

OBESIDAD, SEXUALIDAD, SALUD MENTAL

MsC. Salvador Salazar Amador (Cuba)

RESUMEN

Objetivos:

Investigar las causas que provocan en las obesas investigadas una ingesta excesiva.

Demostrar la necesidad de un estilo de vida motivador.

Informar la necesidad de desarrollar adecuadamente la sexualidad.

Metodología:

Confección de una guía de entrevista que recoge antecedentes y realidad sexual actual.

Creación de un grupo educativo terapéutico donde a través de la discusión franca y la información adecuada pudiesen aprender un nuevo estilo de vida lleno de motivaciones y disfrute partiendo del criterio de que ello es imprescindible si se quiere reducir la ingesta, requisito indispensable para no recaer en la obesidad.

La muestra estuvo conformada por el universo de pacientes ingresados en los años 2007 y 2008: 92 pacientes, con edades entre los 16 y 55 años.

Materiales:

Grabadora a fin de recoger las entrevistas, papel y lápiz.

Resultados:

Resultaron muy interesantes las respuestas de un grupo de pacientes egresadas de nuestro centro y con las cuales mantenemos contacto periódico. En cuanto a la obesidad ninguna de este grupo había vuelto a engordar: mantienen la línea pasado más de un año de su estancia en el hospital, en todos los casos informaron que había mejorado su relación de pareja, no solo su disfrute sexual, sino que en general se llevaban mejor, había más armonía, además sentían como en su familia había más cohesión, mejores relaciones con los hijos, algo que podía resumirse en una sola palabra; felicidad.

INTRODUCCIÓN

Debido a los malos hábitos dietéticos, la frecuencia de pacientes con sobrepeso aumenta cada día, trayendo consigo un importante número de complicaciones asociadas a esta enfermedad, una vejez y muerte prematura. También hay efectos negativos de índole social y psicológica. Las personas con sobrepeso a menudo son

objeto de burlas y esto conlleva a problemas emocionales no expresados fácilmente por lo cual sufren. Basta analizar algunos de los porcentajes obtenidos en investigaciones realizadas: El 15% de la población dedica más de 2 horas diarias a ver la televisión, y coincide con el porcentaje que posee un Índice de masa corporal mayor, El 82% considera que está peor vista socialmente una mujer obesa que un hombre en la misma situación, un 65% opina que una persona delgada le resulta más fácil encontrar un trabajo que una persona con exceso de peso; un 72%, tanto hombres como mujeres, cree que el exceso de peso es un impedimento a la hora de encontrar pareja sentimental.

A pesar de ello cerca de la cuarta parte no realiza ningún tipo de actividad, ni habitual ni esporádica a fin de combatir la obesidad y entre aquellos que lo hacen el 40% está motivado por cuestiones estéticas y no de salud. De los que desean adelgazar, el 92% utilizaría cualquier método que haya funcionado con alguien conocido y solo el 20% acudiría al médico como último recurso. Más de la mitad ha intentado perder peso haciendo algo que podría poner en peligro su salud: las llamadas "dietas milagro", optar por dejar de comer, comer pero vomitar a continuación o comer un sólo tipo de alimento o una sola vez al día.

La obesidad es una enfermedad crónica originada por muchas causas y con numerosas complicaciones, se caracteriza por el exceso de grasa en el organismo. Es el resultado del consumo de una cantidad de calorías mayor que las que el cuerpo utiliza. Anteriormente se consideraba que la persona con sobrepeso era quien gozaba de buena salud, sin embargo ahora se sabe que la obesidad ocasiona múltiples perjuicios a nuestra salud. La obesidad es una amenaza para la vida, una enfermedad progresiva y crónica de proporciones epidémicas que afecta a todo el mundo.

Los factores genéticos y ambientales influyen, pero como interactúan para determinar el peso de una persona aún se desconocen con exactitud. La influencia genética contribuye en un 33 por ciento aproximadamente, pero esta influencia puede ser mayor o menor en cada persona. Los factores socioeconómicos influyen fuertemente, sobre todo entre las mujeres. La obesidad es mucho más frecuente entre las mujeres de nivel socioeconómico bajo. El motivo no se entiende por completo, pero se sabe que las medidas contra la obesidad aumentan con el nivel social. Las mujeres de nivel socioeconómico más alto tienen más tiempo y recursos para hacer dietas y ejercicios, así como un mayor aprecio e interés por su estética.

Los trastornos emocionales, antiguamente considerados como importante causa de la obesidad, se consideran actualmente como una reacción a los prejuicios y discriminación contra las personas obesas. Uno de los tipos de trastorno emocional, la imagen negativa del cuerpo, es un problema grave para muchas mujeres jóvenes obesas. Ello conduce a una inseguridad extrema y malestar en ciertas situaciones sociales, muy particularmente en su sexualidad y en sentido general en su relación de pareja.

Sabemos que la sexualidad es una parte inseparable de nuestras vidas y no sólo inseparable, sino también importante y decisiva en nuestros estados de ánimo. Cuando nuestro desempeño sexual está bien, todo está bien: cuando esto no ocurre así sufrimos serias afectaciones en nuestra salud, tanto física como mental, decae nuestra autoestima; experimentamos depresión, ansiedad, agresividad, picazón, falta de aire, taquicardia, cefalea, salto epigastro; en fin, todo se echa a perder. Al mismo tiempo, como un mecanismo de defensa, para librarnos de una situación que nos resulta difícil y no gratificante comenzamos a experimentar la disminución o ausencia de la libido. Mientras que el hombre ni se le acerca a la mujer, para no experimentar la pena de una falta de erección, la mujer se pone a pensar en otra cosa. Trata así de no excitarse y sufrir lo menos posible la secuela de una cierta excitación que no culmina en el orgasmo.

En los obesos y más aun en las obesas hemos encontrado numerosas frustraciones, inhibiciones, sentimientos de culpa y ansiedad ante el desempeño sexual. ¿Por qué? En primer lugar porque creen, al igual que muchas personas, que el sexo es solo para jóvenes, gente atractiva, de buena figura. No han podido escapar al mensaje de los medios masivos de comunicación y a los mitos que se transmiten de generación en generación: el sexo es cosa exclusiva de Venus y Adonis. Todos nosotros solemos albergar dudas sobre nuestro atractivo personal. En los obesos estas dudas alcanzan niveles patológicos. Esta preocupación por la apariencia física se amplifica debido al contacto cotidiano con los medios visuales, en particular el cine y la televisión, sin olvidar las revistas extranjeras, y la obsesión que aqueja a la cultura occidental por la postura y las condiciones físicas de la persona o, al menos, por su apariencia.

Las mujeres que no cuentan con los atributos físicos corporales de las grandes estrellas, los mitos del cine, o de las modelos que exhiben sus modas en los salones del mundo, tienden a juzgarse con mucha severidad en lo tocante a su atractivo erótico y a menudo proyectan la imagen negativa que tienen de sí mismas en modelos

perceptibles de contacto sexual. Hay hombres que, del mismo modo, también experimentan estas dudas y temores. Se consideran enclenques, poco atractivos y que, de alguna manera, no dan la talla.

El hecho de que todo tipo de acto sexual se presenta a diario en las películas que exhibe la televisión determina que el que más y el que menos, consciente o inconscientemente se compare con lo que ve y muchas veces auto percibe su desventaja. Algo muy diferente a lo que ocurría años atrás, cuando la televisión no había penetrado en nuestros hogares y la autocensura del cine estadounidense impedía que esas cosas se vieran en las películas. Las mujeres iban al matrimonio vírgenes, o casi vírgenes, y hasta aun se estilaba aquello de un solo novio con quince años de prueba en relaciones de sillón y ante los ojos atentos de la futura suegra. Fuese como fuese el desempeño sexual del hombre, en aquel entonces, era el único por ella conocido.

Aunque algunos dicen que el amor entra por la cocina, lo cierto es que las mujeres saben que para llegar al corazón de un hombre hay que entrar por los ojos y el modelo de belleza imperante, aun entre nosotros, latinos, cada vez se pone más flaco. Así, uno y otros: Mientras que el hombre se subestima por creer que tiene un pene demasiado pequeño, idea que muchas veces se relaciona con la apariencia de éste en el obeso o que la obesidad le otorga a su cuerpo poca movilidad y destreza, lo que lo hace sentirse inseguro y a comportarse con dudas y temor en su desempeño sexual, la mujer se considera falta de atractivo porque está demasiado gruesa o porque tiene demasiado seno, lo que la hace propender a retraerse ante una situación erótica.

Hay algunas mujeres, en cambio, que hacen todo lo contrario. En un intento por compensar estas ansiedades teniendo una participación todo lo activa posible, como si tuvieran que reforzar su autoestima a cada momento mediante la realización de frecuentes y diversas relaciones amorosas, pero aun así la idea de que no se ajusta a los prototipos estéticos que propone nuestra cultura sigue siendo una causa muy frecuente de inhibición sexual.

Nuestro hospital de día #3 está dedicado al tratamiento de la obesidad, considerada esta como una manifestación de un trastorno psicossomático. Nos interesa no solamente que nuestras pacientes alcancen el peso ideal, sino además encontrar aquellas causas que provocan en ellas la ingesta excesiva, crear un nuevo estilo de

vida donde obtengan satisfacciones que hasta ese momento solo trataban de alcanzar a través de la comida.

DESARROLLO

El análisis cuantitativo de los resultados mostró que el 64% de ellas tiene pareja actualmente, para un 20% de éstas sus relaciones son buenas; para un 8% son regulares aunque no consideran que sea la obesidad la responsable de que las cosas no vayan del todo bien y el restante 72% consideró que sus relaciones sexuales, en un sentido u otro, se veían afectadas por el exceso de peso.

El 28% restante, sin embargo, consideró que una cosa no tenía nada que ver con la otra; tres casos señalaron que incluso la dieta la hacían en contra de la voluntad de sus respectivas parejas, ya que ellos les decían que les gustaban así como estaban. En algunas ocasiones este tipo de respuesta en los hombres se produce porque teniendo una pareja obsesa, no atractiva, se sienten más seguros de que no sea deseada por otros.

En cuanto a la frecuencia, la mayoría tiene relaciones una vez cada quince días, en segundo lugar una vez a la semana y solo una escasa minoría informa una frecuencia de dos ó más veces semanales.

Las disfunciones sexuales más frecuentes en la muestra estudiada: libido escasa y anorgasmia. Otras manifestaciones u síntomas psicossomáticos presentes detectados con la aplicación del Cornell Index: Temores y mala adaptación, ansiedad, depresión, síntomas psicossomáticos circulatorios, digestivos y sensitivo sensoriales, así como reacciones fóbicas. (Ver Tablas en anexo)

A partir de estos resultados nos reunimos semanalmente con las obesas durante los tres meses de su estancia en Hospital de Día; se sintieron libres para expresar ideas, temores, dudas, sentimientos e intercambiar experiencias.

¿Qué piensan las obesas ingresadas? En general predominaron los conceptos e ideas negativas, de rechazo y frustración, hacía la actividad sexual:

“Me cohíbo de hacer el amor porque estoy muy gorda, no creo que así le guste”

“Por mi no bajaría de peso, pero mi esposo tiene tremenda lucha con eso, lo hago por él”

“Me limito a acostarme y dejar hacer, con la gordura no me puedo mover, en ocasiones hasta se me dificulta acariciarlo”

“Siento pena al desnudarme delante de él, no quiero encender las luces para que no me vea”

“Me canso mucho”

“Mis relaciones son muy malas, incluso yo creo que él hace el amor conmigo porque es cristiano y considera que ese es su deber”

“Tengo pena, me acomplejo con mi pareja”

“Me siento mal al desnudarme, luego se me olvida y me embullo”

Nos reunimos semanalmente con las obesas durante los tres meses de su estancia en Hospital de Día; se sintieron libres para expresar ideas, temores, dudas, sentimientos e intercambiar experiencias. Salieron a la luz situaciones realmente interesantes como las que encierran los relatos de estas tres pacientes:

Paciente #1: Considera su nueva delgadez como un signo de vulnerabilidad e inconscientemente de la seguridad que la obesidad le brindaba. Al relatar hechos importantes de su vida resultó que uno de ellos había sido una violación. Aunque aparentemente se había recuperado (“Ya casi no me acuerdo”) había comenzado a comer en exceso a partir de ese momento. Al adelgazar había tenido relaciones pero no había experimentado placer, había pensado que con la delgadez habría un regreso al disfrute sexual pero al mismo tiempo la delgadez, al hacerla atractiva, podría significar ser nuevamente violada. Los sentimientos de vergüenza, culpa, y preocupación, en el sentido de que podía haber sido la responsable en parte de la violación son típicos y comer en exceso constituía un mecanismo para aminorar estos sentimientos.

Paciente #2: Admitía que no amaba a su pareja y que muchas veces tenía el pensamiento de engañarlo pero, al mismo tiempo, no deseaba hacerlo, porque ansiaba conservar su matrimonio que en otro orden de cosas le brindaba seguridad, estabilidad, una buena crianza para sus hijos, mientras que la obesidad era sinónimo de estabilidad, la delgadez aumentaba la posibilidad de realizar el engaño.

Paciente #3 Esta paciente descubrió que su esposo la engañaba; después de una época de tormenta y discusiones constantes. Todo pareció regresar a la normalidad cuando la pareja rompió con la otra y nuestra paciente aparentemente perdonó lo ocurrido. Sin embargo, el aumentar de peso era una forma de negarle parte del disfrute sexual a su pareja y así castigarlo. En una ocasión comenzó a bajar de peso como resultado de una dieta rigurosa pero cuando descubrió el orgullo y la satisfacción que sentía su esposo ante su nueva figura decidió castigarlo engordando nuevamente.

Valoración económica y repercusión social:

Es indudable la notable repercusión social de este proyecto, la obesidad, sobre todo en el caso de las mujeres, se ha convertido en factor importante para la disminución de la autoestima, la desmotivación para la vida, un desencadenante de ansiedad y depresión. Las mujeres sienten que se ejerce sobre ellas una verdadera violencia social, que no son consideradas, que incluso no se les brindan las mismas oportunidades de empleo y progreso incluso una vez alcanzados estos. Todo ello afecta económicamente a la persona y a la sociedad en que se ubica: aumenta el ausentismo laboral, disminuye la energía y motivación para el trabajo, la productividad y la eficiencia. Por otra parte el intento de dietas auto elaboradas o siguiendo falsas recetas en moda por los medios de comunicación extranjeros o incluso la utilización de medicamentos que se anuncian como remedios mágicos, es fuente frecuente de enfermedad y complicaciones de salud, con su consiguiente repercusión económica adicional.

El considerar la obesidad no solo problema físico, capaz de ser atendido sin tener en cuenta las profundas repercusiones psicológicas que tanto en su gestación y debut como en sus consecuencias una vez establecida, ha representado una verdadera solución a esta problemática, lo que ha quedado demostrado con los resultados obtenidos en los más de quince años que lleva el programa en nuestro centro, resultados exitosos que confirma la presente investigación en la muestra realizada en los dos últimos años.

Para las obesas y sus familiares se abren nuevas perspectivas de vida, la obesa al reincorporarse al trabajo y a la vida social mejora notablemente en su auto estima y en la consideración de la familia y la propia comunidad, mejora desde luego su capacidad económica pero fundamentalmente vuelve a sentirse persona capaz de enfrentar por sí los retos de la vida; para la comunidad ha significado un cambio de imagen, se les "ve" diferentes y ellas se sienten diferentes.

Con los grupos psicoeducativos de ayuda mutua, con una amplia presentación del quehacer sexual, hemos logrado el mantenimiento de una ingesta adecuada que sustituya la "dieta" por un tiempo que rápidamente se abandona con la recuperación inmediata del peso perdido y en la mayoría de los casos superior, al darle participación a los factores de la comunidad en la problemática de la obesidad llega a verse como un problema de todos, permitiendo la integración del paciente obeso y su familia a un grupo en que reciben apoyo, orientación y se nutren de herramientas

psicológicas para enfrentar de manera adecuada los problemas de la vida cotidiana incorporando nuevos estilos de vida.

CONCLUSIONES

A través del trabajo educativo terapéutico fue posible mejorar la vida sexual de las obesas participantes.

Se evidenció que es apreciable el número de obesas con dificultades de uno u otro tipo en su actividad sexual, necesitadas de ayuda profesional.

El grupo terapéutico resultó una vía adecuada, no sólo para ofrecer información y analizar la problemática sexual, sino que además constituyó una oportunidad para liberar inhibiciones y recibir el apoyo de sus pariguales.

La realización de esta actividad contribuyó a la creación de un nuevo estilo de vida en donde la sexualidad ocupe un lugar destacado, donde se ame y se sea amado, entendiendo por amor, además de las relaciones espirituales y emocionales, también la atracción y relación sexual como fuente de gozo y placer.

RECOMENDACIONES:

Generalizar este modelo de actividad en las distintas áreas de salud.

BIBLIOGRAFÍA:

Axline, V. "Play Therapy". Houghton Mifflin Company, USA, 1995.

Bearer, J. "The Day Hospital: An experience in Social Psychiatric and Symtoanalytic Psychotherapy". London, 1951.

Cameron, D. "The Day Hospital". Ed. Hospital. pp. 60-62. USA. 1947.

Dullard, J. "Personality and Psychotherapy". USA, 1950.

Freedman, A. Kaplan, G. "Comprehensive Psichiary". USA, 1972.

García Huertas. "Labor realizada en el Hospital Diurno del Servicio de Psiquiatría del Hospital Docente Comandante Manuel Fajardo en Rev. Cubana de Medicina, Vol. 6, No. 4, 1967.

Kram Annunziata y Jacobson: "Terapia Familiar: Resolviendo juntos los problemas". Brasil, 19937.

Lancen, J. "Terapia de grupo en una comunidad terapéutica" USA, 1969.

Rogers, K. "On Becoming a Person". USA, 1961. Ordaz, B, Domínguez, M, Calzadilla, L, "Rehabilitación del paciente psiquiátrico". V Congreso de Psiquiatría: "Alternativas y retos del siglo XXI". C. Habana. 7-11-91.

Salazar, O, Bustamante, S, Arjona, B: "La rehabilitación en un hospital psiquiátrico de larga estadía". V Congreso de Psiquiatría: "Alternativas y retos del siglo XXI". C.

Habana. 7-11-91.

León, M, Piloto, M, López, S: "La rehabilitación del paciente esquizofrénico en la comunidad". V Congreso de Psiquiatría: "Alternativas y retos del siglo XXI". C. Habana. 7-11-91.

León, M: "Impacto del Proyecto Comunitario Lawton después de un año de trabajo". Tesis de la Maestría en Psiq. Social. C. Habana. 1997.

León, M; Roque, L; Piloto, M; Villalta, A; Gómez, A.: "El CCSM Lawton y el proyecto comunitario para el Consejo Popular Vista Alegre". Trabajo presentado en el Primer Taller Nacional de Reorientación de la Psiquiatría. Corte Evaluativo. C. Habana, Mayo 1996.

Castanella, I: "La promoción y educación para la Salud". Módulo de la Maestría en Psiq. Social. Mar. 1997. C.Hab.

Mazure Ra. "Evaluación clínica del estado nutricional en la obesidad" Capítulo 1.6 del libro: "La obesidad: tratamiento médico y procedimientos quirúrgicos" Ed. Thema Universidad de Málaga pg 99-107

"Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity" National Institutes of Health (INH) Consensus Development Conference Statement 1991; 9: 1-20

OMS: Conferencia Internacional sobre la Promoción de Salud. "Carta de Ottawa". Canadá 1986.

OMS-OPS: Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo: "Comunicación y Salud": (Agenda provisional, inciso 7): Versión 23-12-97.

Suárez, J:"La evaluación de proyectos locales de intervención en Salud Mental". Conferencia: Temas de Maestría en Psiquiatría Social. OPS. C. Habana Mar 1997.

Jorge, R: Proyecto de trabajo para el municipio 10 de Octubre en Salud Mental". Tesis de Maestría en Psiquiatría Social. C. Habana. 1998.

Cohen, E; Franco, R.: "Evaluación de proyectos sociales". Inst. Latino-América y del Caribe de Planificación Económica y social. (ILPES / ONU). Ediciones GEL. 1era. Edición. 1988. Pág. 59-110.

Yoon, P; Hein C; Krishnamurty, J: "Directrices para encuestas de base y evaluación de impacto". Documento Formativo Educación, Población y Bienestar Familiar en el medio laboral. Oficina Internacional.

ANEXOS:

Distribución de la muestra

Edades	No.	%
16-25	17	18.4
26-35	26	28.2
36-45	31	33.7
46-55	18	19.6
Total:	92	99.9

Tienen pareja	59	64.1
No la tienen	33	35.8
Total:	92	99.9

Aquellos con pareja, mantienen relaciones:

Buenas	11	18.6
Regulares	15	25.4
Malas	33	55.9
Total	59	99.9

Disfunciones sexuales

Libido escasa	28	47.4
Anorgasmia	11	18.6
Dispareunia	3	5.1
Vaginismo	1	1.7
No-disfunción	16	27.1
Total	59	99.9

Psicodiagnóstico

Temores	17	8.6
Ansiedad	42	21.3
Depresión	34	17.2

Síntomas psicósomáticos:

Circulatorios	14	7.1
Digestivos	21	10.6
Sensitivos	8	4.1
Reacción Fóbica	3	1.5
No presentan	58	29.4
Total:	197*	99.9

*Algunos Pacientes presentaron más de un síntoma.