la universidad, entonces no siento que me discriminen por mi apariencia”. **(E1-p1)**

¿Cuál fue su reacción?

“El tema de los comentarios que te contaba han sido casos súper puntuales, de un par de personas, dos si no me equivoco, que alguna vez dijeron algo respecto de mi apariencia, pero no a mi directamente, obvio que me enteré, en el momento, y como no estoy acostumbrada a esas cosas, me sorprendí, después me dio rabia, muchas ganas de decirles unas cuantas cosas, pero cuando me calmé me sirvió para meditar un montón de cosas y crecer. Así que todo bien”. (E1-P2)

¿De qué manera influyó en la construcción de su imagen, autoestima y forma de relacionarse con los demás?

“En nada, es que soy súper segura de mi misma, nunca he sido superficial, ni juzgo a la gente por la imagen, para mí no es ningún trauma, es más bien un tema de salud del que debo preocuparme ahora para evitar problemas mañana.” (E1-P3)

▪ Redes de apoyo:

Red Primaria

¿Con quién vive?

“Con una amiga donde estudio, en la casa de una familia muy linda y acogedora, y en mi ciudad de origen vivo con mis papas, pero es como si viviera con toda mi familia, porque somos súper aclamados y nos juntamos casi todos los días”. (E1-P4)

¿Qué personas de su familia le ofrecen apoyo?

“Todas me apoyan, de una o de otra forma, emocionalmente siempre están ahí para mi, para conversar, para consolar, para reír, para lo que sea, económicamente mis papás y mi abuela materna son mis principales “auspiciadores” (se ríe). Y porque son mi familia pues, para eso estamos, para

apoyarnos siempre, independiente de lo que pase, a fin de cuentas la familia es lo más seguro y sagrado que uno tiene”. (E1-P5)

¿Se ha encontrado deprimido?

“No, nunca me he deprimido, si he estado muy triste, pero no deprimida. En esos casos me demoro hartos en hablar con alguien, en general trato de no demostrarlo mucho para no preocupar a nadie, pero siempre hay alguien que se da cuenta, en esos casos hablo con mi mamá, mi hermano, o alguien de mi familia, mis amigas y amigos, los más cercanos en general...con los que me quieren, ¿con quién más si no?” (E1-P6)

¿Cuándo está deprimido cómo le ayudan estas personas con sus problemas?

“En general mis problemas son de índole existencial, o cosas por el estilo, entonces conversan mucho conmigo, me orientan, en el fondo el asunto es hacer que se me pase la pena, o la rabia o lo que sea que me está afectando en ese momento, de pronto a mis amigas sobretodo les da por sacarme a dar vueltas por ahí. Cualquier cosa que me calme y me distraiga”. (E1-P7)

¿Tiene o ha tenido pareja? ¿Se siente apoyado por su pareja?

“He tenido parejas, más o menos duraderas en general, y si me he sentido apoyado por ellos, incluso aún mantengo buenas relaciones con algunos de ellos. Es bueno saber de gente que te quiere de verdad”. (E1-P8)

Red Secundaria:

¿Tiene trabajo u ocupación actualmente?

“Estudio, dentro del área de la salud, y nunca me he visto forzada a acomodar nada, me manejo bien en las prácticas y tengo buenas notas así que no me quejo”. (E1-P9)

¿Siente que le han negado algún trabajo debido a su Obesidad?

“No, ninguno que yo haya querido. Obvio que nunca he trabajado de promotora (se ríe) una porque con este físico no podría, y otra porque aunque pudiera, que lata estar todo el día parada en un supermercado con tacos y promocionando algo que quizás ni me guste. Siempre que busco trabajo para las épocas de vacaciones o navidad he entrado bien a los lugares donde solicito, paqueterías, empresas, etc”. **(E1-P10)**

¿Ud. Pertenece a algún tipo de grupo comunitario o social?

“He participado toda mi vida en la iglesia, soy católica, y toda mi familia también, mis papás se conocieron ahí, y casi la mayoría de mis buenos amigos los he conocido ahí también, de hecho sería justo decir que mis mejores amigos de hace años son de la iglesia, y aunque ahora por esto del cambio de ciudad y la universidad, no puedo seguir con mis actividades como antes, si me siento muy apoyada por ellos, siempre están ahí para mí y yo para ellos, me han acompañado en todos los momentos difíciles, sin que yo se los pida, y en los buenos obvio que si, hemos compartido momentos familiares y personales, y a pesar de las distancias la relación no se ha terminado”. **(E1-P11)**

¿Cómo se siente en ese grupo?

“Obvio que me siento cómoda, es que con ellos puedo ser tranquilamente yo misma, como te dije antes, mi carácter es súper fuerte, y hay algunas cosas que no tranzo, además que en general nosotros, mis amigos y yo, somos un poco más maduros que otras personas de nuestra generación, y lamentablemente eso nos pasa la cuenta, porque cuesta de pronto cambiar el ambiente, con ellos tengo mucho tema de conversación, desde tonterías para reírse un rato hasta cosas serias, de actualidad y esas cosas. Es gente súper culta y de buen corazón, y me siento muy cómoda con ellos porque no son prejuiciosos y aceptan a las personas como son. Cuesta mucho encontrar gente buena hoy en día, que no sea envidiosa

ni mentirosa. Obvio que tiene defectos, como todos, pero es parte de ellos, y así los quiero, como ellos a mí”. **(E1-12)**

¿Le gustaría pertenecer a otro grupo?

“No, la verdad es que no necesito pertenecer a un grupo para sentirme segura, a pesar de todo tiendo a llevarme bien con las personas, así que no necesito más de lo que tengo, soy muy afortunada de los amigos que Dios me ha dado, tanto dentro como fuera de la universidad, y son personas que han ido trascendiendo al tiempo y la distancia, a las dificultades y esas cosas, para qué quiero más?. De todas formas siempre estoy participando en eventos de ayuda social y esas cosas, ahí siempre se conoce buena gente, por ejemplo ahora estoy en un grupo que se llama DR CLOWN, que hace visitas a pacientes hospitalizados por largos períodos, o terminales y se les hacen actividades de distracción y risa para relajarlos, se conversa con ellos, etc. así que de todas formas pertenezco a más de un grupo (sonríe)”. **(E1-P13)**

¿Tiene amigos?

“Si, muy buenos amigos (sonríe)”. **(E1-P14)**

¿Cómo los conoció?

“Como ya te dije, a la mayoría en la iglesia, otra gran amiga la conocí en la primera carrera a la que entré, luego me cambié de universidad, y yo me fui de la ciudad, pero eso no afectó nuestra amistad, y cada vez que podemos hablamos y nos juntamos. Otros son de la universidad donde estudio ahora, esta carrera es mas competitiva, así que cuesta un poco mas lograr la confianza y la lealtad de la gente, pero estoy feliz con los amigos que tengo acá, son menos que en otras partes, pero son lo mejor que puedo tener, a otra muy buena amiga la conocí en una pensión y luego nos fuimos a vivir juntas, esa relación también es muy sólida, y a otro grupo de personas los conocí en grupo de voluntariado que se armó después del terremoto, las experiencias fueron tan fuertes que nos unieron de una

manera muy especial, y aunque nos conocemos hace poco, nos tenemos mucho cariño y respeto, muchos de ellos están también en DR CLOWN, así que tenemos contacto diario”. **(E1-P15)**

¿Cómo se lleva con ellos?

“Me llevo muy bien con todos, son algo así como los amores de mi vida”. **(E1-P16)**

¿Le brindan apoyo cuando los necesita? ¿De qué Manera?

“Por supuesto que sí, mira, el grupo más cercano es como multiplicar a mi mamá por todos ocho, me llaman cuando estamos lejos, nos juntamos mucho, y el apoyo se manifiesta de tantas formas que es difícil resumir, es simplemente estar ahí para lo que sea, para celebrar el nacimiento de los sobrinos, los cumpleaños, los triunfos, para contener las penas, los dolores y las frustraciones, para hacer nada, para salir de vacaciones, para compartir la vida”. **(E1-P17)**

¿Comparte con su grupo de amigos regularmente?

“Siempre que podemos, con los que tengo cerca, todos los días, y con los que tengo lejos cada vez que podemos, viajamos, nos juntamos, compartimos, y cuando no podemos estar juntos nos comunicamos por teléfono, por Internet, o como sea, la cosa es estar siempre ahí”. **(E1-P18)**

Red Institucional:

¿Por qué motivo acudió al consultorio?

“La verdad es que la primera vez que consulté un medico no fue por el motivo del peso, el asunto era porque siempre hasta ese momento había sido muy regular en mis ciclos y de pronto tuve muchos retrasos, y largos, entonces mi mamá decidió llevarme al consultorio para que me viera un ginecólogo”. **(E1-P19)**

¿Qué beneficios ha obtenido en el consultorio para mejorar su calidad de vida?

“No muchos en realidad, aunque estoy inscrita siempre he preferido la atención particular”. **(E1-P20)**

¿Cree que este apoyo es fundamental para Ud.?

“Siempre es bueno saber que uno cuenta con buenos profesionales en el lugar donde se atiende, independiente de la frecuencia con que use el sistema, si la atención es buena uno se siente más tranquila y confiada, si no es así, yo por lo menos prefiero buscar otras opiniones, los médicos no son dioses, aunque muchos si lo creen, y son falibles, así que nunca hay que conformarse con una sola opinión”. **(E1-P21)**

¿Cómo fue la atención?

“El tipo fue súper desagradable, yop estaba en plena adolescencia y me dijo que mi problema no tenía arreglo así que mejor me acostumbraba a vivir así... como mi mamá es bien testaruda no paró hasta que me vio otra persona, una matrona, y ella no podía creer lo que el otro señor me había dicho, me mandó a hacer otros exámenes de sangre para ver si había algo más que los quistes en los ovarios y me dio pastillas anticonceptivas para el tratamiento. La cosa es que con el tiempo empecé a subir de peso muy rápido, como diez kilos el primer año, y de ahí no pare mas, dejé el tratamiento incluso”. **(E1-P22)**

¿De qué forma Se está tratando su obesidad?

“Ahora sí, pasa que cuando llegué a la universidad conocía a una ginecóloga muy buena, y ella no sólo me trata con anticonceptivos si no que todo el tema metabólico asociado, además de los anticonceptivos me trata con metformina y un diurético... así que he bajado harto de peso últimamente”. **(E1-P23)**

¿Ha sentido mejoría en su vida sexual y en general, desde que comenzó el tratamiento?

“Obvio que si, mira, yo no soy una persona pretenciosa ni depresiva, siempre he sido bien alegre para mis cosas y tengo buena autoestima, pero no es bueno descuidar tanto el cuerpo como lo hice yo, si uno piensa con calma se da cuenta que se perjudica mucho, más allá de la apariencia, es un tema de salud, de lo que puede pasar mañana, así que feliz con todo, y a seguir el tratamiento, porque veo resultados positivos, y retorno de a poco a lo que fui en algún momento”. (E1-P24)

▪ **Rol del Profesional Matrona/ón:**

¿Usted visita a la matrona o acompaña a su pareja a las visitas con esta?

“Si visito a la matrona, una vez al año como mínimo, por el tema del PAP, y en general voy sola o con mi madre, nunca me he visto en la necesidad de llevar a mi pareja, manejo bastante información sobre la sexualidad y sus implicancias, y no ha llegado el momento de compartirlo con alguien aún, sobretodo porque no tengo una pareja definitiva aún”. (E1-P25)

¿Iría usted a solucionar sus problemas sexuales con este profesional?

“Por supuesto que sí, es con quien corresponde tratarlo, manejan la información adecuada para eso, no sólo para la mujer, si no que para la pareja en general, así que de todas maneras trataría con ellas cualquier cosa relacionada con mi sexualidad, sean o no problemas”. (E1-P26)

¿Siente que es un profesional con el cual puede hablar tranquilamente sobre su sexualidad?

“En general sí, siempre hay excepciones a la regla, a veces como usuaria siento que mientras más años tiene la matrona se hace más dura, menos empática, menos sensible, no siempre es así, pero me ha tocado conocer matronas bastante desagradables, así que simplemente las evito cuando me toca

ir nuevamente al servicio. Pero en general son personas discretas, amables y dispuestas a darme la información adecuada cuando la requiero”. (E1-P27)

¿La han derivado a otro profesional a partir de la consulta con la matrona?

“No, ya te conteo lo de mi primera visita al ginecólogo, al final termine en la matrona, fue al revés la cosa (ríe) y ahora en el caso de mi actual tratamiento yo sola encontré a esta ginecóloga, así que nadie me derivó”. (E1-P28)

¿Ha recibido educación respecto a las consecuencias de la obesidad?

“Sí, indicando las cosas que me podían pasar a futuro si no me controlo. Eso más que nada, el resto ha corrido por cuenta mía”. (E1-P29)

¿Le han Realizado el Examen de Medicina Preventiva?

“Sí, si me lo han hecho en el consultorio, aparte me operaron aproveche de hacerme todos los exámenes preoperatorios”. (E1-P30)

¿Qué Profesional se lo ha realizado?

“La enfermera, me lo hizo en el consultorio”. (E1-P31)

▪ **Relaciones sexuales:**

¿Cree que su vida sexual, se ha visto afectada por la obesidad?

“No creo, al menos no en mi caso, es que no soy muy acomplejada, de hecho no soy acomplejada, soy asumida, y me quiero bastante, así que no me ha afectado. Además no soy una personas que se acueste con el primer tipo que se le cruza, con o sin buen físico siempre he tenido mis limites y las cosas bien claras, prefiero las relaciones tranquilas, basadas por lo menos en el cariño, entonces es difícil que cosas como el físico afecten más de lo necesario la relación.(sonríe)” (E1-P32)

¿Siente deseos de tener relaciones con su pareja?

“Cuando tengo pareja obvio que si, ¿qué motivo habría para no sentirlo? (se ríe)”, (E1-P33)

¿Con que frecuencia mantiene relaciones sexuales?

“Next por favor! ... (Ríe)... La verdad que no muy frecuentes. Como te dije no tengo tantas parejas tampoco... Así que te diría que por ahora estoy en ley seca (ríe nuevamente)”. (E1-P34)

¿Cuáles son las posiciones más habituales que más le acomodan?

“ A chuta!, se puso seria la cosa! (se ríe) uy!, a ver... mira, hay hartas cosas que no hago, porque una cosa es no tener complejos y la otra es ni tener pudores, jajaja, así que digamos que en general soy bastante tradicional para mis cosas, y no me ha tocado ningún osado que me pida innovaciones (se ríe), así que dejémoslo en la del misionero (más risas)”. (E1-P35)

¿Presenta alguna molestia cuando mantiene relaciones?

“Mmm, no.” (E1-P36)

¿Genera un ambiente previo antes de la relación sexual?

“Obvio que si, si no es muy fome (ríe)”. (E1-P37)

¿Logra excitarse?

“(Risas) si pues, si no para qué seguir, no tiene gracia la cosa si no estamos los dos igual de divertidos, por decirlo de alguna manera.” (E1-P38)

¿Alcanza el orgasmo en su relación sexual?

“Con bastante frecuencia, seria mentira decir que el 100% de las veces, obvio que no, a veces el cansancio o las preocupaciones afectan, pero en general sí. Aunque no es el orgasmo lo que busco, ni me estreso si no pasa, pero eso es

otro tema. “me refiero que simplemente busco pasar un buen momento, sentirme acompañada sin importar el resultado”. (E1-P39)

¿Cómo se siente después de la relación sexual?

“Relajada, satisfecha, y la gran mayoría de las veces en paz con el mundo, sobre todo mientras más sentimientos hay involucrados. Es una cosa difícil de definir, pensando en que es un momento tan íntimo, y la otra persona que está a tu lado se comunica también, y demuestra su estado de ánimo, y en general también es de tranquilidad. Creo que armonía es la mejor palabra, aunque eso no quita que si hay sueño me de la media vuelta y me quede dormida (se ríe).”(E1-P40)

¿Cree que podría ser mejor su relación sexual? ¿Cómo?

“Probablemente, las cosas siempre se pueden mejorar...mmm... ¿cómo?, cuando sepa te cuento (se ríe)”. (E1-P41)

▪ Sexualidad:

¿Qué entiende por sexualidad?

“ Uf! Aquí sí que tenemos para rato, la sexualidad es tan amplia que involucra todos los aspectos de mi vida, los emocionales, sociales, biológicos, genéticos, psicológicos, etc. En mi caso es como vivo el ser mujer, mi feminidad, no solamente mis relaciones sexuales, si no quién soy yo para mí y para el mundo, es lo que define mi forma de relacionarme con las personas, hombres y mujeres, son todas esas sutilezas que conforman a la personas, y que de una u otra forma nos llevan a querer preservar la especie, y para eso llegamos al sexo, que una gran manifestación de nuestra sexualidad, cómo lo hacemos, con quien, donde y en qué circunstancias, son detalles que no se repiten de una persona a otra”. (E1-P42)

¿Cómo percibe su sexualidad?

“Respecto a cómo me percibo yo, eso si te lo puedo responder, soy una mujer, muy asumida, con defectos y virtudes, y un carácter que me saca de los cánones de lo femenino, nunca he sido una “niña muy rosada”, o sea no creo en los príncipes azules, y nunca lo he hecho que yo recuerde, ni me apego a las modas , pero eso no me hace menos mujer, soy muy reflexiva, me encanta meditar sobre todo, y eso me define mucho como persona y como mujer. Tengo un gran concepto sobre lo que las mujeres podemos hacer, y como vivir nuestra independencia, y eso en general asusta un poco a los hombres inseguros (se ríe), soy completamente heterosexual y no recuerdo haber tenido nunca dudas de eso, es que las hormonas son las hormonas y ellas mandan (serie), amo ser mujer mas que cualquier otra cosa en el mundo, con todas sus implicancias, incluso el síndrome premenstrual, y mil cosas más, definir la sexualidad es tan amplio que por algo se escriben libros de eso, así que dejémoslo hasta aquí.

Si te puedo decir, por las cosas que conversamos sobre todo con mi última pareja, que ellos perciben mi feminidad más que nada desde la seguridad que ven en mi misma, en mi amor por ser mujer y por lo femenino (sin que eso me haga lesbiana, jajaja), y eso, creo”. **(E1-P43)**

¿Cree que su pareja la percibe al igual que usted?

“No sé si mi percepción sobre mi misma sea la misma de mi pareja, o de los que me rodean en general, es que las personas siempre ven en uno cosas que uno no nota, o tiene percepciones más o menos amplias que la nuestra. Sería difícil responderte esto, primero porque no tengo en este momento una pareja sobre la cual responderte, y segundo porque si la tuviera, primero debería hablarlo con él para averiguarlo”. **(E1-P44)**

¿Cómo cree que la obesidad le ha afectado en su sexualidad?

“Afectado no, influido sí, porque tu cuerpo es parte de tu sexualidad, no lo puedes hacer a un lado, a menos que te desdobles (se ríe), creo que más que anda me hace ser más cauta en mis relaciones de pareja, no andar por la vida buscando hombres, aunque siempre he sido así, más bien tranquila, pero obvio que el cuerpo y sus kilos influyen mucho, más que en mi misma, en los demás, porque sucede que algunos hombres deben sentarse a conversar conmigo antes de decidir si soy o no simpática, esas cosas no le pasan a menudo a otras amigas mías que no tiene sobrepeso, el aspecto social es menos confuso, aunque de mi parte no hay problema, yo me relaciono con la gente tranquilamente, porque si bien mi cuerpo es fundamental, yo soy mucho más que lo que mi apariencia pueda decirle a la gente, y eso más temprano que tarde la gente lo nota, y pasa a segundo plano, aunque no deja de ser importante, claro está”. **(E1-45)**

¿Cómo es su relación de intimidad con su pareja? ¿Posee las condiciones en su hogar para favorecer este acto?

“Mmm... a ver... ha sido de confianza, de espontaneidad, de risas, ahora, si con intimidad te refieres a sexo, ha sido de descubrirme en facetas que antes no exploraba, de conocerme y conocerlo a él a un punto que no se puede llegar sin sexo, de saber cómo responden los cuerpos ante los estímulos y los sentimientos. Ha sido un camino de aprendizaje que comenzó hace un tiempo y continuará siempre, con quien sea que venga más adelante”. **(E1-P46)**

Nº Entrevistado: 2 **Fecha:** 16/ 11/ 2010 **Lugar entrevista:** CESFAM Juan Carlos Baeza.
Ciudad: Villa Alemana **Cesfam:** Juan Carlos Baeza

Información General

Sexo: Femenino **Edad:** 46 años **Peso:** 108 kg **Talla:** 1,51 cm **IMC:** 49

Años de estudio: 4º Medio

Ocupación: Dueña de casa

Estado civil: Casada

Con pareja actualmente: Sí

Patología asociada: HTA y Hernia Umbilical.

Años con Obesidad Mórbida: 14

▪ **Discriminación:**

¿Se ha sentido discriminado por su obesidad?

“Me han hecho discriminarme si, pero yo no me siento discriminada, por ejemplo cuando mi niña estaba en básica me decían eee que mira como se viste, no me decían directamente sino que por detrás ya? Que como se viste, que qué parece incluso una madrina mía eee le dijo sin querer yo creo le dijo que los gordos andaban hediondos, hediondos a transpiración cosas así po y lógico que uno no se encuentra hediondo porque yo soy sana en ese aspecto, súper meticulosa con mis lavados y todas esas cosas y no me encuentro hedionda”. **(E2-P1)**

¿Cuál fue su reacción?

“Eso fue en el colegio de mi hija mayor cuando estaba en el jardín. Uno se siente mal pero después dice ahh (gesto de que lo le importa) uno no conoce a la gente como es, uno ve el cascaron como se dice y no ve los sentimientos que tiene uno”. **(E2-P2)**

¿De qué manera influyó en la construcción de su imagen, autoestima y forma de relacionarse con los demás?

“De repente bien de repente mal, porque uno no se puede vestir, no se encuentra ropa siempre ando con pantalones en ese aspecto mal po....(yo: y en la forma de relacionarse con los demás)...no, ahora estoy en la casa no más uno tiene amigos por internet no mas po pero nada mas (se ríe)”. **(E2-P3)**

▪ **Redes de apoyo:**

Red Primaria

¿Con quién vive?

“Con mi esposo y mis niñas 16 y 14”. **(E2-P4)**

¿Qué personas de su familia le ofrecen apoyo?

“Mmm... mi pareja o sea mi esposo, mis niñas”. **(E2-P5)**

¿Cómo le ayudan a Ud.?

“Bueno, me dicen que no coma mucho, y no como mucho , (se ríe) que salga a caminar que trate de hacer gimnasia pero me prohibieron la gimnasia por el asunto de la hernia si camino mucho también me duele así que tengo que estar ahí no mas ahí no mas (se ríe)” **(E2-P6)**

¿Se ha encontrado deprimido?

“Si muchas veces, lloro se ríe me siento con ansias por ejemplo antes que le llegue la regla uno se siente con ganas de comer uno se come un pastelito un chocolate pero no todos los días de repente ¿y ud conversa con alguien? No, no porque no tengo nadie ¿y su pareja o sus hijas? No, ¿para qué?” **(E2-P7)**

¿Cuándo está deprimido cómo le ayudan estas personas con sus problemas?

“Es que no los converso con nadie”. **(E2-P8)**

¿Tiene o ha tenido pareja? ¿Se siente apoyado por su pareja?

“Sí, ¿en cuanto al tratamiento?...si me dijo hazlo hazlo eso si no te puedo comprar muchas cosas de dieta, quesillo y cosas así porque es caro pero trata de no comer mucho si a veces estoy bien como le digo con el pan vengo a la nutricionista me pesa, me felicita y ya, toda la semana sigo bien y después a los 15 días otra vez caigo en la tentación, (se ríe)”. **(E2-P9)**

Red Secundaria:

¿Tiene trabajo u ocupación actualmente?

“Ahora estoy de dueña de casa, antes trabajaba en dulces Ambrosoli ¿ya? hasta cuando me case en el 92, después tuve mi primera hija, tuve a segunda hija y como mi papá cuidaba a las niñas a él le dio un ataque de hemiplejia así que tuve que retirarme voluntariamente y ahí seguí cuidando a mis niñas hasta el día de hoy”. **(E2-P10)**

¿Siente que le han negado algún trabajo debido a su Obesidad?

“No porque antes en ambrosoli no era gorda gorda ¿ya? Pero el 89-90 hice un tratamiento para bajar de peso con pastillas, baje 50 kilos, pesaba 80 y el doctor me hizo un párale me dijo hasta ahí no más, me dijo, así que trata de mantenerte así, ya después cuando me case y me dijo q las hormonas con las pastillas me iban a influir mucho y por eso había engordado eso fue...según otras personas me dicen que debió haberme dado pastillas para mantener el peso, cosa que no me dio no se po”. **(E2-P11)**

¿Ud. Pertenece a algún tipo de grupo comunitario o social?

“No”. **(E2-P12)**

¿Cómo se siente en ese grupo?

(No pertenece a ningún grupo). **(E2-P13)**

¿Le gustaría pertenecer a otro grupo?

“De repente sipo para salir de la rutina de la casa, antes hacia gimnasia con las chiquillas y la doctora pero no pude después ir por la hernia hasta cuando ya me operen ahí si dios quiere voy a retomar ya la gimnasia” **(E2-P14)**

¿Tiene amigos?

“Por internet y la otra que tengo por ahí cerca de la casa pero es más por interés para que les cuide la casa cuando viajan pero ahí no mas el puro saludo y el chao”. **(E2-P15)**

¿Cómo los conoció?

“Por internet”. **(E2-P16)**

¿Cómo se lleva con ellos?

“Bien porque yo soy de mi casa cuatro paredes saludo”. **(E2-P17)**

¿Le brindan apoyo cuando los necesita? ¿De qué Manera?

“Si me apoyan harto los chiquillos, me aconsejan, me dicen sale a caminar, haz gimnasia no pienses tonteras”. **(E2-P18)**

¿Comparte con su grupo de amigos regularmente?

“Todos los días porque todos los días chateo, incluso mi esposo cuando me llama me dice ya esta chateando ya”. **(E2-P19)**

Red Institucional:

¿Por qué motivo acudió al consultorio?

“Eeeh...Antes estaba allá en el consultorio de Peñablanca en el ¿cómo se llama? Puente Negro ahí estaba, de ahí me trasladaron para acá pero para hacer los papeles de la hipertensión y todas esas cosas porque antes me trataba

particular y la doctora que me veía particular me decía que mejor me viera acá en el consultorio”.(E2-P20)

¿Qué beneficios ha obtenido en el consultorio para mejorar su calidad de vida?

“Me dan el ánimo po.la Dra. Sobre todo la nutricionista me dijo dese animo va a salir bien usted puede hacerlo. Si yo se que puedo pero me falta la fuerza de voluntad”. (E2-P21)

¿Cree que este apoyo es fundamental para Ud.?

“Si porque sola uno no puede”. (E2-P22)

¿Cómo fue la atención?

“Buena...siempre ha sido buena si, y era como me quedaba más cerca como este se inauguro después me trasladaron para acá”. (E2-P23)

¿De qué forma Se está tratando su obesidad?

“Aparte de tratarme la hipertensión (se ríe) si me hacen dieta pero uno es porfiada po, se aburre una semana estoy bien sin pan sin nada, o sea lo que más come uno es pan pero después uno se aburre, Salí de la nutricionista yo po...estuve bien pero ya después me aburrí”. (E2-P24)

¿Ha sentido mejoría en su vida sexual y en general, desde que comenzó el tratamiento?

“Me sentía bien cuando hacia gimnasia, pero ahora como ya no puedo hacer porque tengo eeeh ¿hay como se llama? hernia umbilical, que me la estoy tratando aquí en el hospital de Quilpué. Tengo los papeles para la operación me tienen que llamar de aquí al próximo año”. (E2-P25)

▪ **Rol del Profesional Matrona/ón:**

¿Usted visita a la matrona o acompaña a su pareja a las visitas con esta?

“No...ufff hace caleta de años desde que estaba particular desde el 97 parece que no voy, porque me da vergüenza mostrar mis cositas. Se ríe”. **(E2-P26)**

¿Iría usted a solucionar sus problemas sexuales con este profesional?

“Si de repente sí”. **(E2-P27)**

¿Siente que es un profesional con el cual puede hablar tranquilamente sobre su sexualidad?

“Si porque con mi médico que era antes hombre me trataba con él, pero antes no tenía problemas en todo caso ahora tampoco tengo problemas sexuales nada”. **(E2-P27)**

¿Lo han derivado a otro profesional a partir de la consulta con la matrona?

“No” **(E2-P28)**

¿Ha recibido educación respecto a las consecuencias de la obesidad?

“No, el médico me dijo...trata de adelgazar mijita me dijo pero nada más...se ríe”. **(E2-P29)**

¿Le han Realizado el Examen de Medicina Preventiva?

“No, no me lo han hecho que yo me acuerde, aparte no voy a la matrona del '97”. **(E2-P30)**

¿Qué Profesional se lo ha realizado?

“(No se lo han hecho)” **(E2-P31)**

▪ **Relaciones sexuales:**

¿Cree que su vida sexual, se ha visto afectada por la obesidad?

“No para nada”. (E2-P32)

¿Siente deseos de tener relaciones con su pareja?

“Si. Sipo”. (E2-P33)

¿Con que frecuencia mantiene relaciones sexuales?

“Bueno tres veces a la semana, yo le digo a mi esposo quiero más, pero el me dice estoy cansado”. (E2-P34)

¿Cuáles son las posiciones más habituales que más le acomodan?

“De lado...esa no más porque así no me molesta la hernia”. (E2-P35)

¿Presenta alguna molestia cuando mantiene relaciones?

“No, Nada”. (E2-P36)

¿Genera un ambiente previo antes de la relación sexual?

“Si po, una conversa, unos cariñitos unos besitos se ríe”. (E2-P37)

¿Logra excitarse?

“Si. Definitivamente”. (E2-P38)

¿Alcanza el orgasmo en su relación sexual?

(Gesto afirmativo, lo alcanza). (E2-P39)

¿Cómo se siente después de la relación sexual?

“Cansada y con sueño me quedo dormida.se ríe”. (E2-P40)

¿Cree que podría ser mejor su relación sexual? ¿Cómo?

“Claro que si po...más delgada haría maravillas le digo a mi esposo se ríe es lo que hay mientras quede satisfecha yo y el todo bien”. (E2-P41)

▪ **Sexualidad:**

¿Qué entiende por sexualidad?

“A ver...q entiendo por sexualidad...compentrase con la pareja misma.” (E2-P42)

¿Cómo percibe su sexualidad?

“Bien” (E2-P43)

¿Cree que su pareja la percibe al igual que usted?

“Al menos el no se queja” (E2-P44)

¿Cómo cree que la obesidad le ha afectado en su sexualidad?

“No, yo creo que no afecta, incluso estoy más golosa, eso me dice mi esposo que después de los 40 me puse mas golosa”. (E2-P45)

¿Cómo es su relación de intimidad con su pareja? ¿Posee las condiciones en su hogar para favorecer este acto?

“Bien...todo bien, nos llevamos bien, conversamos, hacemos cuchi cuchi, cucharita se ríe aunque él no es muy detallista le digo yo sé mas detallista pero él me dice que no le nace no mas, en cambio yo si po...una florcita unos pétalos de repente. Se ríe. (E2-P46)

Nº Entrevistado: 3 **Fecha:** 16/ 12/ 2010 **Lugar Entrevista:** Domicilio.

Ciudad: Valparaíso **Cesfam:** Quebrada Verde.

Información General

Sexo: Masculino **Edad:** 27 años **Peso:** 140 kg **Talla:** 1,75 cm **IMC:** 45,1

Años de estudio: 8° Básico.

Ocupación: Auxiliar de Aseo.

Estado civil: Casado

Con pareja actualmente: Sí

Patología asociada: Hipertensión

Años con Obesidad Mórbida: 6 Años

- **Discriminación:**

¿Se ha sentido discriminado por su obesidad?

“Sí, en algunos trabajos que me han hecho bajar de peso y he tenido que retirarme o si no, no me van a dejar por ser gordo”. **(E3-P1)**

¿Cuál fue su reacción?

“Cuando estaba trabajando de guardia, Los mande bien lejos, jajaja”. **(E3-P2)**

¿De qué manera influyó en la construcción de su imagen, autoestima y forma de relacionarse con los demás?

“Que no me complica ser gordo, o no. Tengo una vida normal siendo como soy, he sido flaco y he sido gordo” **(E3-P3)**

▪ **Redes de apoyo:**

Red Primaria

¿Con quién vive?

“Con mi señora, mi hija y mi hermano” (E3-P4)

¿Qué personas de su familia le ofrecen apoyo?

“Mi esposa, hermano e hija”. (E3-P5)

¿Cómo le ayudan a Ud.?

“En todo, cuidándome, comida, tratar de tener una vida normal, lo que pasa es que yo soy muy ansioso si me pasa algo lo que hago o me pongo a comer chocolate o me voy así y me encierro a fumar, siempre”. (E3-P6)

¿Se ha encontrado deprimido?

“Si, algunas veces, me pongo ansioso como chocolate..o me encierro en el baño a fumar” (E3-P7)

¿Cuándo está deprimido cómo le ayudan estas personas con sus problemas?

“Conversando conmigo”. (E3-P8)

¿Tiene o ha tenido pareja? ¿Se siente apoyado por su pareja?

“Si, y si absolutamente”. (E3-P9)

Red Secundaria:

¿Tiene trabajo u ocupación actualmente?

“Si, haciendo aseo”. (E3-P10)

¿Siente que le han negado algún trabajo debido a su Obesidad?

“Cuando trabajaba de guardia me hicieron bajar de peso”. (E3-P11)

¿Ud. Pertenece a algún tipo de grupo comunitario o social?

“Con amigos, que como voy siempre hicimos un grupo y cómo voy siempre, ahí nos contactamos por Facebook, y ahí decimos a la cancha y todos a la cancha”. **(E3-P12)**

¿Cómo se siente en ese grupo?

“Me siento bien con mis amigos”. **(E3-P13)**

¿Le gustaría pertenecer a otro grupo?

“Sí, lo he tenido en mente”. **(E3-P14)**

¿Tiene amigos?

“Sí” **(E3-P15)**

¿Cómo los conoció?

“Es que nos juntamos siempre a jugar a la pelota, y como nos juntamos siempre, entonces se hizo una amistad, así con dos personas que siempre me llaman y con juntamos, así compartimos de repente”. **(E3-P16)**

¿Cómo se lleva con ellos?

“Bien, pero como los otros son más delgados son un poco mejor que yo, y empiezan a molestar, entonces yo me molesto, pero nunca me voy a los golpes, ósea pero yo relativamente no los pesco, me da lo mismo”. **(E3-P17)**

¿Le brindan apoyo cuando los necesita? ¿De qué Manera?

“Consejo más que nada, puedo conversar tranquilamente con ellos. **(E3-P18)**

¿Comparte con su grupo de amigos regularmente?

“Con los chiquillos miércoles, jueves, viernes, sábado”. **(E3-P19)**

Red Institucional:

¿Por qué motivo acudió al consultorio?

“Para hacerme un chequeo, y por que acompañaba mucho a mi señora con la matrona y yo me hice una vasectomía... Yo fui a hacerme un chequeo médico y después como acompañaba a mi señora con la matrona aproveche de hacerle las consultas para hacerme la vasectomía “. (E3-P20)

¿Qué beneficios ha obtenido en el consultorio para mejorar su calidad de vida?

“mmmm..., tener algo más de optimismo, yo por ejemplo soy muy bueno para el chocolate, el 75% de mi comida diaria era chocolate, pero de repente ahora no como tanto chocolate, ósea me decían te hace mal y eso, no lo deje 100% pero si disminuí mucho lo que comía”. (E3-P21)

¿Cree que este apoyo es fundamental para Ud.?

“Depende, depende de cómo te traten o de cómo ser el apoyo, yo creo que si la nutricionista me hubiera dicho, no sabí que, hagamos esto ahora, y luego vamos subiendo. Pero no fue en seco. Y yo con hambre no funciona. Yo como y como hartó”. (E3-P22)

¿Cómo fue la atención?

“Buena, mucho mejor que en otros consultorio, es accesible a la gente no tan complicado”. (E3-P23)

¿De qué forma Se está tratando su obesidad?

“No me la estoy tratando”. (E3-P24)

¿Ha sentido mejoría en su vida sexual y en general, desde que comenzó el tratamiento?

“Cuando estaba en la nutricionista, ‘Me sentía mal quedaba con hambre”.

(E3-P25)

▪ **Rol del Profesional Matrona/ón:**

¿Usted visita a la matrona o acompaña a su pareja a las visitas con esta?

“Así por curiosidad, a control ginecológico, cada 6 meses. Yo soy muy intruso. A ella le hice todas las consultas, sobre la vasectomía, ella me hizo la interconsulta para la vasectomía”. **(E3-P26)**

¿Iría usted a solucionar sus problemas sexuales con este profesional?

“Si, con ella sí, fue algo en ella que me dio confianza, para poder plantearle en seco lo que yo quería, y me dijo ahhh ya no hay problema, la otra matrona que hay no me dio confianza. A partir de eso me derivaron con el Dr. Carmona que es el que me operó”. **(E3-P27)**

¿Siente que es un profesional con el cual puede hablar tranquilamente sobre su sexualidad?

“Si, al principio se hace un poco incomodó creo yo po, pero si” **(E3-P27)**

¿Lo han derivado a otro profesional a partir de la consulta con la matrona?

“Si, a médico para la vasectomía”. **(E3-P28)**

¿Ha recibido educación respecto a las consecuencias de la obesidad?

“ Emm si, que puedo ser hipertenso, que puedo sufrir un ataque al corazón, que puedo tener diabetes que me puedo morir, yaa si me tengo que morir, pero así no todo en el consultorio, así por otro lados, la gente me dice, oye te puede pasar esto, pero ya si me tengo que morir de algo, me tengo que morir”.**(E3-P29)**

¿Le han Realizado el Examen de Medicina Preventiva?

No, hace mucho tiempo solo me hicieron exámenes de rutina, pero eso fue hace muuucho. (E3-P30)

¿Qué Profesional se lo ha realizado?

“No se lo han realizado”.(E3-P31)

▪ **Relaciones sexuales:**

¿Cree que la obesidad ha afectado su vida sexual?

“No, eso siento yo”. (E3-P32)

¿Siente deseos de tener relaciones con su pareja?

“Si. (Sonríe)”. (E3-P33)

¿Con que frecuencia mantiene relaciones sexuales?

“Todos los días”. (E3-P34)

¿Cuáles son las posiciones más habituales que más le acomodan?

“Todas (ríe)”. (E3-P35)

¿Presenta alguna molestia cuando mantiene relaciones?

“Pero ¿en comparación a cuando era delgado? o, solo que término exhausto, pero no importa, Naa, da lo mismo yo creo”. (E3-P36)

¿Genera un ambiente previo antes de la relación sexual?

“Si, creo que si”. (E3-P37)

¿Logra excitarse?

“Si. Por supuesto que si”. (E3-P38)

¿Alcanza el orgasmo en su relación sexual?

“Si eso siento yo”. (E3-P39)

¿Cómo se siente después de la relación sexual?

“Satisfecho, una satisfacción, satisfecho”. (E3-P40)

¿Cree que podría ser mejor su relación sexual? ¿Cómo?

“Si, no se tener más tiempo, más espacio, mas privacidad yo creo”. (E3-P41)

▪ **Sexualidad:**

¿Qué entiende por sexualidad?

“Eehh Todo lo relacionado a sexo, posiciones, formas, caricias, como llevar un sexo bueno, algo así, sexualidad”. (E3-P42)

¿Cómo percibe su sexualidad?

“¿En qué sentido? “En general, de acuerdo a su concepto de sexualidad” (entrevistador). Buena, no tengo trancas, no soy una persona que dice esto me gusta o esto no m gusta.”(E3-P43)

¿Cree que su pareja la percibe al igual que usted?

“Bien, ella no se queja de nada”. (E3-P44)

¿Cómo cree que la obesidad le ha afectado en su sexualidad?

“No me afecta, en lo absoluto” (E3-P45)

¿Cómo es su relación de intimidad con su pareja?

“Buena, excitante, rica, jaja. Todo en general. No tengo tabú, con esto, para otras cosas sí, pero para sexualidad no, tengo una hija de 8 años y después tendré que hablarle abiertamente de esto”. (E3-P46)

Nº Entrevistado: 4 **Fecha:** 01/12/2010 **Lugar entrevista:** Domicilio.

Ciudad: Villa Alemana **Cesfam:** Juan Carlos Baeza (inactivo)

Información General

Sexo: Masculino **Edad:** 25 años **Peso:** 137 kg **Talla:** 1,82 cm **IMC:** 41,4

Años de estudio: 4º medio, actualmente estudiante educación superior.

Ocupación: Estudiante (Duoc UC)

Estado civil: Soltero

Con pareja actualmente: No

Patología asociada: Ninguna

Años con Obesidad Mórbida: Supone que desde infancia.

- **Discriminación:**

¿Se ha sentido discriminado por su obesidad?

“No afortunadamente jamás lo he sentido, quizás se han reído de mí cuando no me doy cuenta, pero mientras no lo escuche está todo bien”. **(E4-P1)**

¿Cuál fue su reacción?

“¿Cuál sería tu reacción si te discriminaran? (cara de malo, broma), mmm..... se me ocurre muchas cosas con mi tamaño podría despedazarlos si yo quisiera ajajaja (ríe) “¿a qué te refieres con despedazarlos?”(entrevistador) Pegarles Po, tengo el tamaño y al agresividad para hacerlo”. **(E4-P2)**

¿De qué manera influyó en la construcción de su imagen, autoestima y forma de relacionarse con los demás?

(Gesto de indiferencia). **(E4-P3)**

- **Redes de apoyo:**

Red Primaria

¿Con quién vive?

“Madre, mi hermana mayor y menor. Soy en único “macho” de la familia (ríe)”. **(E4-P4)**

¿Qué personas de su familia le ofrecen apoyo?

“La verdad que son todos buenas onda, todos me caen la raja. Mis tías”. **(E4-P5)**

¿Cómo le ayudan a Ud.?

“Las hermanas de mi “amita” siempre han sido un apoyo fundamental para mí. Cuando era chiquito mi mamá trabajaba y ellas se hacían cargo de mí y por eso que supongo que quedé tan rellenito (ríe.)” **(E4-P6)**

¿Se ha encontrado deprimido?

“Huiiiii ... Varias veces, pero siempre está mi madre o algún amigo que me apoya. Aunque mis “depres” nunca han sido por mi tamaño ni nada., sino por cosas en particular. Por ejemplo cuando me va mal en la U, o porque me peleo con alguien que quiero esa cuestión siempre me mata”. **(E4-P7)**

¿Cuándo está deprimido cómo le ayudan estas personas con sus problemas?

“La verdad que siempre me han ofrecido lo que yo estime necesario (ríe), me considero súper consentido. Cuando chico me caía y me compraban muchas golosinas para que me calmara, ya de grande eran otras cosas como juegos de videos, tetris y esas cosas de niños”. **(E4-P8)**

¿Tiene o ha tenido pareja? ¿Se siente apoyado por su pareja?

“Cuando tenía pareja, sí, he tenido suerte en ese sentido... debo reconocer Patricia que me cuesta hablar un poco de esto... (refleja ojos llorosos)”. **(E4-P9)**

Red Secundaria:

¿Tiene trabajo u ocupación actualmente?

“Actualmente me desempeño como instructor de la banda de guerra en un colegio y bueno también estudio Automotriz en el Duoc”. (E4-P10)

¿Siente que le han negado algún trabajo debido a su Obesidad?

“Mmm No he postulado a muchos que digamos, pero al menos no lo he sentido así... creo (ríe)”. (E4-P11)

¿Ud. Pertenece a algún tipo de grupo comunitario o social?

“Jajajaja no, no pertenezco a ninguno, ¿para qué? Ni mucho menos a esas cuestiones religiosas. ¿Tú no eres religiosa cierto? (Ríe) “. (E4-P12)

¿Cómo se siente en ese grupo?

(No señala nada, simplemente hace el gesto de pasar de pregunta) (E4-P13)

¿Le gustaría pertenecer a otro grupo?

(Gesto levantando los hombros como si no le interesara). (E4-P14)

¿Tiene amigos?

“Si pues niña, si no estaría más solo que un perro (con tono agresivo)”.(E4-P15)

¿Cómo los conoció?

“En varias partes... por trabajo, por estudios, pero la mayoría son desde el colegio”. (E4-P16)

¿Cómo se lleva con ellos?

“Como te dije recién muy bien, “chévere”, siempre han sido un gran apoyo en todo”. (E4-P17)

¿Le brindan apoyo cuando los necesita? ¿De qué Manera?

“Son todas parecidas tus preguntas jajaja (ríe), si pues señorita, su buena conversación cuando los necesito, más que nada sus presencias. Y bueno, las comidas de mis tías. (ríe)”. **(E4-P18)**

¿Comparte con su grupo de amigos regularmente?

“Si, cuesta porque todos tenemos cosas que hacer pero si nos vemos cuando podemos”. **(E4-P19)**

Red Institucional:

¿Por qué motivo acudió al consultorio?

“Mmm... pucha ¿ Patricia cierto?. En esta parte no te puedo ayudar mucho porque me carga ir al doctor, aunque tenga ficha acá en consultorio que esta cerca, o sea yo sé que tengo obesidad porque se cuanto mido y peso y porque soy muy bueno para “cibernavegar” en la red, pasó “metió” en el note. **(E4-P20)**

¿Qué beneficios ha obtenido en el consultorio para mejorar su calidad de vida?

(Gesto de pasar a pregunta siguiente). **(E4-P21)**

¿Cree que este apoyo es fundamental para Ud.?

(Gesto con las manos de pasar a pregunta siguiente). **(E4-P22)**

¿Cómo fue la atención?

(Se ríe y no dice nada, vuelve a hacer el gesto de cambio de pregunta). **(E4-P23)**

¿De qué forma Se está tratando su obesidad?

“La verdad que no me interesa tratármela ajaja” (Se ríe y hace el gesto de indiferencia colocando la mano bajo la barbilla) **(E4-P24)**

¿Ha sentido mejoría en su vida sexual y en general, desde que comenzó el tratamiento?

“Es que en verdad nunca he hecho ningún tipo de tratamiento”. (E4-P25)

▪ **Rol del Profesional Matrona/ón:**

¿Usted visita a la matrona o acompaña a su pareja a las visitas con esta?

“Nunca he acompañado a nadie ni a mi “ama” (ríe) y no tengo ganas de hacerlo”. (E4-P26)

¿Iría usted a solucionar sus problemas sexuales con este profesional?

“¿Pero ella no atiende a solo mujeres?... No obvio que no iría, Quizás me ponga la famosa T (ríe). Oye, sabes, la verdad no tenía idea de que hacen las de tu carrera, bueno... no sé, igual así me da como cosa pedir ayuda a una mujer”. (E4-P27)

¿Siente que es un profesional con el cual puede hablar tranquilamente sobre su sexualidad?

“Es que nunca he ido”. (E4-P27)

¿Lo han derivado a otro profesional a partir de la consulta con la matrona?

“Ya sabes lo que te voy a responder (de forma irónica)”. (E4-P28)

¿Ha recibido educación respecto a las consecuencias de la obesidad?

(Omite respuesta). (E4-P29)

¿Le han Realizado el Examen de Medicina Preventiva?

“No, como no asisto al consultorio no me hacen exámenes po”. (E4-P30)

¿Qué Profesional se lo ha realizado?

“No se lo han realizado”. (E4-P31)

▪ **Relaciones sexuales:**

¿Cree que su vida sexual, se ha visto afectada por la obesidad?

“No, no lo creo. (Responde de forma incomoda y cortante)”. (E4-P32)

¿Siente deseos de tener relaciones con su pareja?

“Cuando tenía mmm... sí.” (E4-P33)

¿Con que frecuencia mantiene relaciones sexuales?

“Lo hacía frecuentemente. (Se sonroja, y responde mirando el suelo).”.(E4-P34)

¿Cuáles son las posiciones más habituales que más le acomodan?

“¿(ríe) y eso que puede importarte a ti para la tesis? no, no importa lo siento es que no se es como tan personal, en fin...Cualquiera que no sea muy acrobática.” (E4-P35)

¿Presenta alguna molestia cuando mantiene relaciones?

“Generalmente en una rodilla, pero es por una lesión que nunca me trate bien.” (E4-P36)

¿Genera un ambiente previo antes de la relación sexual?

“Si, ósea supongo que sí. (Se mantiene mirando al suelo)”. (E4-P37)

¿Logra excitarse?

“Obvio sipo”. (E4-P38)

¿Alcanza el orgasmo en su relación sexual?

“Sí, sí. (E4-P39)

¿Cómo se siente después de la relación sexual?

“Mmm... Relajado y bueno a veces agotado”. (E4-P40)

¿Cree que podría ser mejor su relación sexual? ¿Cómo?

“Sí, pero la verdad no sé cómo”. (E4-P41)

▪ **Sexualidad:**

¿Qué entiende por sexualidad?

“Me considero medio ignorante pero creo que es todo lo implicado con la salud y bienestar sexual”. (E4-P42)

¿Cómo percibe su sexualidad?

“Bien. (Se mantiene sonrojado)”. (E4-P43)

¿Cree que su pareja la percibe al igual que usted?

“Next.”(E4-P44)

¿Cómo cree que la obesidad le ha afectado en su sexualidad?

“No creo que afecte, no lo creo, en realidad, no lo sé, pero si en el rendimiento físico, cada vez me canso más o me agito fuerte, como cuando me emociono mucho jugando “play” (ríe).” (E4-P45)

¿Cómo es su relación de intimidad con su pareja? ¿Posee las condiciones en su hogar para favorecer este acto?

“No me siento cómodo para hablar de esto, ni con mi ama lo hago, lo siento” (E4-P46)

Nº Entrevistado: 5 **Fecha:** 16/11/2010 **Lugar entrevista:** Domicilio

Ciudad: Quilpué **Cesfam:** Juan Carlos Baeza (en trámites de cambio por actual domicilio)

Información General

Sexo: Femenino **Edad:** 45 años **Peso:** 101 kg **Talla:** 1,60 cm **IMC:** 40,4

Años de estudio: 1º año educación superior. (No continuó estudios)

Ocupación: Cesante

Estado civil: Casada. (Separada de palabra hace 8 años)

Con pareja actualmente: No

Patología asociada: Hipertensión, Hipotiroidismo, Resistencia a la insulina, y miomatosis uterina, ovario folicular.

Años con Obesidad Mórbida: Alrededor de 10 años.

Discriminación:

¿Se ha sentido discriminado por su obesidad?

“Sobre todo cuando uno va en la micro la gente se cambia de asiento cuando le toca con uno y a veces me dan el asiento pensando que estoy embarazada. Con mi primer esposo yo tuve maltrato, me decía cosas feas como me conoció delgada”. **(E5-P1)**

¿Cuál fue su reacción?

“Mmmmm ... me molesto pero trato de no hacer caso”. **(E5-P2)**

¿De qué manera influyó en la construcción de su imagen, autoestima y forma de relacionarse con los demás?

“Mira es que llevo harto tiempo con el autoestima baja desde que mi matrimonio empezó a fallar, empezaron las palabras malas...eso me dijo la psicóloga que el autoestima está bien mala... estamos tratando (risas)”. **(E5-P3)**

▪ **Redes de apoyo:**

Red Primaria

¿Con quién vive?

“Vivo solo con mi mama y mi hijo de un año... Vivía con mis otros... pero en la casa donde vivía con mi ex marido pero como quede embarazada dijo que ya no le correspondía mantenerme.” **(E5-P4)**

¿Qué personas de su familia le ofrecen apoyo?

“Mi mamá me ayuda quedándose con el bebé pero no me ayuda moralmente porque no nos entendemos muy bien y ella también tiene depresión así que a veces reacciona mal y no le puedo contar mis problemas. Como apoyo psicológico cuento con la ayuda de mi hijo menor de 18 años”. **(E5-P5)**

¿Cómo le ayudan a Ud.?

“Como apoyo psicológico cuento con la ayuda de mi hijo mayor de 18 años”. **(E5-P6)**

¿Se ha encontrado deprimido?

“Si, casi siempre me encuentro deprimida.” **(E5-P7)**

¿Cuándo está deprimido cómo le ayudan estas personas con sus problemas?

“No cuento con el apoyo de nadie.” **(E5-P8)**

¿Tiene o ha tenido pareja? ¿Se siente apoyado por su pareja?

“Bueno ahora estoy sin pareja, pero antes de casarme tuve tus parejas, luego mi marido y después que me separé de él, el papá de mi bebé, ahora no cuento con el apoyo de nadie”. **(E5-P9)**

Red Secundaria:

¿Tiene trabajo u ocupación actualmente?

“Ahora estoy sin trabajo pero estoy haciendo cosas de navidad para vende.” **(E5-P10)**

¿Siente que le han negado algún trabajo debido a su Obesidad?

“Igual he ido a 2 trabajos y no he quedado, pero no sé si será por eso, pero quiero pensar que no”. **(E5-P11)**

¿Ud. Pertenece a algún tipo de grupo comunitario o social?

“Estas 2 últimas semanas no he ido pero voy a este grupo religioso y algo esotérico donde se habla de relajación, se dan conferencias como los rituales de misa...si dan apoyo pero uno no va allá a contar sus problemas porque te dan otro punto de vista, te enseñan a que uno mismo tiene que encontrar las herramientas para ayudarse”. **(E5-P12)**

¿Cómo se siente en ese grupo?

“Si me siento acogida ahí porque no se fijan si soy gorda ni nada, me siento aceptada.” **(E5-P13)**

¿Le gustaría pertenecer a otro grupo?

“En realidad me gustaría tener más amigas... pero si podría ser. Acá no hay nada porque hay mucho adulto mayor y hay gimnasia para ellos, yo una vez fui y era muy suave para mí, ni siquiera transpiraba así que no seguí yendo”. **(E5-P14)**

¿Tiene amigos?

“Si una que se fue a Puerto Montt y tengo otra que también está con problemas así que no viene mucho porque mi mamá no deja que venga nadie para acá (lo dice en tono bajo para que su mamá que está en la habitación no escuche)”. (E5-P15)

¿Cómo los conoció?

“A ella la conocí porque era clienta en la peluquería y después como de 2 años se empezó a abrir a contar sus cosas y ahí nos hicimos amigas... la que está en Puerto Montt, era del grupo al que voy”. (E5-P16)

¿Cómo se lleva con ellos?

“Bien”. (E5-P17)

¿Le brindan apoyo cuando los necesita? ¿De qué Manera?

“Sí, me escuchan cuando tengo problemas”. (E5-P18)

¿Comparte con su grupo de amigos regularmente?

“Con la que está acá, si.” (E5-P19)

Red Institucional:

¿Por qué motivo acudió al consultorio?

“Acudí al consultorio debido a la depresión así que me estaba tratando con la psicóloga.” (E5-P20)

¿Qué beneficios ha obtenido en el consultorio para mejorar su calidad de vida?

“Ehhh, solo un poco”. (E5-P21)

¿Cree que este apoyo es fundamental para Ud.?

“Si uno tuviera dinero, prefiero sacar un bono particular.”(E5-P22)

¿Cómo fue la atención?

“Ya llevo varios años ya y encuentro que no hay muchos avances porque es muy corto el tiempo, la última vez que fui hable con ella y le dije que no veía progresos pero me dijo es lo que hay porque es muy poco el tiempo... es como si hubiera perdido el tiempo en todos estos años. Pero también voy al psiquiatra en el hospital pero cuando me toque voy hablar con él para ver si me puede atender el psicólogo del hospital, el ve con más tiempo... eso yo no lo sabía recién lo vine a saber. Me dio escitalopran y ravotril. “ (E5-P23)

¿De qué forma Se está tratando su obesidad?

“La verdad es que no, pero por el asunto de la depresión y la ansiedad pero con esto del estomago que tengo ahora(hepatomegalia según ECO) estoy con régimen absoluto y de verdad yo pensaba que me iba a morir, además con esto de los quiste a los ovarios el doctor me dijo era por la resistencia a la insulina... ahí me asuste porque dije es culpa mía me puede dar hasta quizás cáncer después y empecé a pensar todas esas cosas que me iba a morir así q me empecé a cuidar.” (E5-P24)

¿Ha sentido mejoría en su vida sexual, y en general, desde que comenzó el tratamiento?

“He ido a la nutricionista pero la verdad es que no he seguido el tratamiento, me dan una dieta y pasa cualquier problema y vuelvo de nuevo... y no es tanto la cantidad que coma sino que cuando estoy nerviosa, tomaba una bebida o me compraba galletas y me comía el paquete entero pero ahora no puedo, eso era todo pero como no hago ejercicio por eso estoy gorda. Mira yo estoy consciente de lo que tengo que hacer pero hay días que no estoy ni ahí...como que me da lo mismo, me encierro.” (E5-P25)

- **Rol del Profesional Matrona/ón:**

¿Usted visita a la matrona o acompaña a su pareja a las visitas con esta?

“Si...solo cuando estaba embarazada me acompañaba el papá de la guagua”. (E5-P26)

¿Iría usted a solucionar sus problemas sexuales con este profesional?

“No sé, la verdad es que no sé.” (E5-P27)

¿Siente que es un profesional con el cual puede hablar tranquilamente sobre su sexualidad?

“... yo creo en casos que uno tuviera dolor al tener relaciones pero me da la impresión que para eso hay otro especialista.” (E5-P27)

¿Lo han derivado a otro profesional a partir de la consulta con la matrona?

“Psicólogo, pero me ha dicho anda a la psicóloga y yo le digo ya estoy yendo (ríe).” (E5-P28)

¿Ha recibido educación respecto a las consecuencias de la obesidad?

“No nada de nada” (refiere cara de tristeza) (E5-P29)

¿Le han Realizado el Examen de Medicina Preventiva?

“No, hace mucho tiempo me iban a hacer una vez hace poco pero dije que no, porque tenía que ir a la feria me acuerdo ese día”. (E5-P30)

¿Qué Profesional se lo ha realizado?

(No se lo han realizado.) (E5-P31)

▪ **Relaciones sexuales:**

¿Cree que su vida sexual, se ha visto afectada por la obesidad?

“No. Hasta ahora por lo menos, menos mal”. (E5-P32)

¿Siente deseos de tener relaciones con su pareja?

“Si, Si.” (E5-P33)

¿Con que frecuencia mantiene relaciones sexuales?

“Con mi pareja lo hacíamos bien seguido, casi todos los días.” (E5-P34)

¿Cuáles son las posiciones más habituales que más le acomodan?

“Es que nos gustaba ir variando así que podía ser cualquiera (ríe).” (E5-P35)

¿Presenta alguna molestia cuando mantiene relaciones?

“No, no tengo nada de que quejarme por ahora.” (E5-P36)

¿Genera un ambiente previo antes de la relación sexual?

“Mmm Si.” (E5-P37)

¿Logra excitarse?

“Si, mmm si.” (E5-P38)

¿Alcanza el orgasmo en su relación sexual?

“A veces, no siempre.” (E5-P39)

¿Cómo se siente después de la relación sexual?

“Bien.” (E5-P40)

¿Cree que podría ser mejor su relación sexual? ¿Cómo?

“No, estaba bien con él.” (E5-P41)

▪ **Sexualidad:**

¿Qué entiende por sexualidad?

“Eehh... es como uno se relaciona con el sexo opuesto, si siente atracción, si le dan deseos, por ahí, no se”. (E5-P42)

¿Cómo percibe su sexualidad?

“Ahora está reprimida porque no quiero nada con ningún hombre quedé traumada (ríe), no sé cuánto me irá a durar.” (E5-P43)

¿Cree que su pareja la percibe al igual que usted?

“No quiero nada con ningún hombre por ahora.” (E5-P44)

¿Cómo cree que la obesidad le ha afectado en su sexualidad?

“En el sentido que me cansaba no mas, una vez sentí que se me aceleró mucho el corazón, ahí me dio miedo.” (E5-P45)

¿Cómo es su relación de intimidad con su pareja? ¿Posee las condiciones en su hogar para favorecer este acto?

“Cuando tenía pareja era buena, lo único malo era que yo tenía que buscarlo, yo notaba que era yo la mas fogosa y él como que se reprimía, porque el tenia problemas de alcohol y drogas pero después supe.” (E5-P46)

Nº Entrevistado: 6 **Fecha:** 28/01/2011 **Lugar entrevista:** Domicilio.

Ciudad: Valparaíso **Cesfam:** Quebrada verde

Información General

Sexo: Femenino **Edad:** 33 años **Peso:** 93 kg **Talla:** 1,54 cm **IMC:** 40,3

Años de estudio: 8° básico.

Ocupación: Vendedora de dulces

Estado civil: Casada.

Con pareja actualmente: No

Patología asociada: Hipertensión.

Años con Obesidad Mórbida: 12 años.

Discriminación:

¿Se ha sentido discriminado por su obesidad?

“Si, en toda situación cuando tu vay en el colegio de mis hijos, aquí mismo mis vecinos, porque ellos no te dicen Carol sino oye guatona te dicen, así crían a sus hijos también, porque si tu le dices a la persona como se llama. Parece que va educación por casa, sipo y mi hija también es gordita y sufre mucho en el colegio.”

(E6-P1)

¿Cuál fue su reacción?

“Da rabia, pero después se pasa y trato de no tomarlo en cuenta” **(E6-P2)**

¿De qué manera influyó en la construcción de su imagen, autoestima y forma de relacionarse con los demás?

“Me pongo más negativa de lo que soy.” **(E6-P3)**

▪ **Redes de apoyo:**

Red Primaria

¿Con quién vive?

“Con mis 3 hijos.” (E6-P4)

¿Qué personas de su familia le ofrecen apoyo?

“Eeeh mi ex pareja igual me da apoyo porque el viene a ver a sus padres y me dice que te tiene que importar la demás gente y mis hijos”. (E6-P5)

¿Cómo le ayudan a Ud.?

“Mis hijos me dicen mama no le haga caso no esté ni ahí, hay que seguir adelante y mi ex esposo me dice que no pesque a la demás gente”. (E6-P6)

¿Se ha encontrado deprimido?

“Si, constantemente.” (E6-P7)

¿Cuándo está deprimido cómo le ayudan estas personas con sus problemas?

“Mis hijos me ayudan estando conmigo, y diciéndome que siga adelante como hasta ahora”. (E6-P8)

¿Tiene o ha tenido pareja? ¿Se siente apoyado por su pareja?

“Si, nuestros problemas fueron de otra clase”. (E6-P9)

Red Secundaria:

¿Tiene trabajo u ocupación actualmente?

“Vendo dulces en la marina mercante, tengo un carrito”. (E6-P10)

¿Siente que le han negado algún trabajo debido a su Obesidad?

“No, es que nunca he pedido trabajo, he trabajado siempre de forma independiente.” (E6-P11)

¿Ud. Pertenece a algún tipo de grupo comunitario o social?

“No, a la iglesia no más”. (E6-P12)

¿Cómo se siente en ese grupo?

“Si, es que soy de esas que entra y después al tiro sale”. (E6-P13)

¿Le gustaría pertenecer a otro grupo?

“No.” (E6-P14)

¿Tiene amigos?

“Si, una sola.” (E6-P15)

¿Cómo los conoció?

“Por la iglesia igual”. (E6-P16)

¿Cómo se lleva con ellos?

“Súper bien”. (E6-P17)

¿Le brindan apoyo cuando los necesita? ¿De qué Manera?

“Si nos damos apoyo mutuamente, porque nos llamamos es que ella igual es gordita entonces nos llamamos yo le digo una cuídate, cuida a tus hijos porque a ella la dejo la pareja le hizo la guagua y se fue entonces ella esta solita y vive con la hermana, arriendan una casa las dos”. (E6-P18)

¿Comparte con su grupo de amigos regularmente?

“Si, una vez al mes”. (E6-P19)

Red Institucional:

¿Por qué motivo acudió al consultorio?

“Por la Hipertensión es que yo llegue del sur y era hipertensa, quede hipertensa del embarazo”. (E6-P20)

¿Qué beneficios ha obtenido en el consultorio para mejorar su calidad de vida?

“No muchos, es que no me gusta ir a la nutricionista.” (E6-P21)

¿Cree que este apoyo es fundamental para Ud.?

“No mucho, la verdad no me gusta ir porque me dicen compra esto y esto otro y no hay plata.” (E6-P22)

¿Cómo fue la atención?

“Si, buena, Porque el enfermero don fredy atiende súper bien él es el que me hizo la y me derivó al médico.” (E6-P23)

¿De qué forma se está tratando su obesidad?

“Es que yo hice una dieta y baje casi 30 kilos, hacia gimnasia todos los días, comía ensalada ymm, baje harto y después quede embarazada de mi hijo, del mas chico y de ahí volvi a subir pero las consecuencias que pague fue el haberme descalcificado... “¿y le dieron calcio?” (Entrevistador) No, no me dieron en el embarazo no dan calcio, porque yo era obesa mórbida entonces como uno es más gorda no dan.”

“Nunca me he tratado la obesidad sólo por mi cuenta, porque siento mucha ansiedad ese es mi problema, yo me he fijado y es mental, parece que la mente te dijera tení hambre, tení hambre aunque estis satisfecha y yo sufro igual sufro porque dicen hay la gorda ohh mi gorda hola gordita pa todo, entonces yo digo yo me alejo. Mi papa es obeso, mi padre es obeso, mi abuela es obesa y mi padre

tiene esa enfermedad cuando los bebés se quedan dormidos, él puede estar viendo tele y se queda dormido” (E6-P24)

¿Ha sentido mejoría en su vida sexual y en general, desde que comenzó el tratamiento?

“Si mucho, es que yo me fijo en la ropa y la ropa me caía baje a talla 42 y ahora yo sufro si yo igual me encierro no hay mucho contacto con la gente igual yo la pienso después de comer tú te sientes culpable... de chica empezaría a los 14 años que comía y vomitaba, comía y vomitaba porque mi mamá igual me decía no tenía que comer tanto de ahí viene y de ahí me cuida hasta los 21 y de ahí jodí, es que quede dos meses hospitalizada, si casi me muero me dio pre-eclampsia y me hinche asiii, me reventaba me salía sangre de narices, si incluso en el parto, me hicieron tener parto normal y tenía que ser cesárea y en el parto se me subió la presión, se me subió.. tenía dos médicos arriba mío me cacheteaban y yo lo único que sentía así a lo lejos carol... carol... se va el dolor todo tu no sientes ningún dolor nada te hablaban a lo lejos así como que escuchabas a lo lejos las voces y eso me pasó a mí y habían mamás teniendo guaguüitas en asiento y a mí no me sacaron de ahí y después me pasaron al tiro a mi guagua para que yo despertara y después de eso no se me cerró el útero quedo abierto y me lo cerraron con inyecciones, y yo metía toda mi mano”. (E6-P25)

▪ **Rol del Profesional Matrona/ón:**

¿Usted visita a la matrona o acompaña a su pareja a las visitas con esta?

“Si...por el pap” (E6-P26)

¿Iría usted a solucionar sus problemas sexuales con este profesional?

“Si, con la matrona si, siendo mujer no hay problema.” (E6-P27)

¿Siente que es un profesional con el cual puede hablar tranquilamente sobre su sexualidad?

“Sí” (E6-P27)

¿Lo han derivado a otro profesional a partir de la consulta con la matrona?

“A la nutricionista.” (E6-P28)

¿Ha recibido educación respecto a las consecuencias de la obesidad?

“Sí, pero más el enfermero”. (E6-P29)

¿Le han Realizado el Examen de Medicina Preventiva?

“Si me lo hice una vez, cuando recién descubrí que era hipertensa, en el hospital descubrieron cuando tuve a mi hijo”. (E6-P30)

¿Qué Profesional se lo ha realizado?

“El enfermero me lo realizó, pero hace hartoo tiempo, años ya”. (E6-P31)

▪ Relaciones sexuales:

¿Cree que su vida sexual, se ha visto afectada por la obesidad?

“Si, físicamente, igual afecta porque tú te sentí incomoda no mostrai tu cuerpo”. (E6-P32)

¿Siente deseos de tener relaciones con su pareja?

“Yo creo que si, a veces”. (E6-P33)

¿Con que frecuencia mantiene relaciones sexuales?

“Una vez al mes”. (E6-P34)

¿Cuáles son las posiciones que más le acomodan?

“Yo arriba de él”. (E6-P35)

¿Presenta alguna molestia cuando mantiene relaciones?

“Si siento mucho dolor en mis ovarios, teniendo o no teniendo relaciones.”
(E6-P36)

¿Genera un ambiente previo antes de la relación sexual?

“Si, siempre estamos solos, mientras no estén los niños.” (E6-P37)

¿Logra excitarse?

“Si (sonríe)”. (E6-P38)

¿Alcanza el orgasmo en su relación sexual?

“Si, claro”. (E6-P39)

¿Cómo se siente después de la relación sexual?

“Me siento sola después, porque igual no estamos juntos”. (E6-P40)

¿Cree que podría ser mejor su relación sexual? ¿Cómo?

“Si fuera más delgada yo creo q si, por el mismo cuerpo”. (E6-P41)

▪ **Sexualidad:**

¿Qué entiende por sexualidad?

“La unión de la pareja.” (E6-P42)

¿Cómo percibe su sexualidad?

“Mmm Sana”. (E6-P43)

¿Cree que su pareja la percibe al igual que usted?

“El igual sana.” (E6-P44)

¿Cómo cree que la obesidad le ha afectado en su sexualidad?

“En todos los sentidos porque yo me siento culpable por ser obesa, incluso hasta para cambiarse ropa uno se esconde”. (E6-P45)

¿Cómo es su relación de intimidad con su pareja? ¿Posee las condiciones en su hogar para favorecer este acto?

“Igual me escondo mucho, yo creo q en eso”. (E6-P46)

Nº Entrevistado: 7 **Fecha:** 28/01/2011 **Lugar entrevista:** Domicilio

Ciudad: Valparaíso **Cesfam:** Quebrada Verde

Información General

Sexo: Femenino **Edad:** 59 años **Peso:** 106kg **Talla:** 1.49 cm **IMC:** 48,1

Años de estudio: 2º básico.

Ocupación: Dueña de casa, Ocasionalmente vendedora de pescado.

Estado civil: Casada.

Con pareja actualmente: Si

Patología asociada: Hipertensión, Diabetes

Años con Obesidad Mórbida: 30 años

Discriminación:

¿Se ha sentido discriminado por su obesidad?

“No, todos me dicen opérate, opérate sácate esas cosas demás, no le dije déjenme así, si me conocieron así, así tengo que quedarme. Yo no me meto mucho con la gente de aquí”. **(E7-P1)**

¿Cuál fue su reacción?

(No supo expresarse, percibe que no la han discriminado). **(E7-P2)**

¿De qué manera influyó en la construcción de su imagen, autoestima y forma de relacionarse con los demás?

(Percibe que no ha experimentado discriminación y no se relaciona mucho con la gente). **(E7-P3)**

- **Redes de apoyo:**

Red Primaria

¿Con quién vive?

“Yo vivo con mi marido y mi hijo”. (E7-P4)

¿Qué personas de su familia le ofrecen apoyo?

“Todos, todos me apoyan me por ser yo voy pido cualquiera cosa y ellos me la pasan al tiro, es por ser mi cuñada la Isabel y mi suegra”. (E7-P5)

¿Cómo le ayudan a Ud.?

“Todos me apoyan me por ser yo voy pido cualquiera cosa y ellos me la pasan al tiro”. (E7-P6)

¿Se ha encontrado deprimido?

“De repente me pongo deprimida así, es que a veces cuando no ha venido mi nieto, me pongo deprimida me da el bajón porque como no me viene a ver mucho muy seguido y tiene ocho años ya es el único nieto que tengo y por eso a veces me dice mi cuñada me dice, yaaa ya andai tonta me dice y nooo a veces por ser a veces amanezco con harto, y me pongo a rezar pedirle a dios que me de fuerzas yo soy muy católica”. (E7-P7)

¿Cuándo está deprimido cómo le ayudan estas personas con sus problemas?

“Por ser yo a veces le digo chabela veeme cuando me toca control, y ella me pide un favor”. (E7-P8)

¿Tiene o ha tenido pareja? ¿Se siente apoyado por su pareja?

“Por ser mi marido me dice ya guatoncita me dice ee porque cuando yo empecé recién a ir a la escuela no le gustaba y eran dos veces a la semana nomas jueves y martes y me decía ya ya voy a ir al colegio y que querí le dije yo si es por mi a mi me dio por aprender yo llegaba a soñar señorita, soñaba con una mochila en la espalda, ir a la escuela y después se jue dando, y me dice ya guatoncita a veces cuando estaba sin pega ya mira se te va a pasar ahora me dice si me apoya hartito mi hijo también, y al igual que cuando ando con dolor de rodillas, anda al hospital y le digo yo pa que si me te van a dar puras pastillas pa que po sipo y aburren las pastillas”. (E7-P9)

Red Secundaria:

¿Tiene trabajo u ocupación actualmente?

“Dueña de Casa nomas, A veces vendo pescado, a veces me da flojera y no vendo, yo vendo en la esquinita nomas”. (E7-P10)

¿Siente que le han negado algún trabajo debido a su Obesidad?

“No, trabajo de forma independiente”. (E7-P11)

¿Ud. Pertenece a algún tipo de grupo comunitario o social?

“No antes iba a donde las abuelitas, pero ahora no puedo como estoy estudiando, a la iglesia voy todos los domingos.” (E7-P12)

¿Cómo se siente en ese grupo?

“Si, si no voy pareciera que algo me falta a mi algo me falta yo le digo a mi marido si no voy a la iglesia el día domingo y algo me falta y me dice ya se te va a pasar la hora para ir a la iglesia, es muy esquivo el pa por ser yo voy y me dice ya voy a pegarte con una piedra en el pecho no importa le digo yo doy gracias a dios que dios me tiene con vida y salud”. (E7-P13)

¿Le gustaría pertenecer a otro grupo?

“No, sabe que, yo no tengo tiempo”. (E7-P14)

¿Tiene amigos?

“No yo mi cuñada y mi suegra nomas, yo amigas no tengo aquí.” (E7-P15)

¿Cómo los conoció?

“Es que es mi cuñada y mi suegra”. (E7-P16)

¿Cómo se lleva con ellos?

“Si bien”. (E7-P17)

¿Le brindan apoyo cuando los necesita? ¿De qué Manera?

“Sí, me ayuda harto”. (E7-P18)

¿Comparte con su grupo de amigos regularmente?

“Si, es mi vecina”. (E7-P19)

Red Institucional:

¿Por qué motivo acudió al consultorio?

“No porque yo me controlaba porque estaba embarazada del niño y toda la vida me he controlado ahí”. (E7-P20)

¿Qué beneficios ha obtenido en el consultorio para mejorar su calidad de vida?

“Indicaciones noma, y el control que le hacen a una”. (E7-P21)

¿Cree que este apoyo es fundamental para Ud.?

“Si, es bueno, m felicitan cuando me pesan “. (E7-P22)

¿Cómo fue la atención?

“No, esta bieeen, si me atienden bien acá arriba porque todos me conocen.”

(E7-P23)

¿De qué forma Se está tratando su obesidad?

“Eeeh por ser yoooo, yo misma me puse a régimen yo no le como dulces, no le como chocolate no le como ninguna de esas cosas”. **(E7-P24)**

¿Ha sentido mejoría en su vida sexual y en general, desde que comenzó el tratamiento?

“Si, sabe yo me siento más liviana más ágil, si y mas que subo y bajo esta escala todo el dia, me encuentro más ágil, antes no porque antes me cansaba me dolía la pierna ahora no como estoy más delgada yo me noto que estoy mas delgá por los calzones y los sostenes me están quedando sueltos”. **(E7-P25)**

▪ **Rol del Profesional Matrona/ón:**

¿Usted visita a la matrona o acompaña a su pareja a las visitas con esta?

“Si cuando me hicieron el pap ahí yo fui a fui a ver po pero no había medico aquí arriba no me dijeron nunca el resultado ahora voy a empezar a ir de nuevo con la matrona”. **(E7-P26)**

¿Iría usted a consultar sus problemas sexuales con este profesional?

“Yo creo que sí”. **(E7-P27)**

¿Siente que es un profesional con el cual puede hablar tranquilamente sobre su sexualidad?

“Yo lo único que coloco nerviosa cuando a uno le preguntan por la cuestión que uno tiene relaciones sexuales con el marido yo me pongo nerviosa me da vergüenza por eso yo con una mujer no porque uno tiene experiencia confianza para hablar y con un hombre no”. **(E7-P27)**

¿Lo han derivado a otro profesional a partir de la consulta con la matrona?

“No”. (E7-P28)

¿Ha recibido educación respecto a las consecuencias de la obesidad?

“No, no me ha dicho nada.” (E7-P29)

¿Le han Realizado el Examen de Medicina Preventiva?

“No, me hacen exámenes cada 3 meses porque soy paciente crónica.” (E7-P30)

¿Qué Profesional se lo ha realizado?

(No le han realizado el examen). (E7-P31)

▪ **Relaciones sexuales:**

¿Cree que su vida sexual se ha visto afectado por la obesidad?

“Yo no, la diabetes es la que me está afectando”. (E7-P32)

¿Siente deseos de tener relaciones con su pareja?

“No de eso yo no tengo yo lo atribuyo a la diabetes y a veces a algo mi es que sabe señorita yo le voy a decir la verdad es que a mí me da asco de repente, me da asco no todos los días no a mi me da asco en realidad a mi me da asco y yo no le he dicho a él me da asco de repente y me dice vo teni otro por ahí no le digo yo ojala tuviera otro ajaja y no y en realidad a mi me da asco no sé por qué y mas que él toma más asco me da por eso yo le digo no, en realidad no me ayuda mucho sabe que yo hasta a veces peleo con él porque a veces viene mi cuñado él como es soltero viene a tomar pa acá y yo le digo no po esto aquí en la casa no po estope le digo yo y ahí nos ponemos a pelear y que si la casa es mía me dice yapo le digo yo la casa es tuya yapo cuando llegui no me vay a encontrar y después me dice no mi guatoncita”. (E7-P33)

¿Con que frecuencia mantiene relaciones sexuales?

“Como no pasan tres cuatro meses y no”. (E7-P34)

¿Cuáles son las posiciones más habituales que más le acomodan?

“Por ser así como la pone el marido no ma”. (E7-P35)

¿Presenta alguna molestia cuando mantiene relaciones?

“No nada”. (E7-P36)

¿Genera un ambiente previo antes la relación sexual?

“No, no creo hacerlo.” (E7-P37)

¿Logra excitarse?

“Si, si”. (E7-P38)

¿Alcanza el orgasmo en su relación sexual?

“Mmm Si”. (E7-P39)

¿Cómo se siente después de la relación sexual?

“Ahí quedo agota, me canso mucho”. (E7-P40)

¿Cree que podría ser mejor su relación sexual? ¿Cómo?

“No si no”. (E7-P41)

▪ **Sexualidad:**

¿Qué entiende por sexualidad?

“Cuando uno tiene relaciones con el marido”. (E7-P42)

¿Cómo percibe su sexualidad?

“No si bien, nos sentimos bien los dos”. (E7-P43)

¿Cree que su pareja la percibe al igual que usted?

“Los dos nos sentimos bien “. (E7-P44)

¿Cómo cree que la obesidad le ha afectado en su sexualidad?

“No, en ningún sentido no”. (E7-P45)

¿Cómo es su relación de intimidad con su pareja? ¿Posee las condiciones en su hogar para favorecer este acto?

“No, no nos hacemos cariño”. (E7-P46)

Nº Entrevistado: 8 **Fecha:** 10/03/2011 **Lugar entrevista:** Domicilio

Ciudad: Viña del Mar **Cesfam:** Miraflores (Inactivo)

Información General

Sexo: Masculino **Edad:** 24 años **Peso:** 108kg **Talla:** 1,65 cm **IMC:** 40,5

Años de estudio: Cursando 3º año de educación superior.

Ocupación: Administrativo.

Estado civil: Casado.

Con pareja actualmente: Si

Patología asociada: Hipertensión, Diabetes

Años con Obesidad Mórbida: 18 años, mórbida hace 4

Discriminación:

¿Se ha sentido discriminado por su obesidad?

“Yo creo que en algunos aspectos como por ejemplo cuando se es chico y tus compañeros de clases te tratan mal por ser un poco más gordito que el resto. Pero cuando se es grande como que se hace normal que te digan el gordito o un sin fin de sobrenombres yo vivo con el que me digan gordo o gordito pero solo con ciertas personas lo acepto no con todos por una cosa de respeto. Si me e sentido discriminado pero por otras personas no por la gente que me rodea y veo todos los día”. **(E8-P1)**

¿Cuál fue su reacción?

“Solo en el colegio cuando iba en la enseñanza básica ya que creo que es una edad a la cual se notan mas las diferencias corporales que después ya que después más grande uno conoce a las personas antes de juzgarlas...”

...Mi reacción fue de pena por juzgarme antes de conocerme ya que me decía porque yo soy así y ellos no si por dentro soy igual que todos”. **(E8-P2)**

¿De qué manera influyó en la construcción de su imagen, autoestima y forma de relacionarse con los demás?

“Nunca influyo mucho en mi autoestima ya que siempre he sabido que soy así y tengo una aceptación de soy gordito increíble y no me cuesta relacionarme mucho con la gente siempre se cómo llegar a las personas en todo sentido y les caigo bien y creo que por esta aceptación que me dan me siento como uno más y no me veo discriminado como lo ven otras personas con sobre peso”. **(E8-P3)**

▪ **Redes de apoyo:**

Red Primaria

¿Con quién vive?

“Con mi esposa y mis dos hijos”. **(E8-P4)**

¿Qué personas de su familia le ofrecen apoyo?

“Toda mi familia me apoya y me dicen baja de peso que estay muy gordito.” **(E8-P5)**

¿Cómo le ayudan a Ud.?

“Me ayuda mi polola a bajar de peso haciéndome comidas más livianas y tratando de no comer en las noches me ayuda porque dice que me que me cuide por mis hijos que no me hace bien para la salud estando tan gordito”. **(E8-P6)**

¿Se ha encontrado deprimido?

“Si, En realidad cuando me encuentro deprimido por mi peso recurro a mi esposa porque es la que siempre está allí conmigo y me anima”. **(E8-P7)**

¿Cuándo está deprimido cómo le ayudan estas personas con sus problemas?

“Dándome ánimos y consejos como deja de comer y que no me compre cosas a escondidas que eso solo me perjudica a mí”. **(E8-P8)**

¿Tiene o ha tenido pareja? ¿Se siente apoyado por su pareja?

“Si siempre que la necesito esta para mí para ayudarme y darme consejos”. **(E8-P9)**

Red Secundaria:

¿Tiene trabajo u ocupación actualmente?

“Si trabajo en Colloky y si me he adaptado a mi ocupación en el trabajo por mi obesidad”. **(E8-P10)**

¿Siente que le han negado algún trabajo debido a su Obesidad?

“No nunca me ha pasado eso de que no me dejen trabajando por ser gordito”. **(E8-P11)**

¿Ud. Pertenece a algún tipo de grupo comunitario o social?

“No pertenezco a ningún grupo comunitario solo a mi grupo de amigos”. **(E8-P12)**

¿Cómo se siente en ese grupo?

“Bien, porque no me miran con otros ojos por ser mas gordito.(No pertenece a ningún grupo)”. **(E8-P13)**

¿Le gustaría pertenecer a otro grupo?

“No, en este grupo de amigos me siento muy a gusto”. **(E8-P14)**

¿Tiene amigos?

“Sí”. (E8-P15)

¿Cómo los conoció?

“Por otros amigos y así sucesivamente”. (E8-P16)

¿Cómo se lleva con ellos?

“Bien, ya que siempre comparto con ellos”. (E8-P17)

¿Le brindan apoyo cuando los necesita? ¿De qué Manera?

“Sí, Dándome consejos visitándome a mi casa a ver como estoy”. (E8-P18)

¿Comparte con su grupo de amigos regularmente?

“Sí, siempre los fines de semana”. (E8-P19)

Red Institucional:

¿Por qué motivo acudió al consultorio?

“Actualmente no he ido al consultorio y no he tratado mi obesidad...Cuando era más niño (hablamos por ahí en el ‘98) fui para hacerme un tratamiento por mi obesidad infantil, pero como toda dieta, termine dejándola y nunca más logre bajar , de hecho soy 18 años gordito y estoy acostumbrado a ser así”. (E8-P20)

¿Qué beneficios ha obtenido en el consultorio para mejorar su calidad de vida?

“No me he beneficiado, ya que no acudo al consultorio”. (E8-P21)

¿Cree que este apoyo es fundamental para Ud.?

(No asiste al consultorio). (E8-P22)

¿Cómo fue la atención?

(No asiste al consultorio). **(E8-P23)**

¿De qué forma Se está tratando su obesidad?

“No, no me la estoy tratando”. **(E8-P24)**

¿Ha sentido mejoría en su vida desde que comenzó el tratamiento?

“(No trata su obesidad)” **(E8-P25)**

▪ **Rol del Profesional Matrona/ón:**

¿Usted visita a la matrona o acompaña a su pareja a las visitas con esta?

“No visito a la matrona. Sólo cuando acompañaba a mi esposa a los controles prenatales. Era simpática conmigo si, muy acogedora”. **(E8-P26)**

¿Iría usted a consultar sus problemas sexuales con este profesional?

“Quizá, aunque no tengo problemas sexuales, es mas nunca los he tenido”. **(E8-P27)**

¿Siente que es un profesional con el cual puede hablar tranquilamente sobre su sexualidad?

“Yo me imagino que si, la matrona que conocí era una mujer muy amena y confiable”. **(E8-P27)**

¿Lo han derivado a otro profesional a partir de la consulta con la matrona?

“Como no me atendía yo (ríe) no, pero me aconsejo que pidiera hora con médico general para hacerme un chequeo médico y realizarme exámenes”. **(E8-P28)**

¿Ha recibido educación respecto a las consecuencias de la obesidad?

“Me aconsejo la hora al médico para hacerme los chequeos, y me explico sobre las consecuencias de mi obesidad que podrían ser diabetes, triglicéridos altos creo que así se dice (ríe) y entre otras cosas más”. (E8-P29)

¿Le han Realizado el Examen de Medicina Preventiva?

“No, nunca, eso creo” (E8-P30)

¿Qué Profesional se lo ha realizado?

“Yo se que la matrona es una de las que hace ese examen... EMPA, pero esa vez cuando fui con mi esposa estaba apurado y luego me fui al trabajo”. (E8-P31)

▪ **Relaciones sexuales:**

¿Cree que su vida sexual ha sido afectada por la obesidad?

“No ha afectado mi vida sexual hasta el momento”. (E8-P32)

¿Siente deseos de tener relaciones con su pareja?

“Siempre tenemos y siempre de manera normal”. (E8-P33)

¿Con que frecuencia mantiene relaciones sexuales?

“Son 4 o 5 veces a la semana”. (E8-P34)

¿Cuáles son las posiciones más habituales que más le acomodan?

“Ella arriba”. (E8-P35)

¿Presenta alguna molestia cuando mantiene relaciones?

“No, todo normal”. (E8-P36)

¿Genera un ambiente previo antes de la relación sexual?

“Si de esa forma se crea un ambiente más romántico, dispuesto a entregarse al otro”. (E8-P37)

¿Logra excitarse?

“Si po”. (E8-P38)

¿Alcanza el orgasmo en su relación sexual?

“Algunas veces nada más, antes era más frecuente. Desde que soy más gordito me ha costado un poco. La verdad no sé si eso influye pero lo he notado”. (E8-P39)

¿Cómo se siente después de la relación sexual?

“Algunas veces muy agitado”. (E8-P40)

¿Cree que podría ser mejor su relación sexual? ¿Cómo?

“No, no creo, ya que siempre son diferentes”. (E8-P41)

▪ **Sexualidad:**

¿Qué entiende por sexualidad?

“Entiendo que son las sexualidad es de las personas para diferenciar los hombres de las mujeres y para buscar el placer sexual del humano”. (E8-P42)

¿Cómo percibe su sexualidad?

“Yo percibo mi sexualidad por mi instinto de hombre y ella la percibe de la misma manera”. (E8-P43)

¿Cree que su pareja la percibe al igual que usted?

“De la misma manera que yo”. (E8-P44)

¿Cómo cree que la obesidad le ha afectado en su sexualidad?

“No, no ha afectado nunca mi sexualidad”. **(E8-P45)**

¿Cómo es su relación de intimidad con su pareja? ¿Posee las condiciones en su hogar para favorecer este acto?

“Buena, siempre clara y con respeto”. **(E8-P46)**