



UNIVERSIDAD DE CHILE
INSTITUTO DE LA COMUNICACIÓN E IMAGEN
ESCUELA DE PERIODISMO

**LA CIUDAD ME QUEDA CHICA: DISCRIMINACIÓN POR OBESIDAD
MÓRBIDA EN SANTIAGO DE CHILE**

ALICIA VICTORIA PERALTA MONCADA
MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PERIODISTA

PROFESORA GUÍA:
LORENA ANTEZANA

SANTIAGO DE CHILE
NOVIEMBRE DE 2013



UNIVERSIDAD DE CHILE
INSTITUTO DE LA COMUNICACIÓN E IMAGEN
ESCUELA DE PERIODISMO

**LA CIUDAD ME QUEDA CHICA: DISCRIMINACIÓN POR OBESIDAD
MÓRBIDA EN SANTIAGO DE CHILE**

ALICIA VICTORIA PERALTA MONCADA

PROFESORA GUÍA:
LORENA ANTEZANA

SANTIAGO DE CHILE
NOVIEMBRE DE 2013

Agradecimientos

Muchas gracias a todos quienes tuvieron fe en mí y en esta investigación.

A mi profesora guía, por la confianza, la paciencia y apoyarme en todas mis decisiones.

A mi familia: mi mamá y mi papá, por darme vida, educación, confianza y compañía. A mi hermanita por los contactos, los consejos y por estar por siempre conmigo. Prometo seguir haciéndolos sentir orgullosos.

A mi pololo Juan por intentar destruir con muy buenos argumentos todas mis inseguridades.

A toda la gente maravillosa que conocí en la universidad, especialmente a Camila, Sofía y Ricardo, que hicieron que estos cinco años de estudio fueran muchas horas de risas y anécdotas divertidas.

Y, por sobre todo, a toda la gente que hizo posible esta investigación. A mis entrevistados y a mis amigas del T-Apoyo.

RESUMEN

No es ninguna sorpresa que los niveles de obesidad en Chile son peligrosos. Estamos dentro del top ten de los países más gordos del mundo, pero un 76% de los chilenos cree que tiene buenos hábitos, según un estudio de Mide UC. Según la Encuesta Nacional de Salud ENS 2009-2010, el 67% de la población chilena tiene sobrepeso o algún grado de obesidad y, de estas, 300.000 personas aproximadamente tiene obesidad mórbida.

Estas personas, de un IMC sobre 30, tienen distintos problemas de salud asociados al exceso de grasa corporal que, por ejemplo, les da dificultades para caminar largos tramos y subir escaleras. Además, por su tamaño, les es difícil acceder a ciertos lugares.

Este reportaje de investigación, como trabajo de Memoria de Título de Periodista, busca encontrar aquellos objetos, diseños e infraestructura que hacen que la vida de un paciente obeso mórbido santiaguino sea más complicada. Para eso, se entrevistó a cinco personas que sufren de esta enfermedad, incluyendo al hombre más gordo de Chile, donde explicaron desde su propia experiencia los problemas que les trae el sobrepeso.

Luego, se contrastaron los testimonios de estas cinco personas con la realidad en Santiago, donde se reveló que a la capital le falta bastante para ser una ciudad accesible y cómoda para las personas con obesidad. Problemas de espacio y hacinamiento en transporte y vivienda y falta de implementación en salud son los problemas más preocupantes. Se descubre que, además de lidiar con su propio cuerpo, deben soportar prejuicios y estigmatizaciones de la sociedad chilena, que los catalogan como irresponsables y descuidados.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación nace del asombro de ver, por televisión, a una persona tan obesa que tiene que pasar de perfil por un pasillo, porque de frente no puede. Se demora mucho tiempo en bajarse del auto, porque le cuesta pararse. No sabe cuánto pesa, porque las balanzas normales no soportan sus kilos, y termina averiguándolo en una de tipo industrial. Esta es la realidad que muestra el programa estadounidense *Extreme Makeover: Weight Loss Edition*, donde seleccionan a un paciente mega obeso por capítulo para lograr que baje de peso en un año.

Los protagonistas de este programa, ignorando su sobrepeso, viven una vida casi normal. Tienen múltiples lugares para comprarse ropa talla XXXL, extensores para sus cinturones de seguridad, sillas de ruedas para 300 kilos, entre otros objetos especiales para este público. Además, como la obesidad mórbida es tan común en los Estados Unidos, -60 millones de personas tienen esta enfermedad (NAAFA, 2013)- es absolutamente cotidiano ver personas como ellos.

En Chile, en cambio, una persona mega obesa es la excepción. En este momento, la gran mayoría de los chilenos con exceso de peso se ubican en la categoría del sobrepeso y la obesidad. Los casos de obesos mórbidos con dificultades graves de movilidad son tan raros, que los entrevistan en televisión cuando el caso se hace conocido, como una gran novedad.

Sin embargo, siguiendo las tendencias mundiales, el país está engordando a una velocidad increíble. En cinco años, el número de obesos mórbidos se duplicó, llegando a 300.000 personas con un Índice de Masa Corporal mayor a

30. (ENS, 2010) Si no se frena este aumento, ¿seremos como Estados Unidos o México, los países más gordos del mundo?, ¿va a existir la necesidad de abrir tiendas con objetos especiales para gordos?

Santiago, la capital de Chile, es una ciudad sobrepoblada. Según el Instituto Nacional de Estadísticas, en el año 2005 habían 5 428 590 habitantes, lo que equivalía a cerca del 35,9% de la población total del país. Según el sitio CityPopulation, la ciudad se encuentra en el lugar 53 del ranking de mayores aglomeraciones en el mundo (2013).

Por eso, si ahora la metrópoli tiene problemas de hacinamiento, por ejemplo, en el transporte público, donde poder subirse a un tren del Metro en hora punta es casi imposible, ¿cómo sería de complicado con los índices de obesidad de Estados Unidos, a los que peligrosamente nos acercamos?

Los objetivos de esta investigación son identificar los elementos de la infraestructura santiaguina que discriminan a las personas adultas obesas mórbidas y averiguar cuáles serían sus modificaciones, acorde al tamaño y soporte de peso que alguien con esta condición requeriría.

Se busca también explicar en qué consiste la obesidad mórbida e identificar las causas más comunes, otras enfermedades asociadas y los tratamientos para combatirla, además de identificar las consecuencias psicológicas que trae esta enfermedad.

Además, reunir testimonios de obesos mórbidos y relacionarlos con el tema de la discriminación a nivel de infraestructura, y la estigmatización, los derechos, la tolerancia y la diversidad a nivel político y social.

Finalmente, dar a conocer la gravedad de la adicción a la comida y explicar la forma de combatirla.

La metodología empleada en esta investigación, escrita en formato de reportaje, se llevó a cabo conforme al siguiente plan de trabajo:

- Realización de entrevistas a tres perfiles de personas. A expertos en el tema del sobrepeso y la discriminación, con el fin de aportar con su conocimiento y experiencia al tratar a este tipo de pacientes. A trabajadores de instituciones parte de la vida cotidiana, como establecimientos de salud y del Metro, para averiguar con qué implementación cuentan para brindar una buena atención a gente con este problema. Finalmente, a obesos mórbidos para que con sus testimonios narren todos los problemas que deben enfrentar por el sobrepeso.
- Investigación bibliográfica, a través de la información recopilada sobre el tema en libros, artículos académicos y notas de prensa.
- Visionado de películas, series de televisión y *realities* extranjeros y chilenos, donde los protagonistas son obesos mórbidos.
- Realización de mediciones propias por la autora en lugares públicos de Santiago.

La hipótesis de esta investigación plantea que la ciudad de Santiago no es apta para la rutina de una persona que sufre de obesidad mórbida, tanto por la falta de accesibilidad en infraestructura como por los prejuicios que la sociedad les atribuye.

Este reportaje está compuesto por tres grandes capítulos. El primero, explica todas las aristas de esta enfermedad en Chile, desde el punto de vista médico, psicológico y político. Expone las causas, consecuencias, clasificaciones y patologías asociadas, además de las características psicológicas que conlleva, como ansiedad, inseguridad y, en casos extremos, depresión. Presenta la realidad chilena en relación a leyes, patrones de alimentación, cantidad de personas con sobrepeso y sedentarismo. Explica el *boom* de las cirugías bariátricas. ¿Son realmente la solución al problema de la gordura? Cuenta el testimonio de dos pacientes operadas y como acceder a estos procedimientos. Finalmente, explica cómo ayudar a un obeso mórbido a obtener un peso saludable.

El segundo bloque narra los testimonios de cinco personas que sufren obesidad mórbida, incluyendo el del hombre más gordo de Chile, donde cuentan los problemas de espacio y sociales que les ha traído la enfermedad. Se explican términos como estigmatización, discriminación y prejuicios asociados a la gordura, que se entrelazan con las historias de estos cinco sujetos y situaciones rescatadas de productos televisivos donde los protagonistas sufren de esta patología.

La tercera parte muestra aquellos elementos incómodos y poco accesibles para una persona con obesidad, encontrados tres grandes importantes áreas de la vida cotidiana: transporte, salud y vivienda.

Esta investigación, por otra parte, busca mostrar que la vida con sobrepeso no es fácil. Que detrás de estas personas de gran tamaño, hay alguien que está sufriendo y que necesita ayuda. Estas páginas intentan revelar abiertamente los sentimientos del gordito discriminado, estigmatizado, insultado, para que el lector se ponga en su lugar y, así, comprenda su angustia, sus quejas y sus inseguridades.

I. OBESIDAD. PANDEMIA A NIVEL MUNDIAL

En este primer capítulo se espera explicar a partir de distintas perspectivas qué es la obesidad. Desde el punto de vista médico; las formas de clasificar al sobrepeso según el índice de masa corporal, las patologías asociadas y la mejor forma de tratar a una persona que quiere bajar de peso. Busca indagar las consecuencias psicológicas de tener esta enfermedad. Mostrar una radiografía de la gordura en Chile, con cifras y encuestas y explicar cómo el país pasó de ser desnutrido a obeso en las últimas tres décadas, y se expone la Ley de Etiquetado de Alimentos y su tramitación, junto con su estado actual. Además, entrega una breve reseña del fracaso de las cirugías bariátricas como solución al problema.

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, gordo es un adjetivo que significa ser “muy abultado o corpulento” (RAE, 2001). Lo que pareciera ser tan solo una característica física de una gran parte de la población a nivel mundial, es en realidad una patología peligrosa, preocupante, cara y dolorosa.

Desde una perspectiva clínica, una persona gorda tiene una “presencia de una cantidad excesiva de grasa corporal (...) producto de un balance calórico positivo” (Moreno, 1997) y, debido a eso, un aumento del peso.

El indicador clínico más utilizado para medir el exceso de grasa es el Índice de Grasa Corporal (IMC), que clasifica a los pacientes en cuatro grados y se

calcula “dividiendo el peso expresado en kilogramos por la talla expresada en metros elevados al cuadrado” (Cuevas, Marzolo, 2010. Pág.19) y que los resultados se comparan con la tabla 1 (Moreno, 1997). Esta es la forma más fácil y universal de medir el sobrepeso y la obesidad, puesto que “es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades”. (OMS, 2012)

Tabla 1: Clasificaciones de la Obesidad según IMC		
	GRADO	IMC
Grado 0	Peso Normal	20 - 24.9
Grado I	Sobrepeso	25 - 29.9
Grado II	Obesidad	30 - 39.9
Grado III	Obesidad Mórbida	+ de 40
Fuente: OMS, 2012		

Por la clasificación mostrada en la tabla 1, la obesidad mórbida es también llamada Obesidad en Grado III, donde la persona tiene un índice de masa corporal mayor a 40, y el exceso de grasa podría ser factor de riesgo para otras enfermedades y generar dificultades en la vida diaria de la persona.

Chile, siguiendo las tendencias mundiales, ha mostrado un aumento de los niveles de sobrepeso y obesidad desde principios de la década de los 90. La enfermedad se produce por múltiples factores, “ya sean genéticos, alteraciones hormonales y/o trastornos del balance calórico, que se ve especialmente

determinada por factores ambientales como la dieta, la disponibilidad de alimentos y el nivel de actividad física” (Cuevas, Marzolo, 2010. Pág.17).

Según la Encuesta Nacional de Salud ENS 2009-2010, el 67% de la población chilena tiene sobrepeso o algún grado de obesidad, o sea, más de 8.900.000 de personas a nivel nacional. De estas, 300.000 personas aproximadamente tienen obesidad mórbida. En el año 2003, el 61% de los chilenos presentaban sobrepeso u obesidad y, de estos, 148.000 sujetos eran mórbidos. Es decir que el número de obesos en grado III se ha duplicado.

La Organización Mundial de la Salud OMS afirma que la obesidad “desde 1980, se ha más que doblado en todo el mundo” (2010) y que, si no se actúa ahora, estiman que los adultos con sobrepeso “superarán los 1500 millones en 2015” (2012).

La obesidad es una enfermedad metabólica crónica que se ubica en la clasificación de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECnT), un grupo de patologías que no se contagian, que son “de larga duración y por lo general de progresión lenta” (OMS, 2012), que preocupan considerablemente a expertos y autoridades políticas. Estas son “la principal causa de muerte en el mundo, matan a más personas cada año que todas las otras causas combinadas” (Escobar, 2011. Pág. 111) Otras enfermedades de este grupo son “las enfermedades cardiovasculares, como ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma y la diabetes”. (OMS, 2011)

Específicamente, el sobrepeso y la obesidad son, a nivel mundial, “el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia.” (OMS, 2005) y, de las ECnT, “el 5% de las muertes son provocadas por sobrepeso y obesidad”

(OMS, 2011). Los primeros síntomas de enfermedades relacionados con la patología son un grupo de cuadros llamado síndrome metabólico, donde se incluyen “hipertensión arterial, aumento de los niveles de azúcar, niveles sanguíneos elevados de triglicéridos, un tipo de grasas, bajos niveles sanguíneos de HDL, el colesterol bueno y exceso de grasa alrededor de la cintura” (NIH, 2012)

Además, es un factor de riesgo en otras afecciones, como “enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular, (...) artrosis” (James et al., 2004, citado por el Gobierno de Chile, 2012) y “aumenta el riesgo de desarrollar ciertos tipos de cáncer, como el de esófago, colon y riñones (...) en mujeres aumenta la posibilidad de sufrir cáncer de mama o útero y, en hombres, cáncer de próstata” (Cuevas, Marzolo, 2010. Pág.45). El nutriólogo de la Universidad de Chile, máster en nutrición clínica y presidente del Capítulo Chileno de la Alianza Global Contra la Obesidad, Jaime García, menciona que los síntomas y enfermedades más frecuentes asociadas a la obesidad y que son motivo de consulta en Chile son “hipertensión, colesterol elevado, discopatías, dolores en la columna, dolores de piernas y de rodillas¹”.

Según la presidenta del Colegio de Nutricionistas Universitarios de Chile, Teresa Catrileo, los daños no se generan solamente en la persona, y por eso debe ser considerado un problema grave a nivel país. “La alimentación de la mayoría de las personas hoy en día afecta negativamente la expresión genética. Se ha comprobado que el daño es hereditario hasta 3 generaciones más adelante. A futuro, los centros hospitalarios aumentarán los gastos por atención de personas enfermas, comprometiendo la economía².”

¹ En entrevista con la autora, el día 25 de septiembre del 2012. Todas las citas del doctor Jorge García provienen de tal entrevista.

² En entrevista con la autora, el día 26 de septiembre del 2012. Todas las citas de la nutricionista Teresa Catrileo provienen de tal entrevista.

1.1 Causas y tratamiento. ¿Qué hacer caso a caso?

Razones para comer hay muchas. La más elemental y humana, para sobrevivir. Pero, como menciona la psicóloga del Centro de Obesidad de la Clínica Santa María, Sandra Navarrete: “si fuera tan fácil hacer una dieta, no habría obesidad ni sobrepeso³”. Hay distintas razones que pueden llevar a comer más allá de la supervivencia y que, para aquellas personas que no pueden controlarlo o lo llevan al extremo, son las que ocasionan la obesidad y el sobrepeso. Según Marzolo y Cuevas (2010) “la obesidad secundaria, la ocasionada por otra enfermedad por uso de medicamentos, no es común, y no abarca más del 2% de los casos” (Pág. 19). Por lo tanto, son el desequilibrio calórico y el sedentarismo las razones principales que han causado esta pandemia.

Como sociedad, tenemos una relación cultural con la comida. En cada celebración, cumpleaños, graduación, matrimonio; se festeja con comida; relacionamos los momentos con los alimentos. Y no lo hacemos con frutas y verduras. Según el nutriólogo y magíster en nutrición clínica de la Universidad de Chile, Jaime García, “hay una cosa cultural, asociada a comer comida poco saludable que nos lleva a celebraciones y otras actividades sociales, a estar incorporando elementos calóricos, incluyendo las bebidas dulces”, entre ellas las gaseosas y el alcohol. Y hay otra relación entre la comida y la felicitación.

³ En entrevista con la autora, el día 27 de septiembre del 2012. Todas las citas de la psicóloga Sandra Navarrete provienen de tal entrevista.

Por ejemplo, a los niños, cuando se sacan buenas notas, les compran un helado.

Pero ese es solo un aspecto social de la comida. Según el doctor García, hay patrones de conducta que se repiten en sus pacientes. Primero, falta de orden al alimentarse. “Hay un desbande que se produce, medio desordenado, con las comidas. O comen mucho en la noche. Es muy frecuente que la gente tenga un desorden de horario”. A eso, la presidenta del Colegio de Nutricionistas Universitarios de Chile Teresa Catrileo, agrega que, para que la alimentación sea nutritiva y ordenada, debe haber una organización a nivel familiar. Se debe “planificar en conjunto un menú semanal, saludable, revisar el listado de compra de alimentos para el día o la semana, revisar que alimentos hay en el refrigerador, disminuir gradualmente el tamaño de las porciones de comida, cada cuantas horas se alimenta, que alimentos escoge y/o consume, se debe lograr tener una disciplina alimentaria, en un ambiente tranquilo con la menor cantidad de distractores visuales posibles”.

El ambiente familiar es muy importante en las decisiones nutricionales que puede llegar a tomar una persona. Según la psicóloga Sandra Navarrete, “si la persona viene de una familia donde todos tienen sobrepeso, no es solamente lo que éste se acostumbra a ver, sino que aprende los patrones de comportamiento que les enseñan en relación a la comida”.

Es por eso que, al decidir bajar de peso, una persona con sobrepeso u obesidad debe contar con el apoyo de su entorno, ya que ocurrirá un cambio completo en su estilo de vida. Según Catrileo, “para que se produzca realmente un cambio, toda la familia debe cambiar los hábitos de alimentación”.

Otro patrón en común que identifica el nutriólogo son los problemas de salud asociados a la obesidad. Sandra Navarrete lo identifica, según su experiencia con sus pacientes, como la primera entrada al cuidado de la talla y sus

complicaciones. “La gente toma real conciencia de que necesita bajar de peso cuando tiene problemas de salud, síntomas del síndrome metabólico, que es un alto riesgo de mortalidad. Hay miedo a la muerte y miedo a una mala calidad de vida por el síndrome metabólico.”

Finalmente, el doctor García culpa a los pocos tiempos que la sociedad moderna, más rápida, deja para la alimentación. “Donde todos andamos corriendo, se come rápido, se come en poco tiempo y, por lo mismo, se come mal, se da poco tiempo para la producción y para pensar el tema de la comida”.

La psicóloga Sandra Navarrete también identifica patrones en común en sus pacientes. Primero, la ansiedad, “un constante sentimiento de miedo, desasosiego y preocupación” (NIH, 2011). Y una persona ansiosa puede intentar aliviar sus preocupaciones de muchas formas. Quienes la visitan, lo hacen comiendo. Según Navarrete, “son personas que autorregulan mal sus emociones. Se comen las penas, se comen las rabias. Son personas que les cuesta expresarse con palabras. Entonces, como no pueden verbalizarlo, se lo tragan, literalmente. Y son impulsivos, que también tiene que ver con el control de las emociones.”

Es muy común también, menciona la profesional, que se use la comida como una forma de compensar algo que falta, un vacío que se llena por medio del alimento, “hay gente que ha tenido varias depresiones en su vida y las compensa comiendo, también carencias afectivas de infancia. O sea, no se sienten queridos, no se sienten amados, tiene que ver con la autoestima y las carencias.”

Y son estas mismas personas ansiosas las que muestran evidencia de otras adicciones; por eso, encontrar adictos al tabaco, al alcohol y que padecen de sobrepeso u obesidad, es un patrón que, aunque no define a todos los pacientes, vale la pena rescatar. Y eso ocurre porque relacionan el placer con la

zona oral. “Generalmente, la ansiedad tiende a relacionar el placer con la boca, entonces calman la ansiedad con esa zona del cuerpo”. Y es ese placer que se busca en la comida el que produce un placer culpable, que haya un sentimiento de angustia y remordimiento luego de consumir alimentos poco saludables que, aunque hacen que la persona se sienta bien durante un tiempo, “es un placer que, a la larga, hace daño”.

Al compensar esos sentimientos de pena, culpa, rabia, otras carencias psicológicas y utilizar la comida como un placer, la persona tiende a depender de la comida para lidiar con situaciones personales. Finalmente, “la persona aprende a funcionar a través de la comida”.

Además, hay un elemento que se ha presentado en muchos de los pacientes de la psicóloga. “Un gran porcentaje de mis pacientes han sido abusados cuando niños. Mucha gente que ha sufrido abuso es obesa, por lo que hay una relación directa”. Aunque no es algo que caracterice el proceso psicológico en la obesidad ni que a todos les haya sucedido, “es un dato no menor. Terminan ocupando al cuerpo como una defensa”.

Y es por eso que un sujeto que tiene obesidad o sobrepeso, para volver o tener un peso normal por primera vez, requiere hacer cambios en su estilo de vida, dieta y relación personal y sentimental que tiene con la comida. Por esa razón, la enfermedad debe ser tratada desde distintos enfoques, según la psicóloga, porque la obesidad “es una enfermedad multisistémica” y, la iniciativa, debe comenzar por el afectado. “Hay casos de personas que vienen porque la pareja se ha preocupado, o jóvenes que son enviados por sus papás. Si no hay motivación propia, interna, convencimiento, no hay cambio”, afirma Navarrete.

Es esta la razón, también, de que haya personas que suban y bajen de peso constantemente y que no logren mantener una talla saludable, porque hay ámbitos de la enfermedad que no están cubriendo.

La primera aproximación con un tratamiento, debe comenzar de forma orgánica. Por eso, la psicóloga recomienda partir visitando a un médico, como uno que vea medicina general, un nutriólogo o un endocrinólogo, que pedirá exámenes de sangre, hormonas y si, lo considera necesario, una curva de insulina. “Es quien evalúa si hay problemas de colesterol, a la tiroides, altos niveles de azúcar o hipertensión”. Ahí habría que evaluar el uso de medicamentos, si con un cambio en el estilo de vida no es suficiente para controlar o bajar los niveles que se encuentren altos, en cada caso.

La próxima consulta a visitar sería la de un nutricionista. “Es la persona que entrega una nueva pauta alimentaria, quien mide, pesa y evalúa niveles de grasa”.

Una terapia con un psicólogo también es recomendable, sobre todo si la obesidad ha sido un problema de toda la vida: “ayuda a cambiar hábitos y manejar cualquier tipo de emoción que esté relacionada con la comida, como la ansiedad, la rabia, la pena; entender cómo se llegó a esa situación y razonar de qué sirve el peso en la vida, con terapia”.

Finalmente, hay que ver la parte física. “Para obesos en grado III, hay kinesiólogos que evaluarían si tienen problemas en las articulaciones inferiores por culpa del peso. Si no hay problemas de ese tipo, un profesor de educación física o un *personal trainer* crean una rutina de ejercicios personalizado”, que depende de la meta y necesidades de cada persona. Para cubrirlo todo, “hay un especialista para cada uno de los aspectos que involucra la obesidad”.

1.2 No puedo parar de comer: adicción a la comida

Grupos para tratar adicciones hay muchos. En Chile, las organizaciones para tratar el alcoholismo y la drogadicción son las más comunes. Desde el 2012 existe T-Apoyo, dirigida por Deborah Sokolowicz, quien trajo su experiencia en Israel. También existe Goce, co creado por el doctor Antonio Abud Cabrera y la psicóloga Karolina Lama. En Estados Unidos tienen a *Food Addicts*, *Food Addicts Anonymous*, y *Compulsive Eaters Anonymous* (CEA-HOW), con mucha más experiencia y casos que en nuestro país. ¿Cómo se puede ser adicto a la comida, un elemento necesario para la supervivencia y con el que convivimos día a día?

La adicción a la comida “se produce como cualquier enfermedad”, según Roselle (2009. Pág. 2. Traducción propia) y “ocurre como un mal manejo bioquímico que supera el alcance de la fuerza de voluntad” (2009. Pág. 2. Traducción propia).

Está comprobado que los componentes de la comida, según el nutriólogo Jaime García “generalmente con los hidratos de carbono y las grasas, tienen un efecto químico en la síntesis cerebral de neurotransmisores, serotonina y dopamina”. Según Seijas y Feuchtmann (1997), pacientes obesos tienen “la presencia del alelo A1 del Gen DRD2. (...) La presencia de este alelo se asocia con un número reducido de receptores de dopamina D2, sugiriendo que los pacientes obesos usarían el comer alimentos como una forma de elevar los niveles de dopamina cerebral a niveles más aceptables”.

Según la psicóloga Sandra Navarrete, “la dopamina es la hormona asociada al placer”. Por eso, si la persona come y siente placer, va a querer repetir la experiencia. “Por eso la comida es adictiva, porque mantiene alta la dopamina y es una sensación de placer que no puede dejar”.

La serotonina es otra sustancia que la comida libera. “Cuando una persona consume carbohidratos un aminoácido llamado triptofano entra al cerebro de forma más efectiva para formar serotonina” (Roselle, 2009. Pág. 10. Traducción propia), que “es responsable del control del ánimo, apetito, somnolencia y percepción del dolor” (Roselle, 2009. Pág. 10. Traducción propia).

Y esta adicción no afecta solamente a pacientes obesos. “Comer más carbohidratos solo hace que perdure y exacerbe el problema. Puede crear un ciclo sin fin de comer de más (obesidad), un ciclo de atracones-purgas en un intento de parar el aumento de peso (bulimia) o controlar mínimamente el consumo de alimento en pequeñas cantidades de carbohidratos durante el día (anorexia), como un intento bioquímico de superar este mal manejo” (Roselle, 2009. Pág. 6-7. Traducción propia).

Según la psicóloga Sandra Navarrete, cuando un paciente no llega por voluntad propia a la consulta para bajar de peso, como por ejemplo “obligado por su pareja o sus papás”, y simplemente no puede seguir un plan alimentario, “es considerado como una adicción”.

Como explica *la Guide to Abstinence de Food Addicts Anonymous*, la rehabilitación de esta adicción se logra con “honestidad, una mente abierta, compartiendo las experiencias, fuerza y esperanza” (FAA, 2010. Pág. 1. Traducción propia). Y, con la supervisión de un médico, “eliminar los componentes básicos de los atracones: azúcar, harina, trigo y grasas, como comida pegajosa y aceitosa”. (FAA, 2010. Pág. 4. Traducción propia).

1.3 De desnutridos a obesos

Entre las décadas del 70 y 80, Chile comenzó con un proceso de cambio nutricional, donde la enfermedad relacionada con la dieta y la alimentación que más predominaba en la población era la desnutrición, la “afección que ocurre cuando el cuerpo no recibe los nutrientes suficientes” (NIH, 2011). De acuerdo a la teoría de transición nutricional, este proceso se debe a una “secuencia de características y cambios del estado nutricional, que resultan como consecuencia de los cambios en la estructura general de la dieta correlacionada con cambios económicos, demográficos, sociales y de salud” (Albala et al., 2000, citado por Pemjean, 2011. Pág. 105), que va de la mano con el desarrollo de las naciones.

Según Pemjean (2011), existen cuatro etapas en esta transición, siguiendo el modelo europeo. “Una de pre transición nutricional, caracterizada por una dieta escasa en grasas y azúcares, donde predomina la desnutrición” (Pág. 105), la cual se vivió en Chile hasta fines de los años 70. Previo a eso, había altos índices de mortalidad infantil, enfermedades infecciosas y desnutrición, cifras que empezaron a descender gracias a políticas gubernamentales dirigidas a los segmentos más pobres. Fue Fernando Monckeberg, médico nutricionista y creador del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) en el año 70 y Presidente de la Corporación de la Nutrición Infantil (CONIN), quien logró que “la desnutrición fuera reconocida como un problema político y no exclusivamente social” (Pemjean, 2011. Pág 111). Escuchado por Salvador Allende y, bajo su gobierno, comienzan los primeros grandes cambios en la nutrición infantil. “Se instaura el Plan de Emergencia en Salud, que significó medio litro de leche por niño/a al día, (...) se sumó el Plan de Leche o su repartición gratuita a todos/as los/as menores de 2 años, a preescolares, a mujeres embarazadas y madres en período intergestacional, mientras que los/as escolares estaban cubiertos/as a través de la Junta Nacional de Auxilio Escolar”. (Pemjean, 2011. Pág 112). Eso le aseguraba leche gratuita a todas las futuras madres y las obligaba a ir a los consultorios, que cada día cubrían más

sectores, donde además recibían información sobre el cuidado y nutrición de sus niños. Con estas visitas recurrentes, se pudieron “implementar los programas de planificación familiar, estimulación de la lactancia materna, cuidado y control del niño sano, programas de vacunación y educación nutricional”, (Mönckeberg, 2003) otros programas que concientizaron a la población sobre la importancia de una buena salud y nutrición.

Estas medidas, “implementadas por Allende y Monckeberg, a las que éste último dio continuidad durante la dictadura gracias al apoyo del general Gustavo Leigh” (Pemjean, 2011. Pág 114), fueron las que lograron erradicar completamente la desnutrición en Chile.

Es en el periodo de la dictadura de Augusto Pinochet donde empiezan a aumentar la cantidad de obesos y éstos comienzan, paulatinamente, a superar al número de desnutridos. Según el nutriólogo y magíster en nutrición clínica de la Universidad de Chile y presidente del Capítulo Chileno de la Alianza Global Contra la Obesidad, Jaime García, “la gente comienza a comer más grasas y más azúcares refinados y llega la comida rápida. Por otro lado, la automatización de diferentes mecanismos que hacía que la gente hiciera más actividad física, también aumentan”. Además, se crea una mala concepción del niño sano: “se instauró en la población la visión de que un/a niño/a con un kilo de sobrepeso era sano/a, instalándose en el imaginario la homología entre salud y caritas redondas, rosadas y sonrientes” (Pemjean, 2011. Pág 116).

A fines de los años 80, donde la desnutrición evidencia “su total erradicación” (Vio, Kain, 2007. Pág. 1), pasamos a la segunda etapa de la teoría nutricional, “de transición, donde dichos alimentos (altos en grasa y azúcares) aumentan, generando una población en la que quienes no son desnutridos/as son obesos/as” (Pemjean, 2011. Pág 105). Desde ahí Chile con “una duplicación de su ingreso per cápita durante la década de 1990” (Salinas, Vio, 2003. Pág. 281) y, con la total apertura a los mercados internacionales, “gran

parte de ese incremento en los ingresos se destinó al consumo de comida de alto contenido graso y de azúcar refinada —conocida como “comida chatarra”— y de bebidas gaseosas” (Salinas, Vio, 2003. Pág. 282) además de la llegada de nuevas cadenas de comida rápida, hacen que el acceso a la alimentación poco saludable se vuelva fácil y cotidiano. Y no solo hubo cambios en la dieta diaria, “la compra de televisores, equipos electrodomésticos y automóviles, (...) disminuyó la actividad física; además, se incrementó el consumo de tabaco y alcohol” (Salinas, Vio, 2003. Pág. 282).

Como consecuencia de esos cambios en el estilo de vida de los chilenos, nos encontramos actualmente en la tercera etapa de transición nutricional, “donde las grasas y azúcares se mantienen, predominando la obesidad.” (Pemjean, 2011. Pág 105)

En este momento, la calidad de la alimentación de la población chilena deja mucho que desear. Por comodidad, falta de recursos, desconocimiento, entre otras razones, el gasto en comida procesada sobrepasa lo adquirido en productos saludables. Según el estudio Chile Saludable, “sólo un 21% de la población chilena cumple en materia de lácteos, un 50% en relación a frutas y verduras, un 24% en cuanto a legumbres, y un 17% en lo que respecta a pescados”. (Fundación Chile, 2012. Pág. 41). Además, la compra por familia “en bebidas no alcohólicas es prácticamente igual al total de frutas, 10 veces el gasto en legumbres, y 3 veces el gasto en pescados y mariscos y el gasto en galletas y pasteles supera en un 30% el gasto de fruta fresca.” (Fundación Chile, 2012. Pág. 40)

Otro desafío para la salud pública es enfrentar los altos niveles de obesidad en los sectores de escasos recursos del país. Según la Encuesta Nacional de Salud 2010, de las personas con obesidad y sobrepeso en Chile un 35,50% tienen un nivel educacional bajo, mientras que un 24,7%, medio y un 18,5% en

el alto. Datos de la última Encuesta Nacional de Presupuestos Familiares, la familia chilena gasta 189 pesos en alimentos al mes, (Fundación Chile, 2012. Pág. 40) siendo las personas de más recursos “los que más se acercan a las recomendaciones nutricionales y a los hábitos saludables recomendados.” (Fundación Chile, 2012. Pág. 41) Se atribuye a la clase media y baja una mayor cantidad con personas con sobrepeso y obesidad ya que “sus alimentos básicos son el pan, consumo promedio de una marraqueta y media diaria, y las carnes rojas altas en grasas”, (Fundación Chile, 2012. Pág. 41) por el fácil acceso que estas comidas poco saludables tienen, al ser más baratas.

Preocupa también la cantidad de ejercicio que realizan los chilenos. Un 63% de los chilenos confiesa que es totalmente sedentario, a tal nivel que declara no practicar ningún tipo de actividad física, ni siquiera una vez a la semana. (Fundación Chile, 2012. Pág. 00)

1.4 Campañas y legislación: ¿Qué hace falta?

En abril del año 2002, el Gobierno de Chile publicó en su Boletín de Vigilancia de Salud Pública el resumen ejecutivo de los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010, que sería “una referencia fundamental para establecer las intervenciones y acciones prioritarias que deben realizarse por el sistema de salud chileno” (MINSAL, 2002. Pág.6). En materia de obesidad, el plan era frenar el aumento: “reducir la prevalencia de obesidad en preescolares en 3 puntos o 30%, en escolares 4 puntos o 25% y en embarazadas 4 puntos o 13%. (MINSAL, 2002. Pág.7). También se buscaba mejorar los índices con respecto a la actividad física, “en este período se planteó la meta de reducir el

sedentarismo de un 91% a un 84% de la población”. (Fundación Chile, 2012. Pág. 00)

En el año 2010, los resultados arrojados no fueron alentadores. En la Evaluación Final de los Objetivos Sanitarios para la Década, la reducción de la prevalencia de obesidad en preescolares muestra un “avance discreto” (MINSAL, 2010), ya que solo hubo una baja de un 21,49% a nivel nacional desde el año 2001 al 2009. En cuanto a la reducción de obesidad en escolares de primero básico, se ve “en retroceso” (MINSAL, 2010), desde el año 2001 al 2008, con un aumento del 22,35%. Con respecto al sedentarismo, el índice es hoy de un 89% (Fundación Chile, 2012. Pág. 00). Aunque hubo una leve mejora, no se lograron los números esperados.

En el año 2006, el Ministerio de Salud responde a la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud de la OMS por medio de la creación de la Estrategia Global contra la Obesidad EGO-CHILE, que desafía a instancias privadas y a “los gobiernos a conseguir el cambio conductual de la sociedad y de los individuos, que permita disminuir la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles” (MINSAL, 2010. Pág. 71).

Sin embargo, en el sitio web del MINSAL (www.redsalud.gov.cl), en el apartado EGO-CHILE, hay documentación solo hasta el año 2007, donde muestran su acción en escuelas, mientras que la página web destinada a la estrategia no funciona y redirecciona a la del MINSAL. No hay información actual sobre la estrategia ni de sus acciones.

La campaña gubernamental que actualmente promueve el estilo de vida saludable es “Elige Vivir Sano”. Su objetivo es “contribuir a la instalación de prácticas de vida saludable en toda la población, con el fin de disminuir los factores y conductas de riesgo asociados a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles” (Elige Vivir Sano, 2011). Es encabezado por la Primera Dama,

Cecilia Morel y participan del programa distintas organizaciones, como el MINSAL, el Instituto Nacional del Deporte, Ministerio de Agricultura, de Educación y de Desarrollo Social. Posee cuatro objetivos concretos, "fomentar la alimentación saludable, potenciar la actividad física, difundir los beneficios de realizar actividades en familia y promover el contacto con la naturaleza, el respeto al medio ambiente y la vida al aire libre" (Elige Vivir Sano, 2011). La página web del programa insta a la gente a realizar actividad física, entrega consejos sobre cocina más saludable, da una guía para aquellos que buscan un lugar para hacer deporte al aire libre y da a conocer sus eventos en su 'Agenda Sana'.

Sin embargo, la implementación de este y otros programas antiguos, como la "Guía para una Vida Saludable" en el 2005, las campañas de EGO-CHILE y el programa "5 Al Día", estrategia para incentivar que se consuman cinco frutas o verduras diarias no han sido suficientes. Según Teresa Catrileo, presidenta del Colegio de Nutricionistas Universitarios de Chile, el "Elige Vivir Sano" estaría incentivando, siendo más inclusivo y dando opciones a los chilenos en cuanto a la actividad física. A nivel gubernamental "se requiere dar facilidades para que la población en general pueda realizar, a bajo costo, ejercicios en lugares de trabajo, plazas públicas, construir pistas para bicicletas que funcionen efectivamente", lo que el programa exhibe en el apartado de su página web 'Mueve tu Cuerpo'⁴, donde se pueden encontrar "plazas, parques, parques nacionales, ciclovías, piscinas, canchas, complejos deportivos, estadios, gimnasios, clubes deportivos, medialuna, etc." (Elige Vivir Sano, 2012) para hacer deporte.

Aunque el programa entrega opciones para disminuir el sedentarismo, falta preocupación de las autoridades por educar sobre la comida sana. A pesar de

⁴<http://www.eligevivirsano.cl/mueve-tu-cuerpo/lugares-para-hacer-deporte/> consultado el 21 de septiembre de 2012

que el plan incentiva a comer de forma balanceada, hace solo eso, incentivar, y no hay un apartado que advierta sobre la comida chatarra. De acuerdo a Teresa Catrileo, los cambios en la dieta de los chilenos deben partir por políticas gubernamentales que no se han implementado, como “en materia de precios que posibiliten el acceso real al consumo frecuente de verduras, frutas, pescados, frutos secos, alimentos integrales, aceites vegetales de canola y oliva extra virgen, entre otros”. El nutriólogo y magíster en nutrición clínica de la Universidad de Chile, Jaime García, considera que la alimentación saludable no es tema hoy en agenda para el gobierno. “Quien debiera tener un liderazgo aquí es el presidente, pero hay otras prioridades. En los países en los que se ha avanzado en esto, el gobierno tiene un rol prioritario. Francia, por ejemplo, es uno de los países que tiene menos obesidad infantil, y es porque la forma de comer es diferente. Debería haber una campaña desde el ministerio de educación que piense el tema de la obesidad, porque es un tema a largo plazo y debe partir desde el colegio.”

En Francia, según la autora del libro *French Kids Eat Everything*, Karen Le Billon, “han decidido que enseñar rutinas de alimentación saludable a los niños es prioridad, y les enseñan sobre comida sana en las salas y en los comedores” (2012; traducción propia). Ellos “no comen comida para niños. No hay leche saborizada, los niños toman agua. El ketchup es permitido solo una vez por semana (...). Hay poca comida frita, que solo puede ser servida unas pocas veces al mes, de acuerdo a regulaciones del Ministerio de Educación” (Le Billon, 2012. Traducción propia). La autora además menciona que no es un programa nacional, sino que es organizado por las municipalidades, “comidas frescas de tres o cuatro platillos son servidas a más de 6 millones de niños en escuelas públicas (...) e incluso sin subsidios nacionales, las comidas cuestan, aproximadamente, 3 dólares por niño, y hay subsidios para familias con menores ingresos” (Le Billon, 2012. Traducción propia). La experiencia francesa

demuestra que, si hay un interés de parte de las autoridades y los adultos en general, se puede educar desde una perspectiva saludable.

El programa “Elige Vivir Sano” tiene empresas asociadas, que producen alimentos procesados, que incentivan a comer de forma saludable. Sin embargo, hay una contradicción. Según el doctor García, “las mismas empresas que financian el “Elige Vivir Sano”, algunas, son también productoras de comida de mala calidad. La industria alimentaria es un negocio”. Si hubiera un esfuerzo real por incentivar a la gente a consumir comida saludable, habría aspectos distintos.

Por ejemplo las cadenas de supermercados adheridas, venden productos vegetales a un precio mucho más elevado que en ferias libres y verdulerías. Según un estudio de la Oficina de Estudios y Políticas Agrarias ODEPA y el Servicio Nacional del Consumidor SERNAC, de septiembre del 2012, comprobaron que las verduras son 19,6% más caras en supermercados que en ferias⁵.

Y estas golosinas, masas, jugos y bebidas azucaradas, galletas, cereales y frituras, de estas y muchas otras marcas, tienen otro patrón en común: su empaque usa colores llamativos, un diseño individual y, en muchos casos, usa enganches como dibujos animados famosos, regalos, *stickers*, personajes de películas y otros elementos que podrían llamar la atención del público al que más se busca proteger de los problemas nutricionales: los niños.

Esto preocupa considerablemente a los profesionales de la salud nutricional. El doctor García menciona que “un niño no es capaz de distinguir lo que es

⁵Estudio de Precios: Casi \$5 mil de diferencia en una canasta dicióchera. Consultado el 12 de septiembre, en <http://www.odepa.gob.cl/articulos/MostrarDetalle.action?idcla=2&idcat=18&idn=7268>

publicidad hasta los diez años”, y no elegirá su colación por lo más saludable, sino que por el “monito” que más le guste.

Respondiendo a esta inquietud, la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS aprobó un grupo de recomendaciones para aplicar en las naciones, sobre el etiquetado de productos dirigidos a los niños, en mayo de 2010. Algunas de ellas son:

“1.- Reducir el impacto que tiene sobre los niños la promoción de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo trans, azúcares libres o sal.

2.- Dado que la eficacia de la promoción depende de la exposición y el poder del mensaje, el objetivo general de las políticas debe ser reducir tanto la exposición de los niños como el poder de la promoción de los alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo trans, azúcares libres o sal.

3.- Los gobiernos deben establecer definiciones claras de los componentes esenciales de las políticas que permitan un proceso de aplicación normalizado. Esto facilitará la aplicación uniforme, con independencia del organismo que se encargue de ella. Al establecer las definiciones esenciales, los Estados Miembros tienen que reconocer y abordar cualquier desafío nacional específico con miras a obtener el máximo impacto de las políticas.

4.- Los entornos donde se reúnen los niños deben estar libres de toda forma de promoción de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo trans, azúcares libres o sal.

5.- Los gobiernos deben ser la parte interesada clave en la formulación de las políticas y aportar el liderazgo, mediante una plataforma múltiple de partes interesadas, para la aplicación, la vigilancia y la evaluación.

6.- Se alienta a los Estados Miembros a recabar la información existente sobre la magnitud, la naturaleza y los efectos de la promoción de alimentos dirigida a los niños dentro del territorio nacional”.

(OMS, 2010)

En Chile, el 6 de julio del 2012 se publicó en el Diario Oficial la Ley N° 20.606, promulgada un mes antes, sobre Composición Nutricional de los alimentos y su publicidad.

A pesar de que la OMS publicó sus recomendaciones en el 2010, la preocupación política por el tema en Chile data del 2007, cuando los senadores Guido Girardi (PPD), Carlos Kuschel (RN), Evelyn Matthei (UDI), Carlos Ominami (PS), Mariano Ruíz-Esquide (DC) presentaron el proyecto de ley, con artículos que generarían grandes cambios en la industria alimentaria.

Según la ley publicada en el Diario Oficial, con vigencia desde el día de su publicación, las nuevas obligaciones para los productores de alimentos, son en resumen:

- Que “la información disponible en el rótulo de los productos sea íntegra y veraz.
- Informar en sus envases o etiquetas los ingredientes que contienen, incluyendo todos sus aditivos expresados en orden decreciente de proporciones, y su información nutricional, expresada en composición porcentual, unidad de peso o bajo la nomenclatura que indiquen los reglamentos vigentes. El etiquetado a que se refiere el inciso anterior deberá contemplar, al menos, los contenidos de energía, azúcares, sodio, grasas saturadas y los demás que el Ministerio de Salud determine.

- No se podrá adicionar a los alimentos ingredientes o aditivos que puedan inducir a equívocos, daños a la salud, engaños o falsedades, o que de alguna forma sean susceptibles de crear una impresión errónea respecto a la verdadera naturaleza, composición o calidad del alimento”. (BCN, 2012)

O sea, según las indicaciones del Ministerio de Salud, desde julio de 2011, todos los alimentos procesados con alto índice de energía, azúcares, sodio, grasas saturadas, entre otros, deben decirlo claramente en su etiquetado. Esto permitiría a los consumidores tener una compra más informada y llevar una medición clara de lo que están comiendo. Si el MINSAL lo determinara, los alimentos que cumplen con estas faltas nutricionales deberán indicar en su empaque que son “alto en grasa”, “alto en sodio” o lo que dependa en cada caso.

Establece normas para la venta, publicidad e incorporación de actividad física en establecimientos de educación parvularia, básica y media, como:

- “Incluir actividades didácticas y físicas que contribuyan a desarrollar hábitos de una alimentación saludable y adviertan sobre los efectos nocivos de una dieta excesiva (...) nutrientes cuyo consumo en determinadas cantidades o volúmenes pueden representar un riesgo para la salud.
- Deberán incorporar actividad física y práctica del deporte.

- Los alimentos (con advertencias en el etiquetado) no se podrán comercializar, promocionar y publicitar dentro de establecimientos de educación parvularia, básica y media”. (BCN, 2012)

Por medio de esta ley se pretende comenzar a incentivar una alimentación diferente en las instituciones académicas hasta la educación media, por medio de la prohibición de alimentos altos en elementos nocivos para la salud. Sin embargo, no existe un apartado que promueva la comida sana en sí, como el consumo de frutas y verduras. Teresa Catrileo, presidenta del Colegio de Nutricionistas Universitarios de Chile, considera que el cambio de los hábitos alimenticios en los chilenos, para que den resultado, debe comenzar en las salas del jardín infantil. “Esto podría dar un resultado a largo plazo. Se requiere educar a la población a partir de la primera infancia, en las salas cuna, jardines Infantiles, tanto públicos como privados, y asesorar a los profesores de enseñanza escolar y media. La educación debería ser a través de todo el ciclo de vida y, considero, sería muy importante legislar con relación a la exigencia de asesorías parciales de un nutricionista en todo lugar público o privado donde se otorgue alimentación a grupos de personas”.

Si bien la ley avanza en la materia ya que, en el artículo 6, estipula que “El Ministerio de Salud deberá disponer, en conjunto con el de Educación, de un sistema obligatorio de monitoreo nutricional de los alumnos (...) el que los orientará en el seguimiento de estilos de vida saludables” (BCN, 2012), la educación nutricional quedará solo en los colegios. Pero, ¿Qué pasará en las casas, con los adultos? El doctor Jaime García cree que las campañas siguen siendo la mejor forma de intervenir a ese sector, pero que falta un esfuerzo mayor. “A los adultos hay que educarlos con campañas educativas, en los consultorios, en las clínicas, en las radios, en la televisión. Todos los millones

de dólares que se gastan en publicidad de alimentos chatarra; deberían subir los impuestos de ese sector para invertir en campañas de comida sana”.

Acerca de la publicidad y enganches comerciales, la ley especifica que:

- “se prohíbe ofrecimiento o entrega a título gratuito a menores de 14 años de edad (de alimentos con advertencias en su etiquetado), así como la publicidad de los mismos dirigida a ellos.
- no podrá inducirse su consumo por parte de menores o valerse de medios que se aprovechen de la credulidad de los menores. La venta de alimentos especialmente destinados a menores no podrá efectuarse mediante ganchos comerciales no relacionados con la promoción propia del producto, tales como regalos, concursos, juegos u otro elemento de atracción infantil.
- Toda publicidad de alimentos efectuada por medios de comunicación masivos deberá llevar un mensaje, cuyas características determinará el Ministerio de Salud, que promueva hábitos de vida saludables”. (BCN, 2012)

Es por esta razón que los menús de cadenas de comida rápida, como la Cajita Feliz de McDonalds, la Cajita Chicky de Kentucky FriedChicken, entre otras, no podrán tener elementos que llamen la atención de los niños y que influyan en su compra, como regalos y juguetes. Además, será el fin de los *stickers* y tazos en las cajas de jugo y colaciones altas en azúcar y grasas.

Aunque la ley especifica que su vigencia es desde el día de su publicación en el Diario Oficial, el artículo 11 muestra otro plazo: “El Ministerio de Salud deberá dar cumplimiento y ejecutar las materias a que se refiere esta ley, por medio de la Subsecretaría de Salud Pública, en el plazo de un año a contar de la fecha de su publicación en el Diario Oficial” (BCN, 2012). O sea, desde el 6 de julio del 2013, los cambios deberían haber estado completamente

implementados, pero la propuesta de Decreto para implementar la Ley 20.606 de Composición de Alimentos y Publicidad, realizada por el Ministerio de Salud con fecha 12 de abril de 2013, y para modificar el Reglamento Sanitario de Alimentos, entrega un nuevo reglamento: se posterga la entrada en vigencia de esta ley hasta principios del 2015. Para sorpresa de profesionales de la salud y consumidores interesados en la industria alimentaria, lo estipulado en este nuevo documento “contraviene el espíritu de la citada ley y no aporta en la lucha contra la obesidad y las enfermedades crónicas asociadas a la alimentación inadecuada.” (Facultad de Medicina UCH, 2013)

Distintos médicos, nutricionistas e instituciones manifestaron de forma pública su descontento por este decreto. Según un comunicado liberado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, serían diferentes las razones por las que la aplicación de esta ley, con la nueva normativa, no sería efectiva:

“Los límites que se fijan para advertir al consumidor sobre el elevado contenido de nutrientes dañinos para la salud (azúcar, grasas saturadas y sodio) y calorías están muy por sobre los niveles que garantizan protección para la salud de la población... los límites propuestos son tan altos, que incluso podrán permitir mayores contenidos que los que hoy tienen.

No aborda la necesaria definición del mensaje de advertencia al consumidor que se usará para el rotulado de estos alimentos,

Exime de la prohibición de usar ganchos comerciales dirigidos a niños a algunos productos altos en nutrientes críticos como la conocida “Cajita feliz”, torciendo la definición de alimento envasado. Por otra parte, también se omiten los aspectos vinculados a la publicidad de estos alimentos para niños menores de 14 años...”

Luego de esta publicación, parlamentarios encabezados por Guido Girardi pidieron a Contraloría que se anulara este reglamento. Según el doctor Jorge

García, lograron su cometido, ya que la institución fiscalizadora lo impugnó⁶. Esta información no ha sido difundida por los medios de comunicación.

Por ahora, no sirve de nada. Según Teresa Catrileo: “La idea de esta ley en principio fue buena, pero si no se puede aplicar desde el momento en que se aprueba y publica en el Diario Oficial, es letra muerta y los más perjudicados son los niños”.

1.5 Psicología de la pandemia

La terapeuta ocupacional y magíster en bioética de la Universidad de Chile, Laura Rueda, afirma que “toda manifestación de un problema de salud alimentario, sea al máximo o al mínimo, siempre viene de un problema de salud mental⁷”.

Según la experiencia de la psicóloga del Centro de Obesidad de la Clínica Santa María, Sandra Navarrete, “el gordito feliz no existe”, es un mito o “una justificación para esconder otros problemas”. Y, en general, sus pacientes muestran problemas de autoestima.

Y hay distintos aspectos en la vida en los que la obesidad afecta que intensifican aún más los sentimientos de angustia y disminuyen la autoestima.

El físico puede ser un problema de dos maneras. Primero, en el ámbito de la salud y la movilidad, tanto así que puede hacer muy difícil o imposible para obesos mórbidos lidiar con situaciones cotidianas. “Hay gente que se cansa al

⁶ En entrevista con la autora, el día 12 de noviembre de 2013.

⁷ En entrevista con la autora, el día 15 de noviembre de 2013.

subir una escalera, o que no pueden hacer sus necesidades solos o bañarse y necesitan ayuda. Hay quienes llegan a tal nivel que se vuelve invalidante”.

Para aquellos que tienen una pareja estable o están casados, la intimidad se vuelve casi imposible y puede generar dificultades en la relación, también problemas de fertilidad y embarazos de alto riesgo para las mujeres. “Las personas con mucho sobrepeso también tienen exceso de grasa en la zona pélvica y abdominal. Además, durante la intimidad, se cansan más rápido y les sube la presión”. Causa especial preocupación la nutrición durante el embarazo, ya que “los hijos de madres diabéticas, hipertensas u obesas tendrán un mayor riesgo de desarrollar diabetes, hipertensión u obesidad en el curso de su vida, no sólo por factores genéticos, sino también por el mecanismo de “programación fetal”, mediado por factores hormonales o nutricionales” (Pizarro, et al. Pág. 237) por lo que los hábitos alimenticios de la madre influirán, en el corto y largo plazo, en la salud del niño.

Asimismo, una persona que padece obesidad en grado III no puede hacer ejercicio como otra de peso normal lo haría. Es por eso que tiene que ser vigilada de cerca por un kinesiólogo, porque corren un riesgo muy alto de lesionarse. “El peso no es soportado por las articulaciones, las rodillas, los tobillos, la espalda. Entonces, como se lesionan y no pueden hacer ejercicio, más sedentarios se vuelven”.

El otro problema físico que la obesidad causa tiene que ver con la imagen personal de cada uno de los pacientes, que los hace aislarse o sentirse en desventaja en distintas situaciones sociales y que, al final, daña sus relaciones interpersonales.

Hay un contexto en el que la gente insegura por su sobrepeso se siente en desventaja siempre, que es en el ámbito laboral. “La discriminación laboral todavía existe”, según la psicóloga. Según una investigación de la Facultad de

Medicina de la Universidad Católica, personas con sobrepeso tienden a faltar más al trabajo y significan un mayor costo para los empleadores, “la obesidad, especialmente la severa y mórbida, tiene un efecto muy significativo en el aumento en los costos en salud y en el ausentismo laboral por efecto directo y asociado a las comorbilidades que la acompañan” (Zárate, et al. 2009). Y es algo que los pacientes de Sandra Navarrete han sentido. “Todos pueden mandar un currículum sin foto, pero al ir a la entrevista, entre una flaca o una persona con sobrepeso, eligen a la flaca. Porque, a la vista, estéticamente, es mejor cotizado el flaco”.

En otros contextos sociales, donde podrían participar normalmente, prefieren aislarse o esconderse. Pero, según Navarrete, el ‘sentirse diferente’ depende de la perspectiva de cada persona. “El ámbito social varía en cómo cada uno se sienta frente a una situación social. Como la persona se sienta en la playa, en un matrimonio, en una fiesta. Porque hay mujeres y hombres que hace años que no se ponen traje de baño en la playa o que se bañan con polera, porque les da vergüenza. O gente a la que la invitan a un matrimonio y prefieren no ir, porque no tienen qué ponerse. Entonces, hay una limitación en la vida social”.

Aunque estos son los patrones más comunes en personas con obesidad, cada persona tiene una historia distinta. “Y esas se tratan individualmente en la terapia”.

1.6 Operada del cuerpo, no de la mente

En este cuarto y último capítulo se tratará brevemente sobre las cirugías bariátricas, intervenciones que parecieran ser la solución para el problema de la megaobesidad. La manga gástrica, “resección del 80% del estómago,

transformándolo desde un reservorio con una capacidad de 1000 a 1500 ml, en un tubo con capacidad cercana a los 150 ml”⁸ o el *bypass* gástrico, que “crea un bolsillo de 20 cm² en la parte alta del estómago”⁹, entre otras intervenciones realizadas con menor frecuencia en Chile, parecen ser la opción para cualquiera que se rinde en el camino para bajar de peso. Sin embargo, experiencias de algunos usuarios hacen dudar su efectividad.

María Pastora Sandoval es periodista. Trabaja como docente en universidades y es la *webmaster* de una red de sitios web sobre salud, llamado clínico.cl. Una de estas páginas web es bariatrico.cl, que creó por su propia inquietud, ya que pasó por una de estas intervenciones. “La necesidad de este sitio yo la vi en mi misma, porque yo me iba a operar de una manga gástrica y no habían sitios que tuvieran información actualizada. O sea, si entrabas al sitio de una clínica, te decía lo que es una manga gástrica, lo que era un *bypass*, pero no había noticias actualizadas, sino que era estática. Entonces me di cuenta de que si yo tenía la necesidad, quizás muchos la tenían, y en Chile no había nada que hablara sobre cirugías bariátricas”¹⁰. El sitio fue un éxito inmediato. Hoy en día, “Bariátrico.cl tiene un promedio de 2.700 visitas mensuales” y con gran actividad en redes sociales, donde la gente hace múltiples preguntas sobre estos procedimientos. El interés de la gente existe.

Ella tuvo, en general, una buena experiencia con su cirugía. Bajó 30 kilos y estuvo con apoyo psicológico durante todo el proceso. “Finalmente me di

⁸ Manga gástrica, gastrectomía en manga o *sleeve gastrectomy*. Bariátrico.cl, 1 de marzo de 2013 [en línea], consultado el 28 de noviembre de 2013, <<http://www.bariatrico.cl/tipos-de-cirugias-bariatricas/manga-gastrica-gastrectomia-en-manga-o-sleeve-gastrectomy/>>

⁹ *Bypass* gástrico. Bariátrico.cl, 1 de marzo de 2013 [en línea], consultado el 28 de noviembre de 2013, <<http://www.bariatrico.cl/tipos-de-cirugias-bariatricas/bypass-gastrico/>>

¹⁰ En entrevista con la autora, el 22 de abril de 2013. Todas sus intervenciones provienen de esta entrevista

cuenta de que uno tiene que cambiar los hábitos igual, yo tomé el atajo. Si yo hubiese seguido estrictamente una dieta, me habría demorado 3 años en bajar los 30 kilos, y nadie dura 3 años a dieta. Yo cambié los hábitos obligada, después de la operación”.

Como se relata en el capítulo I, son muchos los factores que llevan a una persona a comer en exceso. La cirugía bariátrica no mejora eso, sino que opera la parte física. Viviana Toro se sometió a uno de estos procedimientos y bajó 30 kilos, pero subió, luego, 20. “Siempre he dicho que te operan el cuerpo, no la mente. Yo volví a la vida antes de la operación y volví a subir de peso, porque tenía otros problemas que la cirugía no me solucionó”.¹¹

Viviana es arsenalera y tuvo la opción de rebajar el precio de su cirugía poniendo ella misma los insumos para la realización. “Me ahorré dos millones 800 mil pesos poniendo los trócares y el resto de las cosas. Es lo más caro de la cirugía”.

En el sistema privado, la persona acude al médico solicitando esta cirugía. Se evalúa si uno es un buen candidato, dependiendo del peso de la persona y las enfermedades asociadas. Según Viviana Toro, “si uno no tiene diabetes, hipertensión o alguna otra patología, no aceptan operarte, porque en esos casos uno puede bajar con dieta y ejercicios”. En cambio, si la persona es muy pesada, es enviada a la casa para bajar de peso. “En las cirugías llenan la capacidad abdominal con CO₂, para que se distienda y se pueda ver todo fácilmente. Si la persona tiene mucha grasa y poca piel suelta, se le solicita que baje unos kilos”.

Para pacientes con FONASA es un proceso más complicado. Según la médica familiar Paula Alvear, parte en el consultorio. “La nutricionista hace una evaluación: peso, talla, porcentaje de grasa corporal y abdominal. Luego, el

¹¹ En entrevista con la autora, el 27 de noviembre de 2013.

médico se hace cargo del chequeo general, especialmente cuando hay otras patologías. Después se deriva a un hospital, a un servicio de nivel terciario, para una evaluación con el médico internista y el gastroenterólogo. De ellos depende si pasa o no. Generalmente, los primeros seleccionados son los que no tienen otras patologías complicadas, que es difícil en pacientes obesos¹².

Con estos breves testimonios se comprueba que decidir operarse o no va más allá de la voluntad. Son los cambios de hábitos en la persona lo que determina si estas intervenciones son un éxito o un fracaso.

Con este primer gran bloque hemos visto que nadie es gordo porque quiere. Es una enfermedad que tiene distintas causas, tanto psicológicas como culturales, ya que, como sociedad, asociamos la comida a distintas situaciones. La puesta en marcha Ley de Etiquetado de Alimentos ha sido postergada nuevamente, lo que demuestra que el tema de la alimentación saludable no es una prioridad para las autoridades y, además, el sedentarismo predomina.

En el siguiente bloque, se evidenciarán estos problemas asociados a la obesidad por medio de los testimonios de cinco personas que padecen esta enfermedad.

¹² En entrevista con la autora, el 17 de noviembre de 2013

II. DISCRIMINACIÓN Y ESTIGMA

En las siguientes páginas se explicará con testimonios de cinco personas que padecen obesidad mórbida las distintas dificultades que esta patología les ha provocado durante toda su vida. Son historias muy personales, que demuestran que la gordura es complicada por diferentes razones. Estas entrevistas, además de situaciones cotidianas de personas obesas protagonistas de series de televisión, películas y *realities*, serán comparadas y explicadas con las reacciones típicas de la sociedad ante la presencia de un ser diferente, marcadas por el prejuicio, la crítica y la estigmatización.

Según la Real Academia de la Lengua Española, discriminar es un verbo que significa "seleccionar excluyendo" o bien "dar trato de inferioridad a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, políticos, etc." (RAE, 2011). Aunque existe la discriminación positiva, no es la que personas con obesidad mórbida suelen vivenciar, por lo menos en Chile.

Este concepto se refiere a “una acción que pretende establecer políticas que dan a un determinado grupo social, étnico, minoritario o que históricamente haya sufrido discriminación (...) El objetivo es el de mejorar la calidad de vida de los grupos desfavorecidos y compensarlos por los perjuicios o la discriminación de la que han sido víctimas”. (Fondo Indígena, 2013)

La ley 19.284 de Integración Social para Personas con Discapacidad menciona, en su artículo 3, que “se considera persona con discapacidad a toda aquélla que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente y con independencia de la causa que las hubiera originado, vea obstaculizada, en a lo menos un tercio, su capacidad educativa, laboral o de integración social”. (FND, 1994. Pág. 4) Sin embargo, según el artículo 7, son las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) de los Servicios de Salud las instituciones encargadas de evaluar la condición de persona con discapacidad.

La abogada de la Universidad Mayor, Vanesa Galaz, menciona que esta ley no aplica para todos los obesos, sino que solo para aquellos que su tamaño o peso les produzca alguna enfermedad invalidante. “Si bien el sobrepeso en si no puede entenderse como una discapacidad, cuando estamos frente a casos de obesidad, y esta genera cualquier tipo de incapacidad a quien la padece, si es razonable aplicar la ley 20422. El espíritu de la ley es potenciar la inclusión en los distintos ámbitos de la sociedad de las personas que sufren de algún tipo de incapacidad y si en algún modo una persona, por su condición de obesa, ve lesionada su igualdad en el trato que debe recibir tanto de los particulares como

de los diversos órganos del estado, es perfectamente factible recurrir a esta norma.¹³”

Una persona que sufre de obesidad mórbida tiene distintas desventajas, tanto a nivel físico -en cuanto a movilidad y espacio-, como emocional. Aunque no es una característica que todas las personas con sobrepeso tienen, la nutricionista y directora del programa para bajar de peso en grupo, T-Apoyo, quien bajó 20 kilos y superó su problema del sobrepeso, Deborah Sokolowicz, menciona que la lucha con la talla es un común denominador de todas estas personas. “La gente cree que nosotros, los gordos, somos descuidados, no nos queremos a nosotros mismos, y por eso hemos llegado a este estado. La verdad, es que estamos todo el tiempo haciendo el empeño por cambiar¹⁴.”

Esto se debe al estigma de ser obeso. El término fue creado por los griegos, con el que se referían a "signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el status moral de quien los presentaba" (Goffman, 2003. Pág. 11). En la actualidad la palabra es utilizada con un sentido parecido, donde la persona estigmatizada “puede demostrar ser dueño de un atributo que lo vuelve diferente de los demás y lo convierte en alguien menos apetecible (...) para reducirlo a un ser inficionado y menospreciado” (Ibíd. Pág. 12).

Ejemplos de esta estigmatización se ven en distintas situaciones de la vida cotidiana. Laboralmente, aún existen problemas para ellos al buscar empleo. Por ejemplo, un estudio de la revista *International Journal of Obesity*¹⁵ reveló que las mujeres obesas tienen menos posibilidades de conseguir un trabajo, frente a personas de contextura sana, y tienen sueldos más bajos.

¹³ Entrevista realizada por la autora, el 18 de noviembre de 2013

¹⁴ Entrevista realizada por la autora, el 25 de agosto de 2013

¹⁵ Globovisión Las mujeres obesas sufren mayor discriminación laboral, según estudio. [en línea] Globovisión.com. 25 de septiembre de 2013
<<http://globovision.com/articulo/las-mujeres-obesas-sufren-mayor-discriminacion-laboral-segun-estudio>> Consultado el 28 de noviembre de 2013

La psicóloga organizacional y profesora de psicología laboral, Alejandra Auad, afirma que, aunque ha disminuido, existe aún la discriminación. “Actualmente, se sigue prefiriendo a personas delgadas, especialmente en cargos que suponen ser la cara de la empresa, como en ventas, atención al cliente y recepción¹⁶”.

Luego, deben enfrentarse a distintos elementos que, posiblemente, no sean del tamaño o soporten los kilos que ellos tienen. Por eso, la vida de una persona obesa se vuelve más complicada que la de una con un peso saludable. El más mínimo detalle de la rutina diaria, que para la gente es absolutamente trivial, puede ser un problema.

Analicemos un día cotidiano de trabajo desde la mañana. Primero, levantarse y ducharse. Una actividad que pareciera ser muy común y fácil, distintos factores podrían hacerla más difícil para una persona con obesidad mórbida. Carolina, una madre de 29 años y que pesa sobre 100 kilos, comenta que esto se puede volver complicado. “Hay tinas muy pequeñas, otras muy altas, donde cuesta meterse¹⁷”. Usar el baño, sobre todo aquellos de menor tamaño, le causa el mismo problema espacial. “Hay baños pequeñitos, donde las caderas te chocan con el mueble del lavamanos”.

Después llegar al lugar de trabajo o estudio. Para quienes tienen auto propio, es más fácil. Eloise, quien pesa casi 130 kilos, menciona que el largo del cinturón de seguridad es un problema. “A mí me alcanzan apenas, pero hay algunos a los que no¹⁸”. Quienes realmente se enfrentan a dificultades son quienes usan el transporte público. Eloise rescata que las miradas de la gente son bastante molestas, sobre todo “cuando te vas a sentar en las micros”.

¹⁶ En entrevista con la autora, el 15 de noviembre de 2013

¹⁷ En entrevista con la autora, el 14 de julio de 2013. Todas las citas de Carolina Briones corresponden a la misma entrevista. Ver texto completo en anexos.

¹⁸ En entrevista con la autora, el 20 de noviembre de 2013. Todas las citas de Eloise corresponden a la misma entrevista. Ver texto completo en anexos.

Sergio, un joven obeso mórbido de San Bernardo, tiene que usar colectivos para llegar al metro y cree que los asientos son muy pequeños¹⁹.

Para quienes usan el Metro de Santiago, acceder a este es también un tema preocupante, por la gran cantidad de escaleras que hay que subir o bajar para llegar a los carros. Eloise menciona que “esto que es bien simple, se vuelve un problema. Quedo demasiado cansada”. Lo mismo cuenta Sergio: “me cuesta más, cansa mucho”.

A continuación, en la hora de almuerzo, los problemas siguen. Luz María, transportista escolar, quien pesa 120 kilos, comenta que los lugares para sentarse son un problema. “Cuando voy a un restaurant, o a un lugar y tienen estas sillas blancas como de jardín, te quedas atascada, no te la puedes sacar después, queda súper incómodo. Las sillas son chicas en general, por los espacios y quedas con la mitad de tu cuerpo afuera²⁰”. Las actitudes de la gente vuelven a ser alarmantes, como indica Eloise: “Cuando comes te fijan en la gente que te mira como con cara de ¿mira qué asco, está comiendo la gordita”.

Así, como en muchas otras situaciones, la obesidad mórbida se convierte en un problema espacial para las personas que la padecen.

2.1 Testimonios de discriminación

¹⁹ En entrevista con la autora, el 28 de noviembre de 2012. Todas las citas de Sergio corresponden a la misma entrevista. Ver texto completo en anexos.

²⁰ En entrevista con la autora, el 25 de noviembre de 2012. Todas las citas de Luz María corresponden a la misma entrevista. Ver texto completo en anexos.

Para Eloise, artista y escritora para una web de música de 34 años, la obesidad ha sido un problema de toda la vida, desde su infancia, “Siempre ha sido un problema. Cuando era chica, en el colegio San Juan Evangelista, me hacían *bullying*. (...) los niños me decían, por ejemplo ‘no vamos a jugar contigo porque eres gorda’”. Desde los 14 años, ha pasado por distintas dietas y programas para bajar de peso, con resultados, pero ninguno permanente. Su peor estado fue en el año 2009, en el que cayó en depresión y se refugió en la soledad y la comida. Llegó a pesar 130 kilos. “Me había decepcionado un hombre, me habían despedido y me rendí con las dietas. Estuve casi un año ‘en coma’, lo único que hacía era comer papas fritas, helado y tomar bebida”.

Aunque logró salir de la depresión y está en un nuevo programa para bajar de peso, sigue con problemas por su situación. Eloise menciona como un inconveniente las sillas universitarias de su institución, donde estudió arte, ya que “tienen la mesa pegada a la silla, por el espacio”. Cuenta también que hay otros objetos y lugares que le resultan problemáticos: “Las sillas blancas plásticas, esas típicas de jardín, se rompen porque aguantan poco peso. Los cinturones de seguridad de los autos”.

Ella también tiene problemas para comprar ropa. “El vestuario para gorda es feo. La tienda más linda queda en el Alto Las Condes y es todo súper caro. Es ropa sin forma y creen que una gorda siempre tiene que parecer un cojín floreado.

Sin embargo, lo que más le llama la atención no es que no existan implementos para personas de gran tamaño, sino la forma en que reaccionan ante algunas situaciones aquellas que no sufren de este problema. “Más que las cosas, lo peor son las actitudes de las personas. Por ejemplo, a nadie se le ocurre pedir en un instituto o universidad una silla diferente, porque no las

tienen y, si preguntas, contestan de mala gana. Y si pides una más grande, te miran con cara de ¿qué?”.

Sergio es un estudiante de informática de 20 años que vive en la comuna de San Bernardo. Tuvo obesidad desde su infancia, pero un día, pesando 135 kilos, reaccionó y se puso a dieta. “Me di cuenta de que estaba cansándome mucho en actividades cotidianas y al jugar fútbol, no podía jugar bien, y eso me frustraba. Así que, por voluntad propia, empecé”. Pero su rutina cambió y tuvo un efecto rebote.

Aunque no percibe muchas diferencias en su vida con respecto al entorno, nota la diferencia de su peso a nivel corporal. “Ya no puedo subir y bajar las escaleras del metro como cuando estaba más delgado. Me cuesta más, cansa mucho. Mi bicicleta se está oxidando, me he vuelto muy sedentario”.

Menciona como problemas “los asientos de los colectivos, porque son muy chicos” y la ropa. Comprar vestuario es una actividad que evita: “aunque no me cuesta tanto encontrar, trato de comprar la menor cantidad posible. Solo renuevo cuando está demasiado rota o gastada”.

Cuenta también que no se imagina su vida siendo flaco, ya que “como siempre he sido gordo, se volvió parte de mi identidad”.

Luz María es transportista escolar y pesa más de 120 kilos. Menciona que, desde pequeña, ha subido mucho de peso, “ha sido solo acumular”. Aunque hizo una dieta siendo más joven, “el efecto rebote fue peor”. Por eso, se acostumbró a su peso y aprendió a vivir con él. “En realidad la gordura, lo que ha hecho en este tiempo, es sacar lo mejor de mí. He tenido que ser más

simpática que las chicas más guapas, he tenido que ser más habilosa, más inteligente, porque no he podido contar con un cuerpo privilegiado”.

En cuanto a objetos, menciona que las sillas de jardín son muy molestas, igual que otros asientos. “El otro día fui a ver el *Cirque du Soleil* y quedé con la mitad del cuerpo afuera, para dos horas de show, o sea llegué acalambrada”.

Menciona además que el vestuario es complicado, pero ha aprendido a solucionarlo: “Si vas a comprarte ropa, no hay ropa para uno. Recorro mucho a la ropa americana, ahí hay ropa para mí y más o menos bonita. Porque igual hay ropa en las tiendas pero es horrible”.

Sin embargo, para Luz María ser gorda no es una preocupación constante. Prefiere tomarse algunas situaciones con humor:

“Por ese lado, no tengo problema. De hecho, a mí se me olvida que soy gorda. Me acuerdo en ciertas ocasiones, cuando el asiento queda chico, cuando hay poco espacio en la pasada. En los aviones no me cruzan los cinturones. Uno delicadamente trata de llamar a la azafata para que traigan un extensor, pero por supuesto, nunca lo encuentra. Y se lo pide a la otra y hace como un show, y todo el mundo se da cuenta de que el extensor es para uno. Pero yo me mato de la risa, no me siento mal ni nada”.

La historia de Carolina es muy diferente a la de Luz María, quién se encerró por mucho tiempo en su casa por la incomodidad de las miradas y el tránsito en la ciudad por sus kilos. Esta madre de 30 años engordó por la enfermedad de ovario poliquístico, “subí 12 kilos en un año. Ahí comenzó el calvario y los problemas de autoestima. A los 23 años quedé embarazada, ahí pesaba más o menos 90 kilos, pero con el embarazo llegué a los 100”.

Al estar esperando a su hijo, sus problemas de espacio se duplicaron. Simplemente, por las molestias que le causaba el transporte público, dejó de salir. “Desde que quedé embarazada dejé de andar en micro o en metro. Por el tamaño de mi guatita, en la micro no podía pasar el torniquete, porque no cabía. Y como soy bajita, no podía levantar la barra”.

Sin embargo, luego tener a su bebé, sus días en su casa no terminaron. “logré bajar los 10 kilos que subí con el embarazo, pero después subí 20, porque me pasaba todo el día comiendo. Y llorando, porque me vino una depresión tremenda. Me daba vergüenza y me cansaba mucho salir a alguna parte (...) Salía solo el fin de semana, con mi marido en auto”.

Carolina menciona que siempre comprarse ropa es un problema. Mientras más peso, más complicado es. “Al principio, y aún una de las cosas que más me molesta es comprar ropa. Porque hay que comprar lo que a uno le cabe, no lo que me gusta. Ahora puedo elegir un poco más, pero sigue siendo lo mismo”.

Comenta que para ella hacer cosas muy básicas es bastante difícil, como bañarse e ir al baño. “Hay tinas muy pequeñas y algunas muy altas donde cuesta meterse. También hay baños pequeñitos, Las caderas te chocan con el mueble del lavamanos”.

El caso de Oscar Castro es emblemático y excepcional. Ha aparecido en noticiarios y programas matinales mostrando su problema con la obesidad, donde lo denominaron “el más gordo de Chile”. El, quien fue bombero y taxista, ahora está desempleado porque, un día, no pudo levantarse más.

“Siempre tuve sobrepeso, desde niño. Pero ahora de adulto se descontroló totalmente, porque antes hacía deporte y siempre estaba en movimiento. Después me puse sedentario, pasaba todo el día sentado, sin hacer ejercicio. También mi alimentación no era buena, por ejemplo, tomé gaseosa con azúcar por muchos años, unos 2 litros diarios de Coca Cola, nada de agua, y mucha comida chatarra²¹”.

Este desbande le trajo una serie de graves consecuencias en su salud. “Una apnea obstructiva por la obesidad, que es lo que condiciona mi hipertensión pulmonar y mi enfermedad coronaria. He sufrido problemas en las articulaciones”. Además, por haber estado postrado, no pudo caminar durante un tiempo.

Ahora, luego de dos cirugías bariátricas, está recuperando su vida. “Tengo que llegar a pesar 200 kilos para ser candidato para el bypass gástrico, luego bajar para que me hagan una abdominoplastía. Ahora voy en 225 kilos. He bajado 165 kilos y aún me faltan 100”.

Desde su ataque al corazón, su vida se ha dedicado solo a seguir el tratamiento. Por lo tanto, sus únicas salidas son al hospital.

Comenta que para su tratamiento tuvieron que usar elementos especiales: “En el Hospital Padre Hurtado amarraron dos camillas con un alambre. En ningún hospital existen camas King. Empecé usando camillas unidas ya que el volumen de mi cuerpo y mi peso era muy grande”.

Menciona que, al llegar al hospital por segunda vez, no lo querían ayudar, porque no tenían lo necesario. Que no tenían plata para comprar más camillas. “La discriminación en este país es muy común, y más cuando una persona tiene

²¹ En entrevista con la autora, el día 10 de junio del 2013. Todas las citas de Oscar Castro provienen de la misma entrevista. Consultar texto completo en anexos

un defecto. Por mi parte, sufrí mucha discriminación por parte de muchas personas. Creo que cualquier persona que tenga mi problema lo sufrirá. Los gordos somos personas que no pasamos inadvertidos en ninguna parte”.

2.2 ¿Por qué me miran feo?

Si bien las sillas que no aguantan el peso suficiente, el poco espacio en los colectivos, las largas escaleras para llegar al metro y la poca ropa XL disponible en las grandes tiendas son un problema, las miradas extrañas y el rechazo a nivel social es peor. Si una persona de mucho peso quebrara un asiento y nadie se burlara, lo viera impresionado o sucediera esto sin que se escuchen molestos murmullos, la historia sería muy diferente. Quizás ser de un tamaño mayor ni siquiera sería una inquietud.

Es la reacción de la gente al ver a un obeso mórbido lo que inquieta a varios de los entrevistados. Luz María aprendió a lidiar con la situación, pero por ejemplo, para Carolina, sigue siendo muy fastidioso. “Me molesta mucho que no puedo comer nada tranquila, porque me miran feo. Como que por ser gorda no me diera hambre”.

Por una parte, la persona con sobrepeso se enfrenta a distintas situaciones sociales de una forma que evite que su gordura sea tema de conversación. No van a matrimonios, se esconden en la playa, están preparados para ciertos comentarios. Según Goffman (2003), “Las pautas que ha incorporado de la sociedad más amplia lo habilitan para mantenerse íntimamente alerta frente a lo que los demás consideran como su defecto, hecho que lo lleva de modo inevitable, aunque solo sea esporádicamente, a aceptar que, por cierto, está muy lejos de ser como en realidad debería. La vergüenza se convierte en una

posibilidad central, que se origina cuando el individuo percibe uno de sus atributos como una posesión impura de la que fácilmente puede imaginarse exento.” (Pág. 17-18)

Por la otra, la gente se enfrenta al cuerpo obeso, una imagen llena de significaciones negativas. Según la doctora en sociología de la Universidad París VIII y Coordinadora del Núcleo de Sociología del Cuerpo del Departamento de Sociología de la Universidad de Chile, María Emilia Tijoux, las personas con mucho sobrepeso “generalmente representan lo negativo de la sociedad. En primer lugar, las clases sociales más desfavorecidas y finalmente la pobreza y la exclusión. Luego, la fealdad como lugar de la pobreza. Además, desde lo que son las miradas más individualizantes de hoy día y las responsabilidades individuales colocadas solamente en el sujeto, la obesidad representa poco control de sí, poco cuidado, descuido, no cuidado de la forma y, sobre todo, no someterse a las reglas o dictámenes de los cuerpos ideales²²”.

El hecho que la obesidad sea mal vista y relacionada con características negativas solo se puede explicar dentro de la sociedad capitalista donde, según Mancilla (1999) “la cultura industrial y mediática ha permitido la llegada de una nueva fase en la historia de la belleza (...) las normas de belleza-delgadez-juventud se imponen a las mujeres, pero también a los hombres.” (Pág. 337) Según la socióloga Emilia Tijoux “la delgadez hoy en día está ligada a la buena salud, a la buena forma, al deporte. Entonces, un individuo joven, que maneja su cuerpo, es un individuo responsable. Es un individuo para el capitalismo, pero considerado alguien bueno, bello”.

²² En entrevista con la autora, el 25 de agosto de 2013. Todas las citas de la socióloga María Emilia Tijoux provienen de la misma entrevista.

Entonces, para hoy no recibir estas miradas que juzgan y comentan, no se puede ser gordo, porque implica falta de cuidado, poco autocontrol y fealdad, entre otros muchos adjetivos negativos y prejuiciosos.

Lipovetsky y Serroy (2009) explican esta representación negativa y propia de la actualidad desde el cine, donde “el lugar del gordo lo ocupa actualmente el obeso. Lo que se muestra ya no es la gordura, función argumental, sino la obesidad, fenómeno patológico e hipertélico de la sociedad de hiperconsumo. A diferencia de la imagen del seboso, de la rolliza y el potentado, la obesidad se ha convertido en una nueva figura de la desregulación, de lo obsceno y de la desposesión de sí”. (Pág. 84-85)

La televisión y el cine han aprovechado el tema de la obesidad de una manera muy inteligente. Toman a estos personajes comunes y corrientes que, estéticamente, están lejos de parecerse al estereotipo de belleza de cuerpos ideales que, según la sociología Emilia Tijoux, “tienen que ser cuerpos jóvenes, altos y claros”, y que tienen sobrepeso, una característica que comparten millones de personas alrededor del mundo. Logran así una gran identificación con estos protagonistas que, tanto en programas de ficción, por ejemplo la serie *Mike and Molly*²³ y películas como *El Diario de Bridget Jones*, tanto en *realities* al estilo *The Biggest Loser*, provocan que el televidente siga viendo estos programas.

Cohen (citado en Igartúa, 2008), indica que “la identificación con los personajes puede incrementar la implicación con el mensaje e, indirectamente, estimular una mayor elaboración cognitiva e impacto persuasivo”. Por eso, al ver al obeso mórbido que en *The Biggest Loser*, y en sus decenas de adaptaciones en el extranjero, se esfuerza mucho y baja de peso, podría incidir e inspirar al televidente que quiere lograr el mismo objetivo.

²³ Ver trama de cada uno de las películas, series y realities mencionados en notas aclaratorias al final del capítulo.

Además, los gordos de estos programas tienen los mismos problemas que aquellos que los ven desde sus casas. Por ejemplo, una policía obesa mórbida en *The Biggest Loser*²⁴ comenta como el sobrepeso atormenta su vida laboral. "Es difícil ser policía teniendo sobrepeso. Si algo sucede, tienes que estar lista para correr. Al subir corriendo unas escaleras, te das cuenta que tan fuera de forma estás, y el riesgo que eres para los demás". Sally, una participante elegida para cambiar su cuerpo en un año en el programa *Extreme Makeover, Weight Loss Edition*, tiene que usar una balanza industrial, porque las comunes no soportan su peso. Además, hace muchos comentarios negativos sobre sí misma, "existe mucha vergüenza relacionada con el sobrepeso. La gente quiere saber por qué te hiciste eso", "hago bromas pero no es gracioso. Es devastador", "Me odio. Estoy harta de mi misma"²⁵.

En productos de ficción sucede lo mismo. En el capítulo cuatro de *Mike and Molly*, el policía obeso mórbido Mike le comenta a un mesero "me estoy aburriendo de tus chistes sobre mi tamaño. Soy un cliente y me gustaría ser tratado como tal". Su suegra lo trata como "toneladas de diversión" y, en el primer capítulo, se apoya en una mesa que se quiebra y se cae²⁶.

Es por esto que la obesidad se ha vuelto un tópico recurrente en productos audiovisuales a nivel mundial. Muestran un problema común en nuestra sociedad, desde distintos puntos de vista, pero centrados en el sufrimiento de estas personas por tener sobrepeso.

²⁴ Broome, Dave (2005, septiembre) *capítulo 1, temporada 2. The Biggest Loser*. Estados Unidos

²⁵ ABC (2012) *Extreme Makeover: weight loss edition. Episode: Sally*. Programa de televisión. Estados Unidos

²⁶ Roberts, Mark; Lorre, Chuck (2010) *Mike it's not ready*. Capítulo de la serie *Mike And Molly*. Temporada 1. Chicago, Estados Unidos.

En este capítulo hemos abordado el tema de la complejidad de ser obeso mórbido desde la perspectiva más cruda y real posible: de la historia de aquellos que la padecen. A continuación se comprobará sus testimonios de manera práctica, con medidas reales de aquellos lugares que consideran molestos y si hay posibilidad de que se modifiquen para hacerlos más accesibles.

2.3 Notas aclaratorias

Mike and Molly. “El oficial de policía Mike Biggs, patrulla muy seguro las calles de Chicago. Como policía, Mike no le teme a nada- excepto a tener citas. Él es parte de Comedores Compulsivos Anónimos para perder los kilos extra y ganar la confianza que necesita. Cuando conoce a Molly en una reunión, la atracción es inmediata y, de repente, Mike está ansioso sobre las expectativas de una nueva vida. Por ahora, debe encontrar la forma de alejarse de su amada comida chatarra para <la manzana de sus ojos>”. (Sinopsis extraída de la página de Facebook de la serie, traducción propia). La serie está transmitiendo su cuarta temporada en Estados Unidos.

El Diario de Bridget Jones (2001) “Basada en la aclamada y popular novela de Helen Fielding, esta comedia romántica sigue a Britget (Renee Zellweger), una mujer británica de treinta y tantos post feminista con una afición por el

alcohol, el cigarro y la inhabilidad de controlar su peso. Mientras trata de mantener su vida bajo control y lidiar con su trabajo en publicidad, ella visita a sus padres en una fiesta de Navidad. Ellos tratan de ligarla con Mark (Colin Firth), el hijo de uno de sus vecinos que viene de visita. Rechazada por Mark, se enamora de su jefe Daniel (Hugh Grant), un Don Juan que comienza a enviarle mails provocativos que terminan en una proposición de una cita. Daniel revela que él y Mark fueron a la universidad juntos, donde Mark tuvo una relación con su prometida. Cuando Briget encuentra a Daniel con una colega estadounidense, decide cambiar su vida con un nuevo trabajo como presentadora de televisión. En una cena, se encuentra con Mark nuevamente, quien expresa su afección por ella; cuando Daniel menciona que quiere a Bridget con él, los dos pelean para decidir quién merece más su amor”. (Clark, Jason. 2001. Traducción propia)

The Biggest Loser (2004-2013). Reality “que reta y anima a sus participantes obesos a perder peso de una manera segura, a través de una dieta y ejercicios, mientras que compiten por un gran premio de 250 mil dólares. La alterada vida sin guiones de la serie reúne a contendores de todo el país a enfrentar tentaciones de la vida real, mientras con asesorados con herramientas para bajar de peso y recursos para ayudarlos a transformar sus cuerpos, su salud y, en consecuencia, sus vidas. Los concursantes son entrenados por Jillian Michaels y Bob Harper. La serie se ha vuelto un éxito internacional, siendo exhibida en más de 90 países y con versiones locales en otros 25” (AcesHowBiz.com. Traducción propia)

Extreme Makeover, Weight Loss Edition es un *reality* que “documenta la impresionante transformación de seis valientes personas obesas, que se proponen bajar la mitad de su peso corporal de una forma segura en el transcurso de un año. La metamorfosis es realmente increíble. El entrenador

personal y especialista en transformaciones, Chris Powell, guía a cada uno de los ocho participantes durante el proceso luego de irse a vivir con ellos. Él está para asegurarse de que los participantes obtengan ejercicios y nutrición apropiada. Chris entrega una nueva perspectiva a personas que sus vidas se han vuelto inmanejable por culpa de su peso. En cada uno de los episodios de una hora, los participantes transforman no solo sus cuerpos, sino que sus personalidades”. (ABCgo.com. Traducción propia)

III.- CIUDAD EXTRA LARGE

En este tercer bloque se espera encontrar lugares, accesos y objetos en la ciudad de Santiago que no son aptos para personas con obesidad mórbida, basados en las experiencias relatadas en el capítulo anterior.

Con los testimonios de Eloise, Luz María, Sergio, Oscar y Carolina, tenemos evidencias de que para gente con obesidad mórbida la movilidad y comodidad en la ciudad se vuelve una problemática. Incluso ha hecho que algunos decidan quedarse en sus casas y no salir más.

Esto no sucedería si todos los componentes del espacio fueran accesibles. Se define como accesibilidad en términos de diseño al “conjunto de características que debe disponer un entorno urbano, edificación, producto,

servicio o medio de comunicación para ser utilizado en condiciones de comodidad, seguridad, igualdad y autonomía por todas las personas.” (Corporación Ciudad Accesible, 2013. Pág. 16)

Para comprobar si una persona se encuentra en un entorno con aquellas características, se debe cuestionar si su traslado, uso del lugar o servicio es interrumpido por su diseño. Ahí es donde se corta la cadena de accesibilidad, que la Corporación Ciudad Accesible define como la “capacidad de aproximarse, acceder, usar y salir de todo espacio o recinto con independencia, facilidad y sin interrupciones. Si cualquiera de estas acciones no son posibles de realizar, la cadena se corta y el espacio o situación se torna inaccesible”. (2013. Pág. 16)

Para que esta sucesión no se corte, arquitectos y diseñadores están incorporando un nuevo parámetro en la creación de sus productos. Se trata del diseño universal, que ya no busca soluciones específicas para un tipo de usuario, sino que “es una exigencia holística e inclusiva, (...) cada espacio que diseña sea completamente accesible para todos, incluyendo a los discapacitados o a personas con dificultades físicas o sensoriales.” (Pastorelli, 2010)

Elementos propios para obesos mórbidos existen, aunque no son comunes en Chile. Hoy en día, los grados de IMC predominantes en el país son el sobrepeso y la obesidad; personas que, mayoritariamente, no tienen muchos conflictos con espacios y objetos. Sin embargo, no deja de ser preocupante que gran parte de los chilenos cree que no tienen exceso de peso. Según un estudio de la Academia Chilena de Medicina, de aquellos con un IMC sobre 24,9, “un 12% reconoce su sobrepeso; el resto se considera normal”. (Terra, 2012) En el año 2010, había 300 mil personas con obesidad mórbida. Las proyecciones indican que este número subiría, por lo que la venta de objetos

especiales para personas de gran tamaño podría convertirse en un gran negocio.

Así sucede en Estados Unidos, donde 60 millones de personas son obesas (NAAFA, 2013) y existen tiendas como *Amplestuff* (www.amplestuff.com), que se especializan en comercializar objetos para “servir las necesidades especiales de los millones de hombres y mujeres que son de talla grande.” (Amplestuff, 2013. Traducción propia) Tienen, además, grandes casas comerciales de ropa *plus size*, como Lane Bryant, que cuenta con 812 tiendas en 46 estados del país, según su página en Wikipedia²⁷. Un gran mercado exclusivo para gordos.

Como se evidenció en el capítulo I, se están haciendo esfuerzos a nivel gubernamental para reducir el sobrepeso en la obesidad en Chile. Pero, ¿serán suficientes? Si ahora a estos 300 mil obesos les está costando vivir con la infraestructura actual, ¿cómo será en la sobrepoblada ciudad de Santiago cuando este número sea mucho mayor?

3.1 Espacios y servicios, ¿son realmente para todos?

3.1.1.- Transporte

Según la Encuesta de Movilidad del Gran Santiago del año 2006 (SECTRA, 2006), se realizaron 17.333.023 viajes en transporte privado, transporte público, caminata y otros, en un día laboral de temporada normal. De estos, un 5.697.790 de los desplazamientos, o sea un 32,9% del total, se realizó en vehículos del transporte público, mientras que 6.379.734 fueron efectuados

²⁷ Lane Bryant. Consultado el 25 de noviembre de 2013, en http://en.wikipedia.org/wiki/Lane_Bryant

caminando. Cerca de dos millones más de viajes se hicieron en vehículos del sistema estatal que en privados.

Actualmente, las alternativas que tiene un santiaguino para movilizarse en el sistema de transporte público son bastante limitadas.

Desde el año 2007 opera en 34 comunas el Transantiago, administrado por el Estado de Chile que, según su sitio web, en él se realizan más de 4 millones de viajes diarios. El sistema fue implementado para reemplazar a las micros amarillas, que funcionaban desde 1991, para mejorar las fallas y ordenar el transporte público. Entre las muchas falencias de los antiguos buses, según la Comisión Investigadora del Plan Transantiago de la Concertación, era la gran cantidad de vehículos circulando en la calle, mientras había una demanda menor. Habían 297 servicios en la capital, pero el “80% pasaba por una de las 6 arterias más importantes de la ciudad: Gran Avenida, Independencia, Recoleta, Santa Rosa, Vicuña Mackenna, San Pablo, Pajaritos, Alameda, Apoquindo e Irarrázaval”. (2007. Pág. 7) Los buses contaminaban mucho, eran la “fuente móvil más contaminante de Santiago con un 21% del total que se emite según el inventario de emisiones elaborado por la CONAMA. También eran los mayores contribuyentes a la contaminación acústica”. (Ibíd. Pág. 8)

Además, en términos laborales, estaba mal organizado. Para los trabajadores “no existían normas formales de la relación de trabajo, había evasión previsional y la mayoría de las empresas declaraban por renta presunta ocultando parte de sus utilidades”. Sufrían la inseguridad por robos al manejar el dinero de los pasajes. Eran parte de una gran cantidad de accidentes de tránsito; en 2003 “había dejado 103 personas muertas y 5.827 lesionados”. (Ibíd. Pág. 8)

El sistema de buses funciona integrado con el Metro de Santiago, el ferrocarril metropolitano, que cuenta con 5 líneas y 108 estaciones. Según el sitio de Metro, transporta diariamente a más de dos millones de pasajeros.

Si bien el nuevo sistema mejoró alguna de estas falencias, sigue siendo ampliamente criticado por los usuarios. Según la Encuesta de Satisfacción con Operadores Transantiago de enero de 2011, las características que obtienen mayores niveles de desaprobación entre los usuarios son:

- Buses pasan seguido, no tengo que esperar mucho (27%)
- Buses están impecables (26%).
- Buses son Cómodos (25%)

Con la implementación de los nuevos buses, los usuarios descontentos prefieren usar el metro. Pero esto produce hacinamiento e, incluso, en las horas *peak*, grandes tiempos de espera para poder subir a un carro. Mediciones internacionales de densidad de pasajeros en horarios punta apunta a los 6 pasajeros por metro cuadrado. En el Metro de Santiago, según datos de El Mercurio, a nivel de la red completa, entre enero y mayo de 2013, la densidad promedio se redujo de 5,7 a 5,1 pasajeros por metro cuadrado²⁸.

Sin embargo, si a una persona no le gusta este sistema y quiere usar otro, no puede. Aunque hay ciertas líneas de colectivos, sobre todo en comunas periféricas, y buses interurbanos donde no llega el Transantiago, que acercan a usuarios de comunas lejanas y rurales, como por ejemplo Buin, Paine, Calera de Tango, Talagante, Peñaflor y Padre Hurtado, es casi la única alternativa.

Para acceder a las estaciones y a los carros de metro, hay que acceder al subterráneo o a los trenes en altura. Para eso, metro dispone de escaleras y, en algunas estaciones, ascensores.

Los problemas que estas escaleras producen a obesos mórbidos son:

²⁸ Metro logra reducir hacinamiento en Línea 1 a un año de la implementación de medidas. El Mercurio en línea. 5 de Junio de 2013 [en línea].
<<http://www.emol.com/noticias/nacional/2013/06/05/602150/metro-logra-reducir-hacinamiento-en-linea-1-a-un-ano-de-la-implementacion-de-medidas.html>>



Aunque la lógica para que la gente haga más ejercicio implicaría promover el uso de escaleras, hay obesos mórbidos tan enfermos que no soportan esta actividad. Sienten fatiga, dolor en los músculos de las piernas, ya que su corazón no bombea la sangre suficiente. No pueden respirar por el cansancio, lo que médicamente se llama disnea, la falta del aire. Esto es preocupante porque ambas dolencias son síntomas de insuficiencia cardíaca.

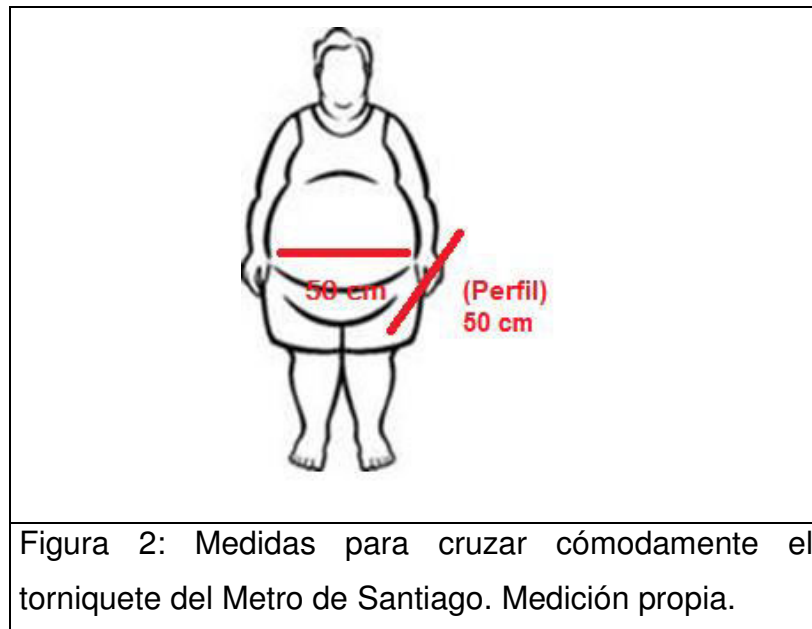
Además del dolor muscular generado por el esfuerzo, hay obesos que sufren de artrosis en las rodillas y caderas, que son lesiones en el cartílago articular. Subir y bajar escaleras son actividades que provocan mucha molestia a pacientes con esta enfermedad.

²⁹ Dificultad respiratoria. Medicine Plus [en línea] Consultado el 25 de noviembre de 2013, <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003075.htm>>
Fatiga. Medicine Plus [en línea] Consultado el 25 de noviembre de 2013, <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/fatigue.html>>
Osteoartritis. Medicine Plus [en línea] Consultado el 25 de noviembre de 2013, <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/osteoarthritis.html>>

En términos de espacio es más complicado. Si la densidad de pasajeros en horario *peak* es de aproximadamente cinco personas por metro cuadrado, obviamente, este número baja si estas personas son obesas. La posibilidad para ellos de entrar a un carro cuando el metro va en su capacidad máxima en mínima, deben esperar a que venga uno más vacío, lo que puede significar mucho tiempo perdido.

Con respecto a la entrada al metro, para acceder a los carros hay que pagar, con una tarjeta BIP!, una Tarjeta Nacional Universitaria (TNE) o un boleto comprado en la misma estación. Luego, hay que pasar por un torniquete, que valida el cruce solo con el pago.

Se vuelve imposible para una persona cruzar ese sector si se tiene las medidas que indica la figura 2:



El ancho de los pasillos es de 50 centímetros, así como el de los torniquetes. Por lo tanto, una persona para poder cruzar cómodamente debe medir 50 centímetros o menos en la parte más ancha de su cuerpo, tanto de frente como de perfil, sin incluir los brazos.

Al consultar con uno de los guardas de Metro de Santiago, menciona que, si para una persona le es imposible cruzar el torniquete, puede pasar por uno de los accesos con llave, de puerta ancha, los mismos que habilitan cuando llega una persona con bultos, en silla de ruedas o mamás con coches³⁰.

Desde el área de comunicaciones de Metro de Santiago, sobre mejorar sus instalaciones pensando en obesidad mórbida, mencionan que “no hay proyectos dirigidos puntualmente a este grupo, pero estamos realizando un plan que a 2016 permitirá a dotar a toda la red de una completa accesibilidad. La construcción de ascensores en varias estaciones de la red es parte de esa iniciativa”³¹. El compromiso de Metro, expresado en su memoria 2012, es que para el año 2015 toda la red sea completamente accesible.

La opción de Transantiago es tener la suerte de subirse a un bus sin torniquete, o bien, usar los accesos para personas con movilidad reducida; que es una de las puertas de bajada, donde se puede bajar una rampa. Según el sitio web del sistema, a diciembre de 2011, el 79% de los buses que operan cuentan con esta accesibilidad.

³⁰ En entrevista con la autora, el día 26 de noviembre de 2013.

³¹ En entrevista con la autora, el día 5 de noviembre de 2013

Ahora, ¿qué pasa si una persona de mayor tamaño quiere irse sentado en un bus del Transantiago? En el sistema de transporte antiguo, existían buses con un pasillo central y dos corridas de asientos para dos personas en los costados, distribución que sigue siendo utilizada en buses intercomunales. Con el cambio de las micros amarillas, se busca transportar a una mayor cantidad de persona por bus, como sea. Por eso, más espacio, menos asientos. “este plan sustituyó los vehículos antiguos de 72 pasajeros (40 asientos y 32 de pie), por buses articulados de 160 pasajeros (35 asientos y 125 de pie) y buses de 92 pasajeros (25 asientos y 67 de pie).” (Morandé, Doña, 2007. Pág. 7) Lógicamente, la idea de tener un gran lugar para que la gente se vaya de pie, implica asientos pequeños:

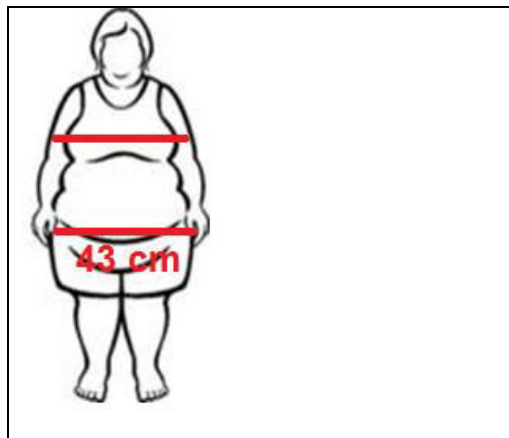


Figura 3: Asientos Transantiago.
Medición propia.

Para que una persona pueda ir cómodamente, sin chocar con la persona de al lado si va sentado en la ventana –estos asientos están continuos-, o para que parte de su cuerpo no sobresalga hacia el pasillo, debe medir 43 centímetros, tanto en el ancho de la cadera como en la espalda. Un obeso mórbido ocupa, fácilmente, un asiento y medio.

El espacio entre asientos varía mucho entre el modelo de buses y el lugar que escoja, ya que todos tienen diferentes medidas. El más pequeño deja aproximadamente 50 centímetros para poner las piernas. En consecuencia, si una persona con obesidad quiere sentarse en uno de estos vehículos, debe buscar asientos sin tope en el frente, que son, generalmente, aquellos reservados para personas con movilidad reducida.

3.1.2.- Salud

El sistema de salud chileno es mixto. La atención de salud está a cargo del Fondo Nacional de Salud (FONASA), la opción del estado, “tanto en el sistema estatal en la modalidad institucional como en la modalidad de libre elección, en la que los beneficiarios tienen la opción de atenderse con proveedores públicos y privados que se han inscrito”, (Colegio Médico, 2003. Pág. 11) y de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que son de afiliación voluntaria y de pago mensual, que “tienen por objetivo el otorgamiento de prestaciones y

beneficios de salud a sus afiliados, ya sea mediante la entrega de ellas en sus propias unidades de atención, o a través del financiamiento de las mismas por pago a personas, clínicas, hospitales u otras instituciones pertenecientes a terceros” (Ibíd. Pág. 11)

Se divide en tres niveles de atención: los centros de salud primaria, “tiene mínima complejidad y amplia cobertura realiza atenciones de carácter ambulatorio en las Postas Rurales de Salud y en los Consultorios Generales, Urbanos y Rurales”. (Ibíd. Pág. 9) los de nivel secundario, que “actúa por referencia y que sus acciones involucran tanto atención ambulatoria como de hospitalización en establecimientos hospitalarios, en los cuales la atención ambulatoria se presta en una unidad de apoyo -consultorio adosado- de dicho establecimiento” (Ibíd. Pág. 9) y los de nivel terciario, “destinado a resolver aquellos problemas que sobrepasan la capacidad resolutive de los niveles precedentes, debiendo actuar como centro de referencia no sólo para la derivación de pacientes desde de su propia área de influencia, sino que con frecuencia tal derivación tiene carácter regional, supraregional y en oportunidades nacional”. (Ibíd. Pág. 9)

En esta clasificación se encuentran los hospitales, administrados por los Servicios de Salud. En Santiago, hay uno por división territorial: norte, occidente, centro, oriente, sur y sur oriente. Estos servicios no tienen un recuento de cuanta implementación especial para obesos mórbidos hay en cada establecimiento, si es que las tienen.

De hecho, como los pacientes obesos mórbidos son hoy en día una minoría, solo hay implementación especial en aquellos centros donde realizan cirugías bariátricas, como por ejemplo en el Hospital El Pino, de San Bernardo, y el Hospital El Carmen, de Maipú, donde cuentan con dos. Una gran excepción es el Hospital Padre Hurtado, que tuvo que adquirir una cama especial para Oscar

Castro, el hombre más gordo de Chile, ya que las camillas normales soportan, generalmente, hasta 150 kilos.

En el sector privado hay más implementación. Por ejemplo, en la clínica de la Universidad Católica de San Carlos de Apoquindo tienen absolutamente todo, ya que realizan muchas cirugías a pacientes obesos.

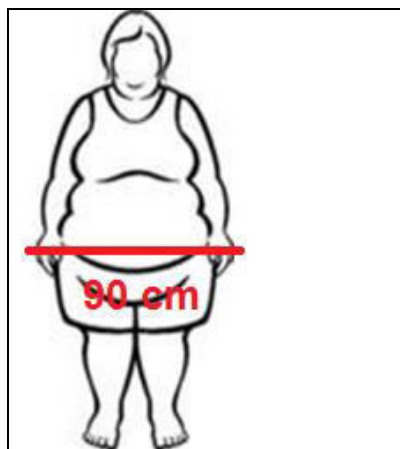


Figura 4: Ancho máximo en camas de hospitales. Medición propia.

Tal como contó Oscar, para atender a pacientes obesos mórbidos no hay camillas ni mesas quirúrgicas, al menos en el servicio público. Como a él le sucedió, tienen que atar dos o más camas para poder atenderlo. Sucedió en el Hospital Parroquial de San Bernardo, según la técnica en enfermería Katherine Inostroza. “En urgencias nos tocó atender a un caballero mega obeso con un paro cardiorrespiratorio, y en la camilla no alcanzaba. Así que juntamos dos para hacer reanimación³²”.

³² En entrevista con la autora, realizada el 20 de noviembre de 2013. Todas sus citas corresponden a esa fecha

El gerente de EMS *Life Care*, empresa privada de ambulancias, José Luis Arguinarena, también fue testigo de un caso donde no tenían equipo: “Era un paciente de 340 kilos aproximadamente, de Santiago. Lo trasladamos a la Posta Central, donde fue necesario amarrar tres camillas para una persona para poder atenderlo”³³.

La adquisición de estas camas es bastante complicado, ya que una cama básica para obesos, en España, cuesta 1,900€, o sea, aproximadamente 13 millones quinientos mil pesos. Esta cama modelo Geria 300 de Gerialine tiene un ancho de 134 centímetros y soporta hasta 300 kilos.

La enfermera Alejandra Vicencio vivió otra experiencia difícil con un paciente por la falta de equipos. “Operamos a un caballero que pesaba 160 kilos, y no teníamos mesas quirúrgicas para ese peso. Pero teníamos que hacer la intervención de todas formas, así que lo pusimos en una, y la adaptamos con unos brazales para que no se cayera. Esas mesas se pueden bajar y subir, pero se nos rompió con el peso del hombre y la mesa quedó hasta lo más bajo, no la pudimos subir más. Lo tuvieron que operar así, con la mesa muy baja, y para el cirujano fue tremendamente complicado”³⁴.

Hoy en día, las mesas quirúrgicas utilizadas en hospitales y clínicas chilenas para hacer intervenciones no superan los 150 kilos; excepto aquellas que se usan en pacientes que se someten a cirugías baritátricas. Estas miden 60 centímetros de ancho.

³³ En entrevista con la autora, realizada el día 25 de noviembre de 2013. Todas sus citas corresponden a esa fecha

³⁴ En entrevista con la autora, el 24 de octubre de 2013. Todas sus citas corresponden a esa fecha



Lo mismo pasa con las sillas de ruedas, que tampoco hay disponibles en los centros de salud. Las básicas soportan un máximo de 100 kilos, mientras que las disponibles para obesos soportan 160 kilos. Las XL cuestan \$200.000 pesos más que las normales.

La enfermera Marcela Pardo explica esta falencia, ya que los pacientes mega obesos son, hoy, una minoría: “no es que específicamente hayan camas, sillas de ruedas o espacios para obesos mórbidos, sino que el estándar de las camas es amplio. Hemos tenido pacientes obesos que caben en estas camas. Por ejemplo, personas de 102 kilos, que por IMC son calificadas como obesos mórbidos, pero no tuvieron problema con estar en las camas porque soportan ese peso y estaban cómodas en cuanto a espacio³⁵”.

Comenta que lo más complicado frente a un paciente megaobeso es realizar un diagnóstico nutricional, ya que las balanzas comunes soportan un máximo:

³⁵ En entrevista con la autora, el 26 de noviembre de 2013. Todas sus citas corresponden a esa fecha

“Es muy difícil realizar uno exacto a un obeso mórbido, porque ¿cómo los pesas?, si hay algunos que no pueden estar de pie. Así que el diagnóstico es casi al ojo, y en estos pacientes es muy necesario. Las balanzas que usamos en medicina aguantan aproximadamente hasta 180 kilos, y traen un adaptador que hace que pueda soportar un poco más de peso, 60 o 50 kilos extra”.

La terapeuta ocupacional y magíster en bioética, Laura Rueda, explica que la adquisición de los equipos hospitalario busca solucionar las dolencias de un paciente de medidas estándar. “El sistema de salud está preparado para recibir personas más o menos de un prototipo general, parecido. Se debe recibir a la gente de mayor peso, pero siempre los equipos tienen un límite. Todos soportan una cantidad límite de peso, así que es comprensible que se tomen medidas de emergencia³⁶”.

El mango de presión es lo utilizado para tomar la presión arterial del paciente. Un obeso mórbido también necesita uno especial, ya que tienen que ser más largos y hay que mandarlos a hacer. Según la enfermera Alejandra Vicencio, “a veces hay un mango de presión para obesos para todo el hospital, o dos. En un pabellón, cuando una persona es operada, hay que tomarle la presión cada cinco minutos, por lo tanto, es preocupante”.

Sin embargo, pueden operar con los normales de todas formas. Por ejemplo, la técnico en enfermería y arsenalera del Hospital Parroquial de San Bernardo, Katherine Inostroza, menciona que, en estos casos, pueden solucionar el problema. “Acá hay mangos de presión de distintos tamaños, pero nunca como para un obeso mórbido. Así que les tomamos la presión en el tobillo, que es más delgado que en el brazo”.

³⁶ En entrevista con la autora, el día 15 de noviembre de 2013. Todas sus citas corresponden a esa fecha

Otro problema para la salud pública es la adquisición de implementación diferente para realizar cirugías a obesos mórbidos. La normal, que se usa en pacientes de IMC saludable, alcanza para atravesar cierta cantidad de paredes de grasa, las que son muy anchas en obesos mórbidos y, por eso, se necesita una caja diferente. Según la arsenalera Viviana Toro, para cirugías básicas se necesitan “mango de bisturí, tijeras de tejido grueso y fino, pinzas Kelly, porta agujas y pinzas Adson”. Para operar a personas con una mayor cantidad de grasa se necesita instrumental largo que, según la arsenalera, “cuesta tres millones de pesos más que la normal”³⁷.

Ahora, si un obeso que está grave en una casa tiene que llegar a un centro de atención, ¿cómo lo hace? La familia tiene que sacarlo de la casa, dejarlo en el auto y llevarlo. O bien, puede llamar a una ambulancia. Pero, ¿existen ambulancias equipadas para soportar tanto peso?

La empresa de transporte privado de pacientes E.M.S. *Life Care* cuenta con una desde el año 2004. El gerente José Arguinarena menciona como decidieron adquirirla. “una familia nos requirió trasladar a un paciente de 340 kilos aproximadamente. Cuando llegamos a la ambulancia, el paciente apenas entró. Además, se fue muy inclinada, el peso era increíble. Lo trasladamos a la Posta Central. Pero a pesar de que lo habíamos rescatado, sentí que no hicimos las cosas como tendrían que haberse hecho. Que no teníamos una camilla especial para este paciente, que la ambulancia se fue exageradamente inclinada por el peso, así que en la empresa empezamos a averiguar y encontramos que en Estados Unidos había un sistema especial para el traslado de pacientes obesos mórbidos y una camilla que soporta hasta 350 kilos”.

Ahora, su gran ambulancia es requerida por clínicas privadas e instituciones públicas cuando se les presenta un caso de megaobesidad. “Desde aquella

³⁷ En entrevista con la autora, el día 22 de noviembre de 2013. Todas sus citas corresponden a esa fecha

época a ahora, hemos trasladado aproximadamente unos 50 pacientes en la categoría de mórbidos, o sea, sobre los 300 kilos”.

Las diferencias de esta gran ambulancia con una normal es que aguanta mucho más peso, es más espaciosa y tiene equipo diferente: “se puede bajar la cola de la ambulancia hasta la altura de la camilla extendida en el suelo de la calle automáticamente, por lo que podemos meter al paciente haciendo fuerza, o bien con una rampa hidráulica que se extiende dos metros. El espacio de esta unidad es mucho más grande, así que aquí podemos trasladar obesos mórbidos o personas que tienen muchos aparatos conectados sin problemas”. De hecho, fue en esta misma donde trasladaron al hombre más gordo de Chile, Oscar Castro, desde el hospital hasta su casa luego de su problema coronario.

Aunque aún no tienen camillas especiales para obesos mórbidos, cuentan con unas que soportan más de 225 kilos y otra sobre 300; tres veces más que las que tienen las ambulancias normales, que solo llegan a los 100 kilos. Pero piensan adquirir una. “Tenemos la intención de comprar una camilla hecha para pacientes obesos mórbidos. Fuera de tener los rangos de peso necesarios, además trae unas especies de aletas, y ahí la persona puede acomodarse completamente”.

Para realizarse exámenes radiológicos los pacientes obesos mórbidos también tienen complicaciones. En algunos aparatos, la radiación máxima no es suficiente para llegar al sistema óseo por las grandes capas de grasa. Según el tecnólogo médico en radiología y física médica y administrador RIS – PACS del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Gabriel Aguilera, estas máquinas también tiene limitaciones. “Actualmente los principales centros de imagenología del país cuentan con tecnología capaz de realizar exámenes radiológicos a pacientes cuyo peso no supere los 150 kg, que es lo señalado por el fabricante. En el caso que el paciente sobrepase el límite de peso establecido por el fabricante, se hace necesario analizar caso a caso,

dependiendo de la necesidad clínica se evalúan las distintas opciones de diagnóstico³⁸”.

Ignorando todos los problemas de espacio, implementación y traslado que tiene un obeso mórbido al intentar ser ingresado en un establecimiento de salud en Chile, su gasto va a ser mucho más caro en cualquier tratamiento o intervención que se haga. Según la enfermera Alejandra Vicencio, “a los gordos siempre hay que sumarles un costo adicional en enfermería, porque, por ejemplo, una persona que se va a operar de vesícula tiene mayor riesgo de complicaciones. Habitualmente se quedan más días hospitalizados. Además, si el cirujano se demora media hora con una persona normal, con una persona obesa es una o dos. Todo este gasto basal que tienes con una persona normal se aumenta. Una persona operada de vesícula está un día hospitalizada. Un gordo no sale antes de tres días porque tienen muchas enfermedades asociadas y tiene mayor riesgo de infección en la herida operatoria, se puede caer, porque tiene menos equilibrio.

Además, usan más insumos. “todos los medicamentos son en dosis mayores. Si pones una ampolla de un remedio en una persona de 120 kilos no le va a hacer efecto. Para el sistema, es mucho más caro tener a estos pacientes”.

De todas formas, si no hubiera implementación para atender a un mega obeso, según la enfermera, “lo atienden igual, porque un hospital no le puede negar la atención a nadie. Pero la calidad de la atención no va a ser la mejor, ellos hacen lo que pueden, en realidad, con lo que tienen. Si no hubiera camas o instrumental, los hospitales se los consiguen o los derivan a clínicas”.

³⁸ En entrevista con la autora, el día 18 de noviembre de 2013

Otro punto importante sobre el tratamiento en salud al obeso mórbido tiene que ver con la actitud del personal. Carolina, una de las entrevistadas, cuenta que sufrió un trato muy agresivo en el consultorio cuando quedó embarazada:

“La matrona que me veía siempre me retaba por quedar embarazada siendo tan gorda, pero de verdad no fue planeado. Los médicos te retan como si una fuera gorda porque le gusta. Me advirtieron que me podía dar sabía que la diabetes gestacional y el alza de presión, pero decidí que no sería así. Creo mucho en el poder de la mente y esas cosas y nunca me pasó nada”.

La terapeuta ocupacional y magíster en bioética, Laura Rueda, menciona que este comportamiento es comprensible, “trabajar en salud significa vivir bajo la presión asistencial, donde ves permanentemente muertes, hace que alguno profesionales actúen de forma muy estricta y disciplinada con sus pacientes para obtener mejores resultados”. Sin embargo, el trato al obeso, como a todo aquel que recurre a un establecimiento de salud, debe ser amable y comprensivo. “Para ellos, el profesional tiene que tener una actitud de acogida, para poder contener la problemática que tenga la persona”.

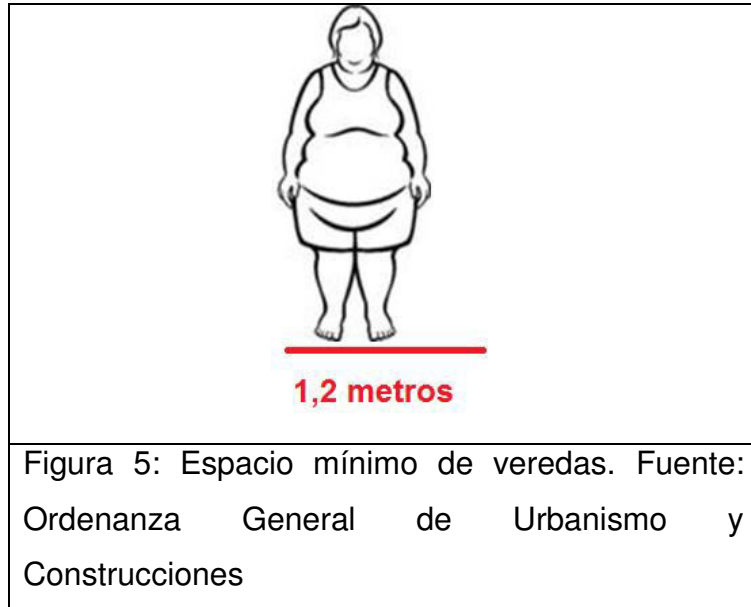
Existe la posibilidad de que un paciente no tenga la confianza y actitud positiva que tuvo Carolina, que no se quebró ante las críticas, y que por miedo a los retos no quiera asistir más a la consulta. Por eso, la experta explica que el personal médico debe identificar el carácter del paciente y, de acuerdo a esto, tratarlo. “La primera sugerencia desde el punto de vista bioético, es que a cada paciente se le trate de acuerdo a sus características. Si una persona es rebelde y no quiere aceptar el tratamiento, tal vez el profesional tenga que ser más disciplinado para dar las indicaciones. Pero si una persona recibe una ordenanza de una manera fuerte o agresiva, y esa persona tiene un grado de inseguridad o temor en temas de salud, es probable que esa persona se asuste y no siga asistiendo”.

3.1.3.- Arquitectura

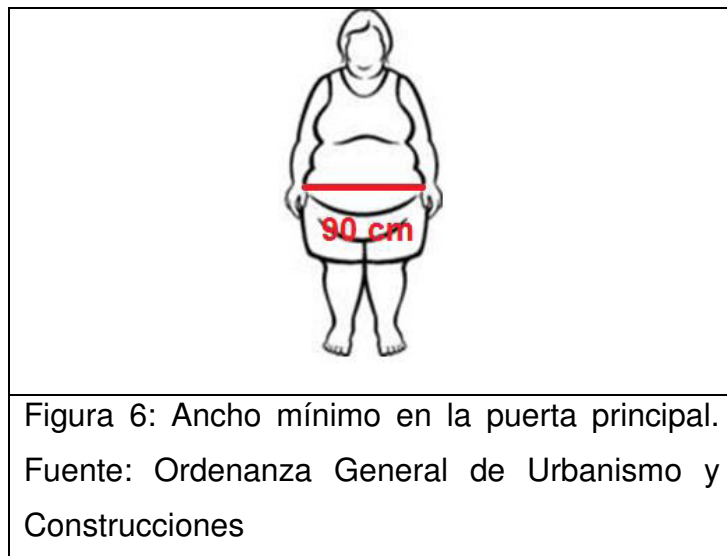
En la página web del Ministerio de Vivienda y Urbanismo, MINVU, hay un catastro de edificios con total accesibilidad. Esto da a entender que no todas las construcciones lo son.

El documento oficial utilizado en Chile para establecer los parámetros y reglas en materia de construcciones es la Ordenanza General de Urbanismo y Construcciones al 21 de Noviembre del 2012, que entrega información sobre permisos, medidas y materiales mínimos para realizar obras urbanas. En ese aspecto, se incluyen edificios públicos, privados, como construcciones colectivas y lugares de alta afluencia de público, como teatros y cines.

Sobre los espacios públicos para desplazarse caminando, según el documento, las más pequeñas son de 1,2 metros de vereda mínimo (MINVU, 2002. Art. 3.2.5) en vías locales, aquellas con poco flujo vehicular, a una velocidad de 30 a 40 kilómetros por hora, y en pasajes de pendiente elevada (Ibíd.). Para una persona de gran tamaño podría resultar incómodo, sobre todo si camina con más gente, pero como se trata de calles de poco tránsito de autos, podría optar por irse por ahí. Aunque, obviamente, no corresponde.



Sobre edificaciones colectivas, donde viven 50 o más personas, apunta que debe haber en la puerta principal, o en por lo menos una puerta muy bien señalizada, un ancho mínimo de 0,90 metros, que no podrá ser giratoria. (MINVU, 2002. Art. 4.1.7)



En edificios, debe haber mínimo un ascensor con estas medidas de accesibilidad universal: 1 metro 40 centímetros libre interior, un ancho de 1,10 m libre interior, la puerta de un ancho mínimo de 0,80 m en edificios de vivienda de hasta 14 pisos 0,90 m en los demás casos. (MINVU, 2002. Art. 4.1.11)

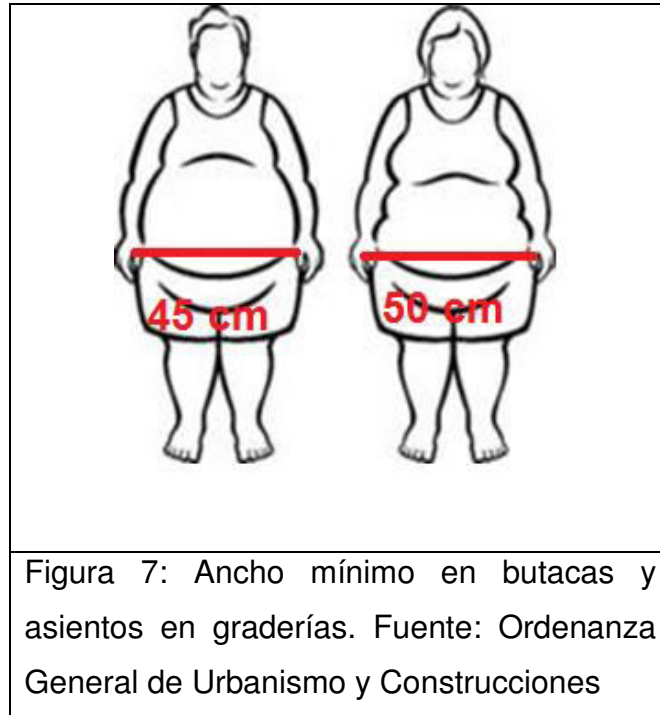
Las vías de evacuación también son señaladas en el documento. El ancho y cantidad mínimo por edificación depende del número de personas que habiten ahí:

N° de Personas	Cantidad y ancho mínimo	
hasta 50	1	1,10 m
Desde 51 hasta 100	1	1,20 m
Desde 101 hasta 150	1	1,30 m
Desde 151 hasta 200	1	1,40 m
Desde 201 hasta 250	1	1,50 m
Desde 251 hasta 300	2	1,20 m
Desde 301 hasta 400	2	1,30 m
Desde 401 hasta 500	2	1,40 m
Desde 501 hasta 700	2	1,50 m
Desde 701 hasta 1.000	2	1,60 m

Tabla 2: Número y ancho de escaleras de evacuación en edificios colectivos. Fuente: Ordenanza General de Urbanismo y Construcciones. (MINVU, 2002. Art. 4.2.10)

Otro punto que los entrevistados mencionaban era la poca capacidad de los asientos, en general. La Ordenanza General de Urbanismo y Construcciones solo rige aquellos en centros de entretenimiento como cines, teatros y otros

espectáculos. Dice que las butacas tendrán los asientos plegables y un ancho libre entre brazos no inferior a 0,45 metros. Los asientos de las graderías deberán considerar una distancia mínima entre respaldos de 0,75 metros y un ancho mínimo de 0,50 metros. (MINVU, 2002. Art. 4.7.22)



Menciona también las reglas para construcciones de viviendas económicas y viviendas básicas, que son aquellas donde la superficie edificada no supere los 140 m², y en las cuales su valor de tasación no sea superior a 400 unidades de fomento, respectivamente. (MINVU, 2002. Art. 4.2.10)

Sobre la infraestructura sanitaria, menciona que una “cocina y un baño con inodoro, lavamanos y ducha, emplazada en un sitio de una superficie mínima de 100 metros cuadrados si corresponde a un proyecto de vivienda en un piso, o de 60 metros cuadrados si corresponde a un proyecto de vivienda en dos o más pisos”. (Ibíd.)

En esos 140 metros cuadrados de la vivienda económica se deben incluir “asoleamiento, ventilación, dimensionamiento de recintos y circulaciones, distribución de camas en dormitorios, o de artefactos en baño y cocina”. Es el arquitecto quien propone el orden de estos elementos en la construcción.

Para la vivienda social se requiere lugar para “un dormitorio para dos camas, una sala de estar-comedor-cocina y un baño con inodoro lavamanos y ducha”.

En viviendas sociales, en la zona central del país el ancho mínimo de las veredas es de un metro de ancho.

La realidad de las clases sociales más humildes en Chile es que en muchas de estas pequeñas casas se vive en condiciones de hacinamiento. Según la encuesta Casen del 2012, en el “9,1 por ciento de los hogares chilenos duermen más de dos personas y menos de cinco” (Cooperativa.cl, 2012). Aunque esta cifra disminuyó con respecto al 2009, sigue siendo preocupante.

Según la misma encuesta, en el quintil más pobre del país “el hacinamiento medio alcanza al 17, 5 por ciento, mientras que el hacinamiento crítico, es decir personas que viven en un dormitorio con más de 5 personas, disminuyó de 2,1 a 1,1 por ciento”. (Ibíd.)

Cabe recordar que los niveles más altos de obesidad en Chile se encuentran en los niveles socioeconómicos más bajos.

En este tercer capítulo hemos comprobado que a Santiago le falta mucho para que personas con obesidad mórbida pueda movilizarse de forma cómoda y discreta, sin provocar miradas ni comentarios por su tamaño. Como dato, Eloise, una de las participantes de esta investigación, midió la parte más ancha

de su cuerpo, a la altura de las caderas. Con sus 65 centímetros de ancho³⁹, apenas puede pasar o estar en los lugares anteriormente mencionados.

³⁹ En entrevista con la autora, el 27 de noviembre de 2013.

CONCLUSIONES

La ciudad de Santiago de Chile no es un lugar ni cómodo ni accesible para las personas que padecen obesidad mórbida.

Hoy en día, la infraestructura está pensada para un prototipo de persona, con alternativas segregadoras y, a veces, vergonzosas para aquellos que son diferentes. En este caso, de un mayor tamaño, peso y con dificultades para desplazarse de forma rápida. La metrópoli no es apta para que alguien con este tipo de problemas realice su rutina sin romper la cadena de accesibilidad, pasando desapercibido.

El hacinamiento es evidente en Santiago, una de las ciudades más pobladas del mundo. En materia de transporte, las alternativas públicas no son accesibles para gente de mayor tamaño, pensando en su comodidad y en las reacciones adversas <del otro>, lo que los obliga a tener un vehículo propio. Aunque va en contra de incentivarlo a que haga ejercicio caminando, para recorrer largas distancias le ahorra la humillación de tener que ocupar un asiento y medio en un bus del Transantiago o el no poder subirse al Metro en horas de mayor afluencia.

Las edificaciones ya se están pensando en hacerlas accesibles a todo público, sobre todo en construcciones públicas, donde se contemplan amplios ascensores, rampas para sillas de ruedas y por lo menos una puerta principal de medidas universales. Sin embargo, en una ciudad con altos niveles de pobreza y una tasa de hacinamiento sobre el 9%, para viviendas básicas de 140 metros cuadrados, falta mucho por trabajar en ese aspecto. No hace falta que la persona sea obesa para que sienta que vive en incómodamente en ese reducido espacio.

Los establecimientos de salud se ven obligados a improvisar frente a la presencia de un paciente obeso, amarrando camillas y estimando diagnósticos nutricionales. Considerando la cantidad de obesos mórbidos que hay hoy en Chile y, según las estadísticas el aumento de la gordura que se pronostica, estos servicios deberían prepararse con equipos modernos que soporten una mayor cantidad de peso.

Los Servicios de Salud y municipalidades son los responsables de la distribución de los bienes en estos centros. Actualmente, no llevan un registro de la cantidad de implementos para pacientes mórbidos que cada uno de sus establecimientos tienen. Lo mejor que pueden hacer a nivel sectorial es crear estas listas, con el fin de que en caso de que llegue un obeso mórbido a atenderse y no haya, por ejemplo, una cama para él, otro hospital que la tenga disponible pueda facilitarla, de modo inmediato.

A pesar de la creación de iniciativas como el programa Elige Vivir Sano, falta mucho en materia de legislación alimenticia. La Ley de Etiquetado de Alimentos cada año es aplazada y parece no haber fin. La regulación propuesta por el Ministerio de Salud fue demasiado permisiva, según expertos, por lo que parece ser que beneficia mucho más a la industria alimentaria y al comercio que a los usuarios: una población sedentaria y que cada día engorda más, que se alimenta en bases a masas, azúcares y grasas y que traspasa estos malos hábitos a los niños, el futuro de nuestro país.

Por las percepciones de los entrevistados, Santiago está lejos de ser una ciudad inclusiva a nivel social. Las miradas de odio, asco, burla, repudio y desconcierto frente a la obesidad demuestran que falta mucho para que reine la tolerancia, el respeto al otro y la diversidad.

La gordura no es sinónimo de falta de autocuidado, de irresponsabilidad y de poco amor propio, sino que trae consigo muchas causas que pueden estar

provocando que una persona coma de más. Está absolutamente comprobado que hay alimentos que son adictivos, como las grasas de la comida chatarra y los carbohidratos, pero no se sabe mucho sobre el tema. No hay conocimiento, se juzga inmediatamente porque la persona “no puede parar de comer”, porque no tiene autocontrol. La gente encuentra su propia forma de enfrentar sus problemas, de forma perjudicial o no, pero es decisión de cada uno. Si un gordo afronta sus dificultades con comida, en vez de ser criticado, necesita mucho apoyo. Faltan más instituciones que traten al gordo como adicto, donde el cambio físico de la baja de peso implique uno mental y emocional.

La gente necesita comprender que somos todos diferentes y que hay que ser más empáticos con la vida del que está al lado. Si para alguien que es pequeño es difícil entrar al metro en hora punta, para un obeso es imposible. Ponerse en el lugar del otro por un momento, reflexionar, y apoyar. Es esto lo que falta en la sociedad chilena.

EPÍLOGO

Eloise ha asumido su problema de obesidad como una adicción. Lleva un año en el programa T-Apoyo y ha bajado 18 kilos. Busca sentirse cómoda, saludable y feliz con su propio cuerpo.

Luz María comenzó a sufrir dificultades al caminar. Aunque se negó al principio, fue al médico. Tiene artrosis en las rodillas. Ha bajado 6 kilos desde su primera visita al doctor.

Oscar, el hombre más gordo de Chile, bajó a 200 kilos le hicieron un bypass gástrico. Hoy está con una dieta de líquidos y papillas.

Sergio está en la mitad de su carrera. Hace poco descubrió que tiene diabetes e hipertensión.

Carolina superó totalmente su depresión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABC (2013) Extreme weight loss. About the show. [En línea] Consultado el 28 de noviembre de 2013, en <http://abc.go.com/shows/extreme-weight-loss/About-the-Show>

ACESHOWBIZ (2013) The Biggest Loser Summary. En línea, consultado el 28 de noviembre de 2013, en http://www.aceshowbiz.com/tv/biggest_loser_the/summary.html

BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL (2012) Ley número 20.606 sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad. Consultado el 29 de septiembre de 2012, desde <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1041570>

CLARK, Jason (2001) Movie info: The Bridget Jones Diary. En línea. Consultado el 28 de noviembre de 2013, en http://www.rottentomatoes.com/m/bridget_jones_diary/

CITY POPULATIONS (2013) Largest agglomerations of the world. En línea, consultado el 25 de noviembre de 2013 en <http://www.citypopulation.de/world/Agglomerations.html>

COLEGIO MÉDICO DE CHILE (2003) Sistema de salud chileno: Contexto histórico y normativo. Consultado el 26 de noviembre de 2013, en http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/documentos/otros/Sistema_saludchileno.pdf

COOPERATIVA (2012) Encuesta Casen: Cae el hacinamiento en viviendas, pero crece número de allegados. 23 de septiembre de 2012, Cooperativa on line. Consultado el 26 de noviembre de 2013, en http://www.cooperativa.cl/encuesta-casen-cae-el-hacinamiento-en-viviendas-pero-crece-numero-de-allegados/prontus_notas/2012-09-23/144044.html

CUEVAS, Ada; MARZOLO, María Paz (2010) El peso de la obesidad en el siglo XXI. Editorial Valente.

DOÑA, Juan Esteban; MORANDÉ, Felipe (2007) Transantiago, el remedio que está matando al paciente. Trabajos de Investigación de Políticas Públicas, departamento de economía de la Universidad de Chile. Número 5, Agosto del 2007. Versión en línea, consultado el 26 de noviembre de 2013, en <http://www.econ.uchile.cl/uploads/publicacion/1dae1f50-8a61-44d4-8592-8e2b3e519ae3.pdf>

ELIGE VIVIR SANO (2011) ¿Qué es Elige Vivir Sano? Consultado el 25 de Septiembre de 2012, en <http://www.eligevivirsano.cl/acerca/que-es-elige-vivir-sano/>

FOOD ADDICTS ANNONYMOUS (2010) Guide to abstinence. Third Edition Twelfth Printing.

ESCOBAR, María Cristina (2011) Enfermedades no Transmisibles: "emergencia de salud pública en cámara lenta". Un desafío para Chile. Páginas 111-123. Cuadernos Médico Sociales. Vol. 51, N° 3

FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE (2013) Comunicado: Facultad de Medicina UCH solicita al Ministerio de Salud retirar Reglamento de Ley de Alimentos. 14 de junio de 2013. Consultado el 1 de noviembre de 2013, desde <http://www.med.uchile.cl/2013/junio/8597-declaracion-publica-frente-a-propuesta-de-decreto-para-implementacion-de-ley-20606-.html>

FUNDACIÓN CHILE; ELIGE VIVIR SANO; FUNDACIÓN DE LA FAMILIA; COLLECT GFK (2012) Estudio Chile Saludable. Consultado el 25 de octubre de 2013, desde <http://www.eligevivirsano.cl/wp-content/uploads/2013/01/ESTUDIO-CHILE-SALUDABLE-VOLUMEN-I.pdf>

IICOM (2013) Satisfacción con operadores de Transantiago, enero de 2013. En línea, consultado el 24 de noviembre de 2013, en <http://www.dtpm.gob.cl/archivos/Satisfacci%C3%B3n%20Operadores.pdf>

INE (2005). Chile: Ciudades, Pueblos, Aldeas y Caseríos (PDF comprimido en ZIP). Consultado el 25 de noviembre de 2013

INSTITUTOS NACIONALES DE LA SALUD NIH (2011) Estrés y Ansiedad. Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos. Consultado el 26 de

septiembre de 2012, desde

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003211.htm>

INSTITUTOS NACIONALES DE LA SALUD NIH (2011) Desnutrición. Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos. Desnutrición. Consultado el 26 de septiembre de 2012, desde

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000404.htm>

INSTITUTOS NACIONALES DE LA SALUD NIH (2012) Síndrome Metabólico. Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos. Consultado el 26 de septiembre de 2012, desde

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/metabolicsyndrome.html>

LE BILLON, Karen (2012) French School Lunch Menus. Consultado el 26 de Septiembre de 2012, en <http://karenlebillon.com/french-school-lunch-menus/>

MARZOLO, María Paz. CUEVAS, Ada (2010) El peso de la obesidad en el siglo XXI. Editorial Valente.

METRO DE SANTIAGO (2012) Memoria. Versión web, consultada el 5 de noviembre de 2013, en <http://www.metro.cl/minisitio/memoria2012/#>

MINISTERIO DE SALUD (2002) Resumen ejecutivo: Objetivos sanitarios de la década. En boletín El Vigía, volumen 5, número 15

MINISTERIO DE SALUD (2008) Informe final. Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible 2007. Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

MINISTERIO DE SALUD (2010) Encuesta Nacional de Salud

MINISTERIO DE SALUD (2010) Indicadores de obesidad en la población chilena.

MINISTERIO DE SALUD (2010) Objetivos sanitarios de la década: evaluación final del periodo. Subsecretaría de Salud Pública, División de Planificación Sanitaria.

MINISTERIO DE VIVIENDA Y URBANISMO (2002) Ordenanza general de urbanismo y construcciones 21 de noviembre de 2012

MONCKEBERG B, Fernando (2003) Prevención de la desnutrición en Chile: Experiencia vivida por un actor y espectador. Revista Chilena de Nutrición. Volumen 30, Suplemento N°1, Diciembre 2003.

MORENO, Manuel (1997) Diagnóstico de obesidad y sus métodos de evaluación. Boletín de la Escuela de Medicina. Volumen 26, No. 1. Pontificia Universidad Católica de Chile.

NAAFA (2013) About Us. En línea, consultado el 24 de noviembre de 2013, en <http://www.naafaonline.com/dev2/about/index.html>

OMS (2010) 10 datos sobre la obesidad. Consultado el 10 de septiembre de 2012, desde <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/index.html>

OMS (2010) Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas a los niños.

OMS (2012) Enfermedades no Transmisibles. Nota descriptiva, septiembre. Consultado el 12 de septiembre de 2012, desde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/index.html>

OMS (2012) Obesidad y Sobrepeso. Nota descriptiva N°311- Mayo. Consultado el 12 de septiembre de 2012 en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

SALINAS, Judith. VIO, Fernando (2003) Promoción de salud y actividad física en Chile: política prioritaria. Revista Panamericana de Salud Pública, 14(4)

PASTORELLI, Giuliano. "Inauguramos Nueva Categoría: "Diseño Universal"" 02 Dec 2010. Plataforma Arquitectura. Accesado el 24 Nov 2013. <http://www.plataformaarquitectura.cl/?p=62000>

PEMJJEAN, Isabel (2011) Una historia con olor a leche: de la desnutrición a la obesidad, políticas públicas e ideologías de género. Revista Punto Género N°1. Abril de 2011

PIZARRO, Tito. RODRÍGUEZ, Lorena. RIUMALLÓ, José. BENAVIDES, Xenia (2004) Intervención nutricional a través del ciclo vital para la prevención de obesidad y otras Enfermedades Crónicas no Transmisibles. En Cuadernos Médico Sociales (Chile) 2004, Volumen 44, número 4. Páginas 235-240.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (2001) Diccionario de la lengua española. 22.^a edición

ROSELLE, R.Sue (2009) Understanding food addiction and why abstinence is necessary. A nutritionist's perspective. First Edition. Approved Literature of Food Addicts Anonymous

SECTRA (2006) Encuesta de movilidad del Gran Santiago año 2006. En línea, consultado el 16 de noviembre de 2013, en http://www.sectra.gob.cl/Datos_e_Informacion_Espacial/gran_santiago/encuestas_movilidad.html

SEJIAS, Daniel. FEUCHTMANN, Christian (1997) Obesidad: Factores psiquiátricos y psicológicos. Boletín de la Escuela de Medicina, volumen 26, número 1. Universidad Católica de Chile

VIO, Fernando. KAIN, Juliana (2007) Epidemiología de la Obesidad en Chile. En: Obesidad un enfoque integral. Páginas 20-31.

ZÁRATE, Aldo. CRESTTO Marco. MAIZ, Alberto. RAVEST, Gonzalo. PINO, María Inés. VALVIDIA, Gonzalo. MORENO, Manuel. VILLAROEL, Luis. (2009) Influencia de la obesidad en los costos en salud y en el ausentismo laboral de causa médica en una cohorte de trabajadores. Revista Médica de Chile v.137 n.3 Santiago

ANEXOS

Testimonios

Eloise, Mujer

IMC:36.93 Obesidad Mórbida

Preséntate.

Mi nombre es Eloise, tengo 34 años. Vivo en Providencia y escribo para un sitio web de música con sucursal en Chile y en México. Estuve casada pero me separé, ahora vivo con mi mamá. Estudié comunicación social pero luego me cambié a arte en el Pedagógico.

Cuéntame tu historia con el peso. ¿Naciste con sobrepeso o lo desarrollaste en algún momento de tu vida?

Yo nací desnutrida. Estuve así durante los primeros meses de mi vida, por lo que, desde ahí, me sobrealimentaron. Ahí engordé y me quedé así. Siempre, siempre he sido gorda, desde chica.

Cuéntame sobre tu familia. ¿Con quién vives?, ¿tienes hijos?, ¿cómo es la relación entre la gente que vive en tu casa?

Ahora vivo con mi mamá. Mi papá falleció cuando cumplí 11 años. Siempre viví con mi familia, mis papás y mi abuelita, hasta que ella murió en el año 1998. Después, en el 2005, me casé y me fui a vivir con mi ex esposo. Volví a la casa

de mi mamá en el 2009 cuando me separé, y vivimos solas con un gato. Nos llevamos muy bien, aunque ahora los papeles están invertidos: yo me comporto como la madre y ella como una hija.

¿Hay más personas con sobrepeso en tu familia?

Todos. Mi abuela, mi tía, mi prima, mi mamá. Pero no es genético, es por el ambiente en que crecimos.

¿Cómo ha sido tu historia con las dietas?

La primera que recuerdo fue a los 14 años. Mi mamá me llevó a un doctor, porque había ido mi tía, y me dio una pauta de alimentación más unas pastillas que él preparaba. Bajé mucho de peso, llegué a la talla 36, pero las pastillas me produjeron efectos secundarios. Me dio depresión tan fuerte que me traté de suicidar. Me quitaron las pastillas de golpe, por eso, el efecto rebote fue peor.

A los 17 años fui a Slimcenter. Ahí hacían seguir una dieta muy estricta, además, me ponían inyecciones día por medio. No sé de qué estaban compuestas, me imagino que de triacana. Bajé mucho peso, de hecho, entre dos inyecciones bajé 5 kilos. Esto fue idea mía, se lo pedí a mi mamá porque lo veía en la tele. Era el año 1995 y el tratamiento era caro, salía como un millón de pesos. Llegó un momento en que mi peso se estancó y no bajé más, y no me modificaban el tratamiento. Así que me aburrí y no fui más.

Después empecé con dietas que encontraba. La de la Nasa, la de la Clínica Mayo, la de la sopa de repollo, etcétera.

A los 21 años me diagnosticaron resistencia a la insulina. Empecé un tratamiento con nutricionista, más la metformina, y volví a bajar mucho de peso. Aunque no llegué a ser flaca flaca, pero alcancé la talla 44, de la 52. Me dio una pauta de 1200 calorías, con muchas verduras, jamón y queso.

Luego entré a estudiar arte en el pedagógico. Ahí se me hizo difícil seguir la dieta y volví a subir, tres años después, al peso con el que comencé la dieta.

Asistí en el 2003 a un grupo para bajar de peso, dirigido por una argentina. Era efectivo, pero no por buenas razones. Comía un plato de pan, que se dividía en cuatro partes: dos de ensaladas, una de proteínas y otra de carbohidratos. Comía 800 calorías diarias y sentía que me moría de hambre. Ellos causaban mucha ansiedad, porque decían que uno es adicto a la comida y nos retaban mucho si no bajábamos de peso. Nos decían cosas como “si quieres seguir siendo una gorda grasosa, come tal como haz estado comiendo”. Al final, no comía del puro miedo al insulto.

En el 2007 hice la dieta Atkins. Se trata de solo comer proteínas y 20 gramos de carbohidratos por comidas, nada más. Pero la hice un mes, porque me sentía pésimo. Andaba muy mal genio, me produjo acetosis, que es cuando la sangre suelta un gas y me sentía muy mal, tenía mareos y dolores de cabeza.

Ya en el 2009 me decepcioné de todo, me aburrí, y comencé a hacer dietas por mi cuenta. Compraba pastillas por internet, sibutramina y triacana. Buscaba en páginas y foros sobre anorexia algunas ideas. Fue tan extremo que hubo una época en que me comía una manzana al día, porque con la sibutramina no me daba hambre. Así bajé 30 kilos. Estuve así por un año. Las pastillas me generaron crisis de pánico y depresión, así que estuve con licencia por seis meses y, cuando volví a trabajar, me despidieron.

Ahí toqué fondo. Me encerré y, como le llamo, estuve en coma. Me había decepcionado un hombre, me habían despedido y me rendí con las dietas. Estuve casi un año en coma, lo único que hacía era comer papas fritas, helado y tomar bebida. Así que mi mamá me llevó a una sicóloga y estoy trabajando con ella.

Después, este año, comencé a ir a una nutricionista en el consultorio de mi comuna. Me ve una vez cada dos meses y me derivó a un programa del hospital Salvador, donde evalúan a candidatos para la cirugía bariátrica. A mí me aprobaron, pero hay 110 cupos y tengo que esperar a que me llamen.

En la revista Caras vi que había una organización que se llama T-Apoyo. Entré en noviembre y hay grupos de personas que quieren bajar de peso, es como una terapia grupal. Partí hace dos semanas y ya he bajado 3 kilos. Se supone que te acompañan durante el proceso y después de bajar de peso, para que no vuelvas a subir, porque dicen que los gordos tienen el mismo pensamiento y

adicción durante toda la vida. Pero la primera vez que estuve ahí sentí que ahí pertenezco.

Si te llaman para la cirugía, ¿la aceptarás?

Si me llamaran mañana, sí, aunque igual seguiría en T-Apoyo. Quizás en un mes más piense diferente.

¿Cómo el sobrepeso ha sido un problema en las diferentes etapas de tu vida?

Siempre ha sido un problema. Cuando era chica, en el colegio San Juan Evangelista, me hacían *bullying*. Además también porque era la más morena del curso. Me elegían de las últimas en educación física. Y los profesores también, por ejemplo, estaba en el equipo de gimnasia rítmica y, por más que entrenaba, no me elegían para nada. Los niños me decían, por ejemplo “no vamos a jugar contigo porque eres gorda, corres lento y tus zapatillas no son Topper”. Hubo un año en que los hombres decían que yo era su esclava y me pegaban.

En octavo básico mi mamá se dio cuenta de que ahí sufría y me cambió a las monjas argentinas. Ahí estaba con la dieta de Pearl y estaba súper flaca, así que me juntaba con las populares y me dediqué a salir y a pololear. Después dejé las pastillas, me dio depresión y repetí de curso. Pero las monjas me querían y me dejaron quedarme en el colegio. Como estaba deprimida ignoraba a todo el mundo. Luego vino el intento de suicidio y ahí me echaron.

Terminé la media en un colegio atroz, donde habían puros “echados”. Eran cursos de 11 niños y eran terribles, por ejemplo, había uno que tomaba jarabe para la tos en los recreos, otra que vendía anfetaminas. Ahí yo era punk y, al que me decía algo, lo agarraba a patadas.

Ahora escribo en una página web de música. El medio es muy superficial en general, aunque se las den de “alternativos”, se fijan en la marca hasta del pinche que uses.

Subir una escalera, que es bien simple, se vuelve un problema. Quedo demasiado cansada.

También la ropa es un tema. La ropa para gorda es fea. La tienda más linda queda en el Alto Las Condes y es todo súper caro. Es ropa sin forma y creen que una gorda siempre tiene que parecer un cojín floreado.

¿Tienes alguna otra enfermedad asociada?

Resistencia a la insulina.

¿Qué lugares, cosas, entornos crees que hacen la vida de una persona gorda más complicada?

Las sillas universitarias son un tema. Esas que tienen la mesa pegada a la silla, por el espacio.

Las sillas blancas plásticas, esas típicas de jardín, se rompen al tiro. Los cinturones de seguridad de los autos. A mí me alcanzan apenas, pero hay algunos a los que no. Hay accesos difíciles, como lugares sin escaleras mecánicas.

Pero más que las cosas, lo peor son las actitudes de las personas. Por ejemplo, a nadie se le ocurre pedir en un instituto o universidad una silla diferente, porque no las tienen y, si preguntas, contestan de mala gana. Lo mismo con los cinturones, son standard. Y si pides uno más grande, te miran con cara de ¿qué?.

A mi tío abuelo, cuando falleció, la tapa del ataúd no le alcanzó. Tuvieron que cambiarlo. Y según me han dicho, en Fantasilandia hay juegos a los que no te dejan subir si pesas mucho.

¿Tú te sientes diferente? ¿O discriminada?

Sí, claro. Cuando comes te fijas en la gente que te mira como con cara de “mira qué asco, está comiendo la gordita”. O cuando te vas a sentar en las micros. Más que nada se ve en acciones e indicios que hacen otras personas.

Sergio, Hombre

IMC: 35.24 Obesidad Mórbida

Preséntate.

Mi nombre es Sergio, tengo 20 años y vivo en San Bernardo. Salí del colegio Sebastián Elcano (particular subvencionado) el año pasado y ahora estudio informática.

Cuéntame tu historia con tu peso.

Tengo sobrepeso desde antes de que mi mamá me pariera. Jamás bajé de peso, hasta el 2011, porque empecé una dieta y a hacer ejercicios. Pero porque entré a la U y a trabajar en el verano se me hizo muy complicado seguirla, así que la dejé y volví a subir.

¿Por qué partiste con esa dieta? Descríbeme como era y quién influyó en el proceso.

Empecé porque llegué a pesar 135 kilos. Me di cuenta de que estaba cansándome mucho en actividades cotidianas y al jugar fútbol, no podía jugar bien, y eso me frustraba. Así que, por voluntad propia, empecé un 31 de octubre. Me compré una bicicleta para ser menos sedentario y comencé, pero

no me asesoré con nadie que tuviera un mayor conocimiento. Esto fue el año pasado.

Un tiempo después decidí ir a una nutricionista. Me dio una dieta de 1.300 calorías diarias, donde tenía que comer 6 veces al día: desayuno, colación pre almuerzo, almuerzo, onces, colación pre cena y cena. Pero eran porciones del porte de la palma de mi mano, o sea, muy pequeñas y todo medido. Tenía la opción de comer verduras todo el día, porque algunas eran de libre consumo. Y había que comer muy poca sal y cero azúcar. Lo mejor era que no pasaba hambre y estaba muy entusiasmado, y todos mis cercanos me apoyaban. Fue lo mejor del proceso.

Bajé más de 30 kilos, no recuerdo cuánto. Bajé de la talla XXL a la L, en más o menos cinco meses. No llegué a mi peso ideal, pero casi lo logré. Yo me sentía espectacular, aunque en mi casa me echaban tallas cuando ellos comían completos o comida poco saludable y yo tenía mi plato con una taza de arroz con lechuga. Pero siempre en buena. Es difícil hacer dieta en mi casa, porque hay muy buena mesa. Pero cumplí al pie de la letra lo que decía la pauta.

Y ¿por qué la dejaste?

Entré a trabajar durante todo enero y febrero y ahí como que comencé a desbandarme. No ponía mucha atención a mis comidas y no me daba cuenta. Pero fue cuando entré a la universidad que todo se desordenó completamente. Por tiempo ya no podía comer en mi casa y ni respetar los horarios de las

comidas. Cuando entré a la U dejé definitivamente de cuidar mi cuerpo, pero estoy pensando en volver a hacerlo.

¿Por qué?

Porque extraño mi “buen físico”. Noto una gran diferencia al caminar, al vestirme, al hacer deportes. Quiero volver a tener lo que tuve antes.

Cuéntame sobre tu familia. ¿Con quién vives?

Vivo en un sitio grande, donde hay común unidad familiar. Hay tres casas, donde todos los que vivimos ahí somos familiares. Somos aproximadamente 12, pero en mi casa, vivo solo con mi mamá.

¿Alguno de ellos tiene sobrepeso?

Familiar cercano, nadie más. Soy el único. Tengo una tía que es más gordita, pero no tanto como yo.

Alguno de tus cercanos, ¿te intentó influenciar para que hicieras algo por tu peso?

Sí. Intentaron varias veces, pero a ninguno le resultó. Yo nunca les hice caso. De repente me dieron ganas y comencé con esto de la dieta.

¿Te consideras adicto a la comida?

Mira, realmente no lo sé. No puedo negarte que me encanta comer, pero solo como cuando tengo hambre, no como por comer así de aburrido. Si comiera compulsivamente quizás como estaría de gordo.

¿En qué te ha perjudicado el sobrepeso?

Nunca me gustó no poder jugar mucho a la pelota. Siempre he sido muy rápido para correr, pero a la primera largada, muero del cansancio.

Cuando era chico también me molestaban. Iba en sexto básico. No me acuerdo qué me dijo, pero me estaba molestando tanto que le “paré los carros” y le pegué. Recuerdo que me dolía mucho la mano.

Ya no puedo subir y bajar las escaleras del metro como cuando estaba más delgado. Me cuesta más, cansa mucho. Mi bicicleta se está oxidando, me he vuelto muy sedentario.

Mi ropa me empieza a quedar más apretada. Aunque no me cuesta tanto comprar ropa, trato de comprar la menor cantidad posible. Solo renuevo cuando está demasiado rota o gastada.

Pero más que eso no, no me deprime, pero tampoco me agrada. Yo he decidido estar así, así que depende de mí volver a revertirlo.

¿Qué elementos del entorno dificultan tu vida?

Los asientos de los colectivos, son muy chicos. Obviamente las escaleras, porque me canso más. No recuerdo nada más ahora, en general es solo eso.

¿Te imaginas cómo sería tu vida si fueras delgado?

La verdad es que no, porque no sería yo. Como siempre he sido gordo, se volvió parte de mi identidad.

¿Te sientes diferente o discriminado?

Yo pienso que en el único momento de la vida en el que todos te quieren es cuando mueres. En vida todos tienen algo con lo que molestarte, humillarte o alguna razón para discriminarte. Solo cuando mueres eres perfecto.

Entrevista 3

Luz María, Mujer

IMC: 40,9. Obesidad mórbida.

Contacto: Vecina y compañera de trabajo de mi mamá.

Hablemos primero de usted y de su entorno

Me llamo Luz María, tengo 49 años y vivo en San Bernardo. Soy transportista escolar hace 15 años. Estudié técnico para educación diferencial, pero nunca ejercí. Tengo un hijo de 15, soltera, pero tengo una pareja hace tres años y ahora vivo con él, es camionero.

¿Usted ha tenido sobrepeso toda la vida?

Yo nací de 4 kilos y medio y lo único que he hecho en mi vida es subir de peso. De los 4.5 a los 120 que estoy pesando ahora ha sido solo acumular.

¿Ha pasado por dietas o tratamientos?

Cuando era más jovencita me dio la vanidad y las ganas de bajar, y estuve en un tratamiento donde bajé 30 kilos en tres o cuatro meses. Me veía estupenda. Hice bien la dieta, pero bastó que dejara de lado las pastillas que me hacían tomar. Era un médico que me recetaba las pastillas, me las mandaban a hacer, comía entre 4 a 5 veces al día y la verdad es que no pasaba hambre, pero creo que las pastillas ayudaron mucho en eso. Tenía como 26 años. Pero el efecto rebote fue peor.

¿Antes nunca?

No. Lo que pasa es que antes que eso nunca fui muy gordita. Siempre fui gorda, o más bien, grande, mido 1,73. Siempre fui como muy alta y grandota. La gordura ya instalada, así como ahora, fue después de tener a mi hijo hace 15 años. Ahí subí mucho de peso y se ha mantenido el peso. Pero antes no, era la más alta del curso, la más grandota, pesaba 80 kilos, pero para 1,73 de altura igual estaba un poco pasada, era bastante buena moza y todo y no tenía muchos complejos.

En realidad la gordura, lo que ha hecho en este tiempo, es sacar lo mejor de mí. He tenido que ser más simpática que las chicas más guapas, he tenido que ser más habilosa, más inteligente, porque no he podido contar con un cuerpo privilegiado.

¿Qué problemas le ha causado el sobrepeso?

Cuando voy a un restaurant, o a un lugar y tienen estas sillas blancas como de jardín y te quedan metidas en el trasero, no te la puedes sacar después, queda súper incómodo. Las sillas son chicas en general, por los espacios y quedas con medio “cachete” afuera. En el cine, por ejemplo, no hay problema. Pero el otro día fuí a ver el Cirque du Soleil y quedé con la mitad del cuerpo afuera, para dos horas de show, o sea llegué acalambrada.

Si vas a comprarte ropa, no hay ropa para uno. Recorro mucho a la ropa americana, ahí hay ropa para mí y más o menos bonita. Porque igual hay ropa en las tiendas pero es horrible, cero onda.

A mí no me pasa mucho que la gente me mire, yo no me siento discriminada. Pero sé que a muchos de mis compañeros gordos les pasa. Que los miran, los discriminan, a mí no. Pero yo siempre he sido muy cuidadosa de donde me meto.

Ahora trabajo con niños, y ellos son bien crueles a veces. Pero nunca, ningún niño me ha dicho “uy la guatona” o yo no los he escuchado, pero nunca se han referido de forma despectiva hacia mí.

Por ese lado, no tengo problema. De hecho, a mí se me olvida que soy gorda. Me acuerdo en ciertas ocasiones, cuando el asiento queda chico, cuando hay

poco espacio en la pasada. En los aviones no me cruzan los cinturones. Uno delicadamente trata de llamar a la azafata para que traigan un extensor, pero por supuesto, nunca lo encuentra. Y se lo pide a la otra y hace como un show, y todo el mundo se da cuenta de que el extensor es para uno. Pero yo me mato de la risa, no me siento mal ni nada.

Cuénteme sobre su familia.

Yo soy hija de dos vascos que se conocieron aquí. Mi mamá llegó a Chile a los 21 años y se vino a trabajar con una tía que tenía acá a una panadería. Mi papá se vino para acá a los 17 años para no hacer el servicio militar, se vino con un amigo en un barco. Cada uno llegó a trabajar a una panadería distinta. Mi papá tenía que ir a buscar el pan añejo a donde trabajaba mi mamá, y así se conocieron.

De esa unión nació yo, mi hermano y mi hermana, ambos menores. Como a mi papá le iba bien en la panadería, tuvimos muchas cosas materiales y una vida muy buena. Los tres fuimos a colegios muy buenos.

Estando en la casa, un día domingo en la tarde, a mi papá le dio un infarto y se murió. A mí me tocó atenderlo. Ahí nos quedamos solos con mi mamá, y aprendimos a trabajar con ella en la panadería.

Cuando ya éramos adultos murió mi mamá. Ahí mi hermana y yo le vendimos nuestras partes de la panadería a mi hermano, porque ambas teníamos trabajos aparte, yo con el furgón.

Hace 15 años me enamoré de un “loquillo”, yo también era “loquilla” y quedé embarazada. Él no se pudo hacer cargo de su labor de padre, pero yo lo preferí así, porque el papá de mi hijo tiene esquizofrenia, está siendo tratado, pero se le presentó cuando yo tenía cinco meses de embarazo. Por eso preferí que él no se acercara mucho a nosotros. He criado a mi hijo sola, pero tengo muy buena relación con él.

¿Hay más gente con sobrepeso en sus círculos cercanos?

Mi hijo. Él no era gordito, pero empezó a engordar como en primero básico. Después como a los 9 años se hizo más pariente de la gordura. Ahora más grande se empezó a preocupar y va al gimnasio desde hace ocho meses. Más encima pegó el estirón, está más alto y flaco.

Mi hermano es gordito, pesa 130 kilos y mide 1.90. Mi mamá y mi papá también eran más o menos gorditos. Esto de la gordura yo creo que es hereditario, una parte, y la otra es que ellos eran españoles. Yo recuerdo mis desayunos, jamón serrano frito con dos huevos fritos. El almuerzo era una tortilla de papas fritas con una marraqueta. La cena era papas fritas con cordero. Toda nuestra alimentación cuando niños fue como si viviéramos en un país nórdico.

Comíamos mucho cerdo, longaniza, jamón, tocino, una alimentación no mediterránea, era muy fuerte.

Y nunca nos medimos, mi mamá nunca nos cuidó en ese aspecto. Mi hermana no es gorda, se mantiene bastante bien en el peso, pero el resto somos todos gorditos en la familia.

Mi pareja también es gordito. Mis primos hay algunos gorditos, de sus hijos también. En general somos todos grandes, altos, maceteados. Y todos panaderos.

¿El hecho que trabajaran con comida tiene alguna relación con eso?

Yo creo que tiene más relación la raza. Yo creo que eso, la costumbre. O sea, también hay comida chilena que engorda, pero lo que nosotros comíamos era, no sé. Yo tenía ocho años y comía todo frito. No había ningún cuidado con lo que comíamos o dejábamos de comer. Comíamos lo que queríamos, además, había solvencia económica. Y una vez que te acostumbras adquieres al gusto por la comida rica, es bien difícil dejarla.

Después de esa dieta, de cuando tenía 25, ¿hizo alguna otra?

Sí, pero por mi cuenta. He logrado bajar 10 kilos, pero siempre los subo de nuevo. Ahora me preocupo de comer más sano, no hago mucha fritura ni comemos chorizo, hacemos harta verdura, guiso, carne, huevos. Nos gusta el pan, yo me como 2 o 3 panes diarios. Si quiero comer huevos revueltos con marraqueta, como. Y mi trabajo es sedentario, así que mucho ejercicio no hago. Todo eso va sumando.

¿Tiene alguna enfermedad asociada?

Mira, tengo bien buena salud para el peso que tengo, pero no sé cuánto me va a durar. Tengo hipertensión, pero tratada. Tengo una leve resistencia a la insulina. Colesterol está bien y triglicéridos. En ese sentido, estoy bien.

Alguna vez pensé en hacerme un bypass gástrico, pero una vez que supe que cuesta 6 millones de pesos, y yo tengo Fonasa, ahí dije no. Además, solo el hecho de tener el estómago chico no te permite comer normal. Para mí la comida es un tema, ver qué hago de almuerzo, que es lo que tengo, como lo hago, que le guste a mi hijo, que sea sabroso, rico. Yo no hago así tallarines o arroz con vienesa. A mí me gusta hacer un almuerzo, fabricado, donde me doy el tiempo de hacer un buen almuerzo. Por eso, si me opero y tengo que tener que comer apenas dos cucharadas, no sé cómo lo voy a aceptar.

¿Sus sentimientos influyen en su comportamiento con la comida?

Mira, cuando estoy triste no como nada. Cuando estoy aburrida, como. Cuando estoy ansiosa, como. Pero triste no, lo sé porque cuando he tenido decepciones amorosas he bajado de peso. Cuando estoy feliz como de lo más bien.

Entrevista 4

Carolina

Peso: sobre 100. 1,57 metros de altura.

Contacto: redes sociales, respondió a pregunta abierta

Cuéntame quién eres

Mi nombre es Carolina, tengo 29 años y vivo en La Florida. Soy casada, tengo un hijo. Soy egresada de licenciatura en literatura y ahora estudio asistente ejecutiva bilingüe.

Háblame de tu infancia

Estudí en un colegio particular subvencionado de La Florida. Yo era una buena alumna. Era una ñoña encubierta, me gustaba mucho leer y todo lo que fuera artístico, pero era súper desordenada y me dedicaba solo a molestar en la sala. Era más bien “popular”.

Yo me sentía una niña normal, en el más amplio sentido de la palabra. De adolescente mis compañeras me empezaron a molestar porque me desarrollé antes, pero creo que lo hacían de envidiosas.

¿Te sentías gorda?

Sí, pero ahora que lo pienso, a esa edad la cosa era que yo tenía formas de mujer y no de niña. Y era bien bonita. Me molestaban solo mujeres, nunca los hombres. Yo engordé harto después de los 22 años, no soy de esas personas que siempre han sido gordas.

Cuéntame cómo llegaste a pesar sobre 100 kilos

Mira, hasta como los 18 años yo pesaba alrededor de 58 kilos, estaba bien. Luego entré a los 18 a la universidad, donde subí a 63 kilos hasta los 22 años; pero no me veía gorda porque tenía una bonita figura, como que la grasa se distribuía de forma pareja.

A esa edad me diagnosticaron ovario poliquístico y subí 12 kilos en un año. Ahí comenzó el calvario y los problemas de autoestima.

A los 23 años quedé embarazada, ahí pesaba más o menos 90 kilos, pero con el embarazo llegué a los 100.

¿En qué otra forma te afectó esa enfermedad?

Mis exámenes eran groseros, tenía quistes de 3 centímetros, parecían racimos de uvas. Ahí me dijeron que no iba a poder tener hijos, pero como era joven y estaba estudiando, no era un real problema, aunque igual me dio pena. Otros ginecólogos me dijeron lo mismo.

¿Cómo era tu alimentación?

Bueno, antes de ser gorda comía mucho. Siempre eran dos platos al almuerzo, con bebida con azúcar todos los días y golosinas, pero nunca me pasó nada. Cuando comencé a subir de peso, me dieron sibutramina, pero casi me morí y

la dejé. Intenté hacer dieta por mi cuenta, pero en vez de bajar, seguía subiendo.

¿Hiciste alguna dieta en particular?

No, solamente eliminé lo más malo, que eran los dulces, las bebidas, la comida chatarra y disminuí las comidas. También fumaba hartito, hasta que quedé embarazada.

¿Hubo dificultades al ser obesa y estar embarazada?

Si. Desde que quedé embarazada dejé de andar en micro o en metro. Por el tamaño de mi guatita, en la micro no podía pasar el torniquete, porque no cabía. Y como soy bajita, no podía levantar la barra. Después de que nació tampoco salía, porque con el peso de la guagua más el mío se me hacía insoportable caminar mucho o subir escaleras.

En ese tiempo no tenía trabajo ni estaba casada, así que me inscribí en el consultorio 1. La matrona que me veía siempre me retaba por quedar embarazada siendo tan gorda, pero de verdad no fue planeado. Los médicos te retan como si una fuera gorda porque le gusta.

Me advirtieron que me podía dar sabía que la diabetes gestacional y el alza de presión, pero decidí que no sería así. Creo mucho en el poder de la mente y esas cosas y nunca me pasó nada.

Mi hijo era grande, midió 53 centímetros y pesó 3.450 kilos. Nació perfectamente sano. Yo creo que no subí de peso más de lo necesario porque me pasé los 4 primeros meses del embarazo vomitando todo el día.

Y si no salías, ¿qué hacías durante el día?

Después de tener a mi hijo me encerré totalmente. Cuando recién lo tuve, logré bajar los 10 kilos que subí con el embarazo, pero después subí 20, porque me pasaba todo el día comiendo. Y llorando, porque me vino una depresión tremenda. Me daba vergüenza y me cansaba mucho salir a alguna parte, más encima durante ese periodo perdí a muchas personas queridas de mi familia. Salía solo el fin de semana, con mi marido en auto.

Y ahora, ¿cómo te encuentras?

Mejor. Me hice una regresión y decidí salir del hoyo. He bajado dos tallas sin mucho esfuerzo, y estoy estudiando, así que me muevo más.

¿Cómo enfrentas la gordura? ¿Tienes alguna otra enfermedad asociada?

Sí, tengo resistencia a la insulina, pero durante todo este tiempo he mantenido mi colesterol normal y la presión igual. Ahora hago muchas bromas sobre eso, aunque me tuvo muy mal durante un tiempo, como te conté.

¿Qué es lo peor de ser gorda?

Al principio, y aún una de las cosas que más me molesta es comprar ropa. Porque hay que comprar lo que a uno le cabe, no lo que me gusta. Ahora puedo elegir un poco más, pero sigue siendo lo mismo. También me molesta mucho que no puedo comer nada tranquila, porque me miran feo. Como que por ser gorda no me diera hambre.

¿Cómo ha sido el rol de tu marido en todo este tiempo?

Si no fuera por él, no habría recuperado nunca mi autoestima. Comenzamos a pololear cuando teníamos 21 y nos conocemos desde los 9 años, porque fuimos compañeros de curso desde 5to básico a 4to medio. Él ha sido testigo del proceso completo porque nos conocemos hace muchos años y somos amigos.

¿En qué molesta ser gorda en la rutina diaria?

Bueno dormir es difícil porque cuando tienes el cuello gordo te cuesta respirar en algunas posiciones. Hay tinas muy pequeñas y algunas muy altas donde cuesta meterse. También hay baños pequeñitos, Las caderas te chocan con el mueble del lavamanos.

Vestirse es otro show. Simplemente no puedo sacar los zapatos si están abajo de la cama. Ponerse los calcetines y los zapatos cuesta, imagina lo que es cortarse las uñas de los pies.

A mi hijo no lo puedo llevar en brazos y me canso cuando lo baño.

Entrevista 4

Oscar

Peso: 220 kilos

Contacto: caso reportado en televisión, como el hombre más gordo de Chile

Cuéntame sobre ti

Mi nombre es Oscar Castro. Tengo 40 años y vivo en La Pintana con mis padres. Soy un paciente de obesidad mórbida, llegué a pesar 398 kilos y me gané el título del más gordo de Chile. Estoy en tratamiento en el Hospital Padre

Hurtado. En el 2011 sufrí un paro cardiaco que me tuvo 17 días en coma. Estuve 2 meses hospitalizado, que me dejó postrado.

¿Trabajas?

No en este momento, porque tengo problemas en las piernas. El tiempo en el que estuve postrado perdí la fuerza, recién comencé a caminar hace pocos meses.

¿Quién compone tu familia?

Mi mamá y mi papá con quienes vivo. Tengo dos hermanas; una mayor por un año, con quien no tengo contacto, y una trece años menor que yo. Me casé, pero ahora estoy separado.

Cuénteme sobre sus estudios

Estudí en la Escuela Boroa, luego en el Liceo Ema Díaz Sierra, donde no terminé la enseñanza media.

¿Qué trabajos ha realizado?

Fui bombero voluntario por más de 15 años. Entré a los 12 años a la Cuarta Compañía de Bomberos de San Miguel como brigadier; a los 18 pasé a ser voluntario activo. Después trabajé como taxista hasta que me hospitalizaron.

¿Cuál ha sido su relación con la obesidad?

Siempre tuve sobrepeso, desde niño. Pero ahora de adulto se descontroló totalmente, porque antes hacía deporte y siempre estaba en movimiento. Después me puse sedentario, pasaba todo el día sentado, sin hacer ejercicio. También mi alimentación no era buena, por ejemplo, tomé gaseosa con azúcar por muchos años, unos 2 litros diarios de Coca Cola, nada de agua, y mucha comida chatarra.

Cuando me casé ya tenía obesidad, pero cuando me separé y comencé a vivir solo fue cuando realmente perdí el control. Como nadie cocinaba y era mucho más fácil y rápido, compraba comida chatarra y bebidas. Y eso comía.

Cuénteme sobre su hospitalización.

En febrero del 2011 me dio el paro cardiaco. Al mes y medio, cuando me dieron el alta, mi hermana y su familia se fueron a vivir conmigo, porque salí postrado y con una dieta estricta para bajar de peso y necesitaba ayuda.

Las primeras semanas estaba todo muy bien, pero yo quería comer más de la cuenta. Fueron tantas las peleas y problemas por el tema que era insostenible, así que ella se fue y me quedé solo de nuevo. Desde ahí comencé a comer todo lo que quise y volví a engordar mucho, porque entré en una depresión.

Si usted estaba postrado y sin trabajar, ¿qué hacía para conseguir comida?

Tenía un poco de plata guardada y pedía delivery. Además, los amigos que me iban a ver siempre llegaban con comida, hacíamos asados y otras cosas.

Alguna vez ¿buscó ayuda para bajar de peso?

No, nunca. Esta es la primera vez; me di cuenta de que tenía que hacer algo y fui al hospital Padre Hurtado a pedir ayuda. Desde ahí bajé 100 kilos; me derivaron al hospital San José de Maipo y comencé un tratamiento con nutricionista. Ahí me hicieron una cirugía bariátrica y sigo la dieta en mi casa para la siguiente.

¿Cómo llegó su caso a la televisión?

Nunca me enteré quién los llamo, creo que fue mi hermana menor, cuando estaba hospitalizado. Llegaron Chilevisión, Mega y La Red, donde me entrevistaron después de que salí del coma.

¿Cómo lo trataron los periodistas?

Muy bien, me dieron mucho apoyo.

¿Por qué está ahora tratando de bajar de peso?

Por mi salud principalmente. Quiero nacer de nuevo. Yo me di cuenta de que tenía que parar porque me estaba muriendo. Había momentos en los que me faltaba el aire, me sentía mal. Antes jamás me subía a una pesa. Yo sabía que era gordo, me sentía gordo, pero no le daba importancia.

Y antes, anímicamente, ¿cómo se sentía?

Yo sentado, con mi computador, rodeado de la gente que me quiere, era feliz. No le daba importancia a las actividades al aire libre, a andar en bicicleta, nada de eso, me sentía bien en mi vida sedentaria.

¿Tiene alguna meta?

Tengo que llegar a pesar 200 kilos para ser candidato para el bypass gástrico, luego bajar para que me hagan una abdominoplastía. Ahora voy en 225 kilos. He bajado 165 kilos y aún me faltan 100.

Estas operaciones, ¿las pagarás tú?

Gracias a Dios me las regalaron. Espero que la última también me la regalen.

¿Sufrió algún tipo de discriminación en el hospital?

Varias. Por ejemplo, me dijeron que por mi peso necesitarían una camilla especial. Me decían que no había plata para comprar más camillas.

¿Y qué equipos necesitaste para ser atendido?

En el Padre Hurtado amarraron dos camillas con un alambre. En ningún hospital existen camas King. Empecé usando dos camas unidas ya que por el

volumen de mi peso mi cuerpo era muy grande y tuve que usar dos camas, ya que cuando entre al hospital entre pesando 389 kilos. El endobarrier para la operación me lo regalo una clínica privada. También uso un bypass y un ventilador mecánico que me lo dieron en comodato por el plan avnia. En el hospital tengo una cama especial que es personal.

¿Qué otras complicaciones físicas le ha generado la obesidad?

Tengo una apnea obstructiva por la obesidad, que es lo que condiciona mi hipertensión pulmonar y mi enfermedad coronaria. He sufrido problemas en las articulaciones.

Usted, ¿Se ha sentido discriminado?

Si, la discriminación en este país es muy común. Y más cuando una persona tiene un defecto. Por mi parte, sufrí mucha discriminación por parte de muchas personas. Creo que cualquier persona que tenga mi problema lo sufrirá. Los gordos somos personas que no pasamos inadvertidos en ninguna parte.