

UNIVERSIDAD DE PALERMO
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Trabajo Final de Integración

Descripción de un caso de obesidad infantil en una niña de 12 años, su disfunción familiar y sus implicancias en una institución educativa.

Autor: Leslie Martina Alonso.

Tutora: Lic. Valeria Wittner

Año 2012 2

1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1 Objetivo general.....	4
1.2 Objetivos específicos.....	5
2. MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 Obesidad.....	6
2.2. Obesidad infantil.....	8
2.3 Etiología.....	8
2.3.1. Factores genéticos.....	9
2.3.2. Factores ambientales.....	9
2.4. Aspectos psicológicos de la obesidad infantil	
2.5 Epidemiología en Argentina.....	10
2.6 Consecuencias.....	10
2.6.1 Consecuencias médicas.....	10
2.6.2 Consecuencias psicológico- sociales.....	11
2.7. Familia y obesidad.....	12
2.7.1 Familias funcionales.....	14
2.7.2 Familias disfuncionales.....	15
2.8 Intervenciones psico-educativas.....	18
3. METODOLOGÍA.....	22
3.1. Tipo de estudio	22
3.2. Participantes.....	22
3.3. Instrumentos.....	22
3.4. Procedimiento.....	23
4. DESARROLLO.....	24
ANÁLISIS DEL CASO	24
4.1. Descripción de las características de la obesidad infantil en la niña y su comportamiento disfuncional en la escuela.....	25 3

4.2 Descripción del funcionamiento familiar disfuncional de la niña y sus implicancias en la institución educativa.....	32
4.3 Descripción de las estrategias de intervenciones psicológicas educativas realizadas desde el colegio, para mejorar la salud, la integración social y el comportamiento en la institución educativa de la niña	41
5. CONCLUSIÓN.....	46
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49

1. INTRODUCCIÓN

La propuesta de trabajo surgió de la residencia de la Práctica de Habilitación Profesional de la Carrera de Grado de Psicología. La misma se realizó en el área de Psicología Educacional, en el Gabinete psicopedagógico del Nivel Primario del Colegio de la ciudad autónoma de Buenos Aires.

El Gabinete es denominado Equipo de Orientación Escolar (E.O.E.) y se encuentra conformado por dos psicólogos y una psicopedagoga. Funciona todos los días de 7:30 a 12:15 hrs. El E.O.E. tiene como responsabilidad la prevención, la detección de forma anticipada de problemas de aprendizaje, conducta o sociales que podría tener algún alumno, la sugerencia de diagnóstico y tratamiento y el seguimiento del mismo. Las intervenciones son individuales, en el caso de los alumnos con dificultades y grupales, fomentando la integración social de los alumnos y tratando las problemáticas grupales que vayan surgiendo como el *bullying* y la discriminación.

Se mantuvieron entrevistas no participantes con la alumna, con sus padres, maestros, directivos y su psicóloga externa. Se participó de un taller sobre discriminación con los alumnos y sus padres y de capacitaciones acerca de la integración de los alumnos con el E.O.E del nivel primario y secundario.

La elección del tema del presente trabajo surgió del interés de los directivos de la institución de favorecer la integración social de la alumna, mejorar su estado de salud y fomentar la no discriminación entre los alumnos.

La obesidad infantil es un problema complejo de salud pública de etiología multifactorial en la que intervienen factores genéticos, socioeconómicos, médicos y psicológicos. No solo el factor familiar es el causante de esta enfermedad, pero este trabajo se ha centrado principalmente en los factores familiares que inciden en la enfermedad y en las intervenciones psico-educativas que se pueden realizar desde la escuela.

1.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar el caso de una alumna de 12 años con obesidad infantil, su familia disfuncional y sus implicancias en la institución educativa. 5

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir las características de obesidad de la niña y su comportamiento disfuncional en la escuela.

Describir el funcionamiento familiar disfuncional de la niña y sus implicancias en la institución educativa.

Describir las estrategias de intervenciones psicológicas educativas realizadas desde el colegio, para mejorar su salud, su integración social y su comportamiento en la institución. 6

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Obesidad

Desde el punto de vista de la Salud Mental, la obesidad no se encuentra clasificada como un trastorno psíquico en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición (DSM IV-TR) a diferencia de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), en cuyo capítulo sobre Trastornos mentales y del comportamiento, figura el cuadro de “Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas” (F50.4). En él se incluye la ingesta excesiva, la cual está supuesta como reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a la Obesidad. Aclara que la obesidad puede hacer que el enfermo se sienta muy sencibilizado acerca de su aspecto y eso desencadenar una falta de confianza en las relaciones interpersonales o exagerar la valoración subjetiva de las dimensiones corporales.

Cormillot (1991), considera que la obesidad es una enfermedad –o un grupo de enfermedades- caracterizada por un exceso de tejido adiposo cuyas células pueden aumentar en tamaño y/o número, y que tiene como resultado una disminución en la calidad de vida y en la salud de quienes la padecen.

Rojas Montenegro (1999), afirma que la obesidad se define como una enfermedad crónica, de alta complejidad, caracterizada por un exceso de tejido adiposo en relación con la masa corporal magra y la talla.

Según explica la Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos de la conducta alimentaria (s.f.), se define a la obesidad como un incremento en el porcentaje del tejido adiposo corporal, frecuentemente acompañando de aumento de peso, cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo. De esta definición se desprende la variable riesgo, al conceptualizarla como condicionante de la salud del individuo, ante lo cual no solo se toma en cuenta el hecho anatómico de aumento de la grasa corporal, sino además el hecho clínico de hasta qué punto ese aumento supone enfermedad.

Como sostiene Ravenna (2007) la obesidad puede clasificarse según varios aspectos, uno de ellos es la edad en la que se presenta:

- Obesidad Infanto-juvenil: se presenta antes de los 18 años.
- Obesidad del adulto: se presenta después de los 18 años.

La obesidad infantil se puede clasificar en: 7

- Obesidad simple o exógena: la cual se debe a una ingesta energética excesiva y/o un gasto calórico reducido.

- Obesidad intrínseca o endógena: correspondiente a enfermedades o síndromes del S.N.C. o a causa de psicofármacos.

Por la distribución del exceso de grasa corporal se clasifica en:

- Androide: predominio del tejido adiposo en la mitad superior del cuerpo (hombros, cuello, sector superior del abdomen).

- Ginecoide: el tejido adiposo se encuentra en glúteos, cadera y muslos.

Sin embargo para propósitos de pronóstico y tratamiento se clasifica depende el índice de masa corporal (IMC) de la siguiente manera:

- Obesidad tipo I: exceso de masa corporal o porcentaje de grasa independientemente del sitio de acumulación.

- Obesidad tipo II: exceso de grasa subcutánea en el tronco y en el abdomen (androide).

- Obesidad tipo III: exceso de grasa abdominal-visceral.

- Obesidad tipo VI: exceso de grasa en la región glútea y femoral (ginecoide).

Resulta difícil encontrar una forma simple de medir el sobrepeso y la obesidad en niños porque su organismo sufre una serie de cambios fisiológicos a medida que van creciendo. Durán y Carmuega (2000), explican que el diagnóstico de la obesidad se basa en diferentes métodos que evalúan la composición corporal. La mayoría de los métodos considerados modelos, dada su precisión en la estimación, son de compleja y costosa implementación como ser: densitometría por inmersión, pletismografía, absorciometría (DEXA y DPA), ultra monografía, tomografía computada, resonancia nuclear magnética, activación de neutrones, agua corporal total por dilución isotópica de deuterio, tritio y oxígeno, conteo de potasio corporal total y conductividad eléctrica corporal total. En tanto en la infancia, se agrega la limitación de que para la mayor parte de ellos no se cuenta con patrones de referencia normales. Los criterios de diagnóstico más aceptados y usados en estudios epidemiológicos, son los basados en determinaciones antropométricas. Cabe destacar que la antropometría, es el recurso más sencillo, no invasivo y económico para medir la situación nutricional de una comunidad, especialmente en niños.

Para el diagnóstico y el seguimiento del sobrepeso y la obesidad infantil, la O.M.S. (s.f.) recomienda la utilización del índice de masa corporal (IMC), expresado 8

como peso corporal en kilogramos dividido por la talla al cuadrado en metros (kg/m^2). Éste trastorno alimentario se presenta cuando el IMC es mayor a $30\text{kg}/\text{m}^2$.

2.2 Obesidad infantil

La Organización Mundial de la salud (s.f.), explica que la obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. El problema es mundial y está afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. La prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante. Se calcula que en 2010 hay 42 millones de niños con sobrepeso en todo el mundo, de los que cerca de 35 millones viven en países en desarrollo.

La obesidad infantil se asocia a una mayor probabilidad de muerte y discapacidad prematuras en la edad adulta. Los niños con sobrepeso u obesos tienen mayores probabilidades de seguir siendo obesos en la edad adulta y de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares.

El riesgo de la mayoría de las enfermedades no transmisibles resultantes de la obesidad depende en parte de la edad de inicio y de la duración de la obesidad. La obesidad en la infancia y la adolescencia tienen consecuencias para la salud tanto a corto como a largo plazo.

Según explica la O.M.S. (s.f.), al contrario de la mayoría de los adultos, los niños y adolescentes no pueden elegir el entorno en el que viven ni los alimentos que consumen. Asimismo, tienen una capacidad limitada para comprender las consecuencias a largo plazo de su comportamiento. Por consiguiente necesitan una atención especial en la lucha contra la epidemia de obesidad.

2.3. Etiología

Aunque la obesidad es un trastorno multifactorial en cuya etiopatogenia están implicados factores genéticos, metabólicos, psicosociales y ambientales, la rapidez con que se está produciendo el incremento de su prevalencia parece estar más bien en relación con factores ambientales, como hábitos alimentarios poco saludables, junto a una disminución de la actividad física en niños y adolescentes condicionada, en gran medida, por la televisión (Rojas Montenegro, 1999). 9

2.3.1 Factores genéticos

Se ha estimado que el 25-35% de los casos de obesidad ocurren en familias en las que el peso de los padres es normal, aunque el riesgo es mayor si los padres son obesos. El riesgo de obesidad de un niño es 4 veces mayor si uno de sus padres es obeso y 8 veces mayor si ambos lo son. Así mismo, el patrón de distribución de la grasa corporal sigue también la misma tendencia que el observado en los padres. Por tanto, el riesgo de ser obeso, puede estar atribuido al seguimiento de hábitos similares de alimentación en la familia genéticamente predispuesta (O" Donnell & Grippo, 2005).

Existe por tanto una base genética heredada de una forma poligénica en un 40-80% de los casos de obesidad. Esta base genética puede actuar a través de diferentes mecanismos: preferencia por determinados tipos de comidas, gasto energético, patrón de crecimiento, distribución de la grasa, efecto termogénico de los alimentos y grado de actividad física (Roggiero, 2001).

2.3.2 Factores ambientales

La actividad física ha sido operativamente definida por Caspersen (1985) como cualquier movimiento corporal producido por la musculatura esquelética que resulta en gasto energético.

Muchos son los factores que afectan al gasto energético diario de una persona, pero la actividad física tiene el efecto más profundo, asociada a una gran proporción de esa variabilidad que puede ir de 100 a 800 calorías por día.

La actividad física es un factor muy importante en el control del peso corporal; la inactividad física puede ser aparentemente tanto una causa como una consecuencia de la obesidad (citado en Feler, 2006).

Según describen O" Donnell y Grippo (2005), existe un gran número de factores que pueden estar implicados en la patogénesis de la obesidad en la infancia, como son el exceso de alimentación durante el periodo prenatal y de lactancia, la malnutrición materna, el tipo de estructura familiar, el nivel socioeconómico (clase social baja en los países desarrollados y clase social alta en países en vías de desarrollo, la falta de ejercicio físico y el fácil acceso a la comida. Cabello y Zúñiga (2007) encontraron que la génesis de la obesidad se relaciona con los eventos de vida estresantes, por lo que se emplea la comida como refugio para compensar frustraciones, depresión, necesidades y temores. Aún más, los hábitos alimenticios familiares son un fuerte detonador de la obesidad. 10

Los factores socio-culturales como situación socioeconómica, estilo de vida, lugar de residencia entre otros, son determinantes de las prácticas alimentarias. En este contexto, también se ha reconocido el papel de la publicidad dirigida hacia los niños. La constante exposición a la publicidad de alimentos y bebidas de alto contenido calórico, ricos en grasas, azúcar y sal, así como una gran oferta de este tipo de alimentos en todo lugar al que los niños concurren, ha inducido un cambio importante en el patrón de alimentación infantil.

Los niños pasan muchas horas del día usando los medios de comunicación (computadores, teléfono celular, video juegos, correo electrónico y cámaras digitales) lo cual influye en que los niños no hagan ejercicios y no quemem calorías y también que estén expuestos a propagandas de anuncios alimentarios que pueden influir en sus preferencias alimentarias (Rodríguez Rossi, 2006).

2.4 Aspectos psicológicos de la obesidad infantil

Los factores psicológicos presentes en los cuadros de obesidad tienen un grado de importancia variable en cuanto a la génesis de la enfermedad, a su mantenimiento y como sintomatología agregada en el curso del cuadro (Zukerfeld, 2011).

Dicho autor refiere que al no existir una alteración única y específica en la obesidad, dichos factores tienen un grado de participación variable debiendo ser evaluados en cada individuo en particular.

En aquellos individuos en donde la ansiedad y la angustia buscan ser calmadas o descargadas a través de un incremento de las conductas orales condicionando un incremento, a veces muy exagerado, de la ingesta, la obesidad es la consecuencia lógica. En estos casos se nos muestra como evidente que la comida y la forma de realizarla se encuentran notoriamente influenciadas por las variaciones anímicas (Zukerfeld, 2011).

En general vemos que el sobrepeso, resultado del aumento de las conductas orales, es considerado por el paciente de manera ambivalente: por un lado es rechazado y no deseado y, por otro, le despierta una sensación de seguridad frente a temores que le resulta difícil de identificar. Estas personas, que son por lo general mujeres, se muestran como muy sensibles, con un alto grado de susceptibilidad que hace que se ofendan con mucha facilidad, tienen una elevada necesidad de ser estimados por los demás lo cual lleva a que muestren actitudes de ingenua seducción y teman el ser rechazadas, presentan variaciones frecuentes del humor y rasgos histriónicos de personalidad (Cañamares, 2002). 11

Dicho autor señala que en los obesos se observa una dificultad importante en la identificación de sus propias sensaciones, no logran, dice, diferenciar hambre de saciedad, al punto de recurrir a señales externas que les indiquen cuándo comer y cuándo dejar de hacerlo.

Esta incapacidad o dificultad para expresar o darse cuenta del estado de ánimo o de las propias emociones, denominada alexitimia, fue estudiada por Zukerfeld, quien refiere que un significativo grupo de comedores excesivos presentan signos de alexitimia, lo cual contribuye a que ganen peso y tengan dificultades para perderlo. Estos individuos usan la comida como un regulador de tensiones internas y de sus más ocultos sentimientos (Zukerfeld, 2002).

Por último estos individuos, en general, tienen un muy mal manejo de su agresividad y marcadas dificultades en el control de sus impulsos lo cual, sumado a la desvalorización que presentan, se traduce en frecuentes autoagresiones, algunas más o menos sutiles tales como: descontento y enojo consigo mismo, notable dificultad para disfrutar y sentir placer (anhedonia) y una manifiesta incapacidad para ocuparse de su persona aún siendo muy generosos con los demás; el conjunto lleva a que presenten frecuentes desbordes en distintas áreas de su conducta, tales como la comida y la bebida, e intenten variados y repetidos tratamientos que, por su inconstancia y por la mala relación que tienen consigo mismo, terminan abandonando reiteradamente (Levi, 2006).

Dicha autora sostiene que en ocasiones, en estas personalidades, predomina el sentimiento de vacío, sentido aún a nivel corporal, y todas las conductas se orientan a llenar ese "vacío". Con frecuencia el alimento es un buen elemento para llenarlo. La comida se nos presenta aquí cumpliendo una función similar a las drogas en las adicciones. Se producen ingestas cuyo destino es "llenar ese vacío" y calmar la ansiedad y la sensación de desagrado. Lejos está de disfrutar de lo que come. La ausencia de "algo que comer" produce una ansiedad creciente con sensación de derrumbe interior inminente.

2.5 Epidemiología de la obesidad infantil en Argentina

En Argentina coexisten sectores de su población que padecen deficiencias nutricionales que se traducen en desnutrición aguda, o mayoritariamente en desnutrición crónica definida como baja talla para la edad. Pero también existe sobrepeso y obesidad con una prevalencia creciente, así como una elevada prevalencia de deficiencia de 12

nutrientes específicos en individuos aparentemente sanos, lo que constituye la denominada desnutrición oculta. La obesidad y la desnutrición en los niños coexisten en las mismas regiones y estratos sociales, en las mismas familias y aún en los mismos individuos (O'Donnell & Carmuega, 1998).

Es de notable interés el análisis de peso y talla de los jóvenes argentinos de 18 años obtenidos durante el examen médico para el servicio militar obligatorio; se observó que el sobrepeso tiene una prevalencia muy elevada en la mayoría de las jurisdicciones, superando el 15% en 16 de ellas. La obesidad de segundo grado supera el 5% en la provincia de Buenos Aires, Santa Cruz y Tierra del fuego. La prevalencia de sobrepeso es de 19.35% y la de obesidad de 4.1%. Si bien se observa que la desnutrición y la obesidad coexisten en todas las provincias, en el NOA y NEA prevalece la desnutrición, en tanto en Patagonia y la región Pampeana es más frecuente la obesidad (Calvo, 1993-1996).

Un estudio realizado por el Ministerio de salud de la Nación bajo el programa materno infantil, informa una prevalencia de obesidad de 10.8% en niños de 0 a 24 meses y de 7.03% en niños de entre 24 a 72 meses (Calvo, 1993-1996).

Según el Proyecto de Investigación de la Niñez y la Obesidad Childhood Obesity (PINO.CHO), de un total de 1743 niños y niñas de 6 a 14 años, que fueron evaluados en el año 2000 en escuelas públicas de diferentes ciudades de la República Argentina; un 13% presentó prevalencia de obesidad y 75.9% de sedentarismo.

Sin embargo la prevalencia de obesidad fue similar en activos y en sedentarios (14.3% y 12.5% respectivamente), e incluso ligeramente más elevada en activos (Kovalskys, Bay, Herscovici & Berner, 2003).

En 2001, se realizó un estudio para determinar la prevalencia nacional de obesidad en Argentina de la consulta pediátrica de adolescentes de 10 a 19 años en ambos sexos, el cual mostró valores de 20.8% de sobrepeso y 5.4% de obesidad (Juiz de Trogliero & Morasso, 2002).

2.6. Consecuencias de la obesidad infantil

2.6.1 Consecuencias médicas

Según Wabitsch (2000), la obesidad infantil, trae consecuencias, tanto a corto y mediano plazo en la infancia y adolescencia, como así también a largo plazo en la vida adulta. 13

Los problemas médicos más comunes en niños y adolescentes obesos que pueden afectar la salud cardiovascular (hipercolesterolemia y dislipemia, hipertensión), el sistema endócrino (hiperinsulinismo, resistencia insulínica, alterada tolerancia a la glucosa, diabetes mellitus tipo 2, irregularidad menstrual) y a la salud mental (depresión y baja autoestima) sumado a hipoventilación nocturna y síndrome de apnea del sueño (asociado con deficiencias neurocognitivas) e impedimentos físicos (disminución de la movilidad física llevando a reducción de la actividad física). El estrés psicológico causado por la estigmatización social impuesta a los niños obesos puede ser más peligroso que las consecuencias médicas (Rodríguez Rossi, 2006).

Las consecuencias tardías se relacionan con: persistencia de co-morbilidades tempranas; obesidad en la adultez; enfermedades cardiovasculares; problemas respiratorios; aumento de la prevalencia de cánceres.

En las niñas es frecuente el incremento del acné, que es un problema adicional de su apariencia física. Estos cambios clínicos específicos son reconocidos también por el ambiente que los rodea y por sus pares; por lo que surge algún tipo de discriminación en estos individuos. La discriminación psicosocial y los cambios en el desarrollo de un niño obeso llevan en muchos casos al aislamiento social. La razón de la discriminación puede deberse a la construcción social de la figura ideal, y por una alteración de la autoestima de los niños y adolescentes con respecto a su apariencia, lo cual trae aparejado alteraciones en sus comportamientos cotidianos (Wabitsch, 2000).

2.6.2 Consecuencias psicológico- sociales

Las consecuencias psicosociales de la distorsión de la imagen física para el niño obeso pueden ser tan importantes e incluso más que las físicas. Baja autoestima, aislamiento social, discriminación, sensaciones de inferioridad y patrones anormales de conducta son algunas consecuencias frecuentes. Sumado a sus dificultades para socializar y hacer amigos (Wabitsch, 2000).

Dicho autor sostiene que la consideración social de la obesidad, ha provocado que las personas marquen a los individuos obesos con diversos prejuicios que carecen de fundamentos racionales.

La discriminación por parte de los adultos o de los compañeros desencadena en ellos actitudes antisociales, que les conducen al aislamiento, depresión e inactividad, y frecuentemente producen aumento en la ingestión de alimentos, lo que a su vez agrava o al menos perpetúa la obesidad. En la adolescencia el concepto de sí mismo es de tal 14

importancia que cualquier característica física que les diferencie del resto de sus compañeros tiene el potencial de convertirse en un problema más grave, en concreto disminuyendo su autoestima (O'Donnell y Grippo, 2005).

Dichos autores refieren que desgraciadamente, el personal de salud también evita la atención a estos sujetos, por lo que asisten menos a consulta con un médico, permitiendo que se retrase el diagnóstico de algunas enfermedades.

Según Seijas y Feuchtmann, en su trabajo *Obesidad: Factores psiquiátricos y psicológicos* (como se cita en Bravo del Toro, 2011) pocos trastornos son tan visibles a los demás como la obesidad y generan tanta ridiculización de estas personas y condena de parte de las demás. Los obesos típicamente responden con vergüenza, pena y culpa; lo cual puede no desembocar en una depresión clínica, pero reduce la autoestima del paciente en algunas áreas de funcionamiento y afecta la calidad de vida general del individuo. La presencia de complicaciones como la diabetes puede intensificar los mencionados sentimientos.

2.7 Familia y Obesidad

En este trabajo desde la definición del concepto de familia como un sistema, el cual se define, como bien conceptualizó Bertalanffy (1976) como un complejo de elementos en interacción, es decir, en donde cualquier efecto producido en un elemento del sistema influirá en los demás, porque desde el momento en que el individuo se conceptualiza como parte de algo, la visión de cualquier fenómeno romperá con la lectura lineal tradicional y adoptará una visión basada en la interactividad.

Por otra parte Minuchin (1974), la define como la unidad social, y se la considera como una organización social primaria que se caracteriza por sus vínculos, y por las relaciones afectivas que en su interior se dan, constituyendo un subsistema de la organización social, los miembros del grupo familiar cumplen roles y funciones al interior de esta, funciones y roles que son los que permiten relacionarse con otros sistemas externos, tales como el barrio, el trabajo, la escuela, entre otros. Las familias operan a través de pautas transaccionales que son modalidades de intercambios interaccionales que se mantienen en el tiempo; en estos intercambios los miembros se influyen mutuamente de forma circular.

En este punto vale la pena detenerse y puntualizar a que nos referimos con funcionamiento familiar, en relación con la enfermedad. 15

Según Velasco y Sinibaldi, en su trabajo *El sistema familiar y el niño alérgico* (como se cita en Rodríguez Orozco et al., 2009) el funcionamiento familiar es una categoría dinámica que se mueve entre dos polos: el funcional y el disfuncional. La disfuncionalidad ocurre cuando la familia no obtiene ni encuentra los recursos (individuales y familiares) necesarios para enfrentar algún trance crítico. La enfermedad no solo invade al individuo sino a toda la familia, y con ello provoca cambios en su organización interna y externa para repercutir en su funcionamiento, de ahí la necesidad de realizar modificaciones en diferentes niveles que faciliten la adaptación al proceso y demandas de la enfermedad, al mismo tiempo que se adquiere el control de la misma.

Por otra parte Minuchin (1974), la define como la unidad social, y se la considera como una organización social primaria que se caracteriza por sus vínculos, y por las relaciones afectivas que en su interior se dan, constituyendo un subsistema de la organización social, los miembros del grupo familiar cumplen roles y funciones al interior de esta, funciones y roles que son los que permiten relacionarse con otros sistemas externos, tales como el barrio, el trabajo, la escuela, entre otros. Las familias operan a través de pautas transaccionales que son modalidades de intercambios interaccionales que se mantienen en el tiempo; en estos intercambios los miembros se influyen mutuamente de forma circular.

Es conocido que la etiología de la obesidad es multifactorial y en ella influyen factores genéticos y ambientales que condicionan un desequilibrio entre el consumo y el gasto de energía. Se ha señalado que entre los factores ambientales, la convivencia en el seno familiar podría favorecer el desarrollo de obesidad al propiciar estilos de vida poco saludables entre sus integrantes, en ocasiones favoreciendo un franco ambiente “obesógeno” (O’Donnell & Grippo, 2005).

Según Orrell Valente, Hill, Brechwald, Dodge, Pettit y Bates, en su trabajo *Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil* (como se cita en Domínguez Vásquez, Olivares & Santos, 2008) los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el contexto familiar durante la etapa infantil en la que se incorporan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de la comunidad. En la infancia, la madre es la principal responsable de la transmisión al hijo de las pautas alimentarias saludables que podrían prevenir enfermedades relacionadas con la alimentación. Los progenitores influyen el contexto alimentario infantil usando modelos autoritarios o permisivos para la elección de la 16

alimentación de los niños, en aspectos como el tipo, cantidad y horarios de alimentación, así como edad de introducción de los mismos.

Según Huerta, Valadez y Sánchez, en su trabajo *Obesidad en niños de 6 a 9 años. Factores socioeconómicos, demográficos y disfunción familiar* (como se cita en Sandoval Montes et al., 2010) aunque existen pocos estudios sobre la asociación de disfunción familiar con obesidad en niños y adolescentes, un ambiente intrafamiliar adverso puede condicionar mayor ingestión de alimentos en niños como mecanismo compensatorio. Las alteraciones de la dinámica familiar se han visto exacerbadas por la ausencia de espacios físicos adecuados para el esparcimiento, lo cual ha propiciado que los niños permanezcan más horas frente al televisor, con mayor proclividad al consumo de productos chatarra estimulado por los mensajes televisivos y con menor tiempo para la actividad física. Todos estos factores actúan de manera simultánea para provocar un incremento desmedido en la prevalencia de obesidad entre escolares.

Galperín (1996), define el concepto de Familia y describe las características que poseen tanto las familias sanas como las familias disfuncionales; esta diferenciación servirá a modo de comprender como se da la disfuncionalidad familiar en pacientes con obesidad.

2.7.1 Familias funcionales

Galperín (1996), considerará como familias sanas, a aquellas familias que tienen la capacidad de registrar sus disfunciones y actuar para resolverlas; ya sea con recursos propios o extra familiares. Son familias que posibilitan, en su propio desarrollo como sistema familiar, el desarrollo y la formación de la identidad de sus miembros favoreciendo el crecer y el ser.

En estas familias está claro y discriminado quién es quién y qué lugar, papeles y funciones ocupa cada uno. Los padres con respecto a los hijos son capaces de un buen sostén emocional, o los estimulan a la individualidad y la autonomía; son sensibles a su crecimiento y realización personal y pueden disfrutar con ello.

Existe una rica posibilidad de acceso e interrelaciones emocionales entre todos los miembros de la familia; hay una buena integración familiar pero con diferenciación y autonomía, son familias en las que se puede estar integrado sin dejar de ser uno mismo.

En el sistema de comunicación de estas familias, predomina el diálogo; el diálogo implica un otro, poder escuchar y ser escuchado, poder tomar en cuenta el punto 17

de vista del otro. Hay intercambio entre los miembros y con el afuera; tienen amigos, tanto los padres como los hijos, compañeros, instituciones recreativas, laborales y culturales.

Según Herrera Santi en su trabajo Problemas en el desempeño escolar y su relación con el funcionalismo familiar en alumnos de EGB (como se cita en Paz, 2007) una familia funcional es donde el comportamiento adecuado y maduro de los dos padres produce un equilibrio saludable entre la individualidad y las capacidades para relacionarse entre los miembros de la familia; donde se cultiva el sano crecimiento emocional, psicológico y espiritual de todos los miembros de la familia.

Según dicho autor cada miembro es respetado por su individualidad y posee el mismo valor como persona; los padres hacen lo que dicen y son consistentes. Son buenos modelos a seguir y los roles familiares son flexibles. La comunicación es directa, y se motiva la honestidad entre los miembros. Cuando se presentan problemas, se discuten y se desarrollan soluciones.

2.7.2 Familias disfuncionales

López y Macilla (2000), argumentan que la familia juega un papel determinante en la aparición de los problemas alimenticios. La obesidad puede ser vinculada a una dinámica familiar disfuncional, en la que la ingesta excesiva podría estar funcionando como un reductor de tensión o ansiedad familiar. En este sentido podría pensarse que el sobrepeso estaría correlacionando con cierto nivel de problemática familiar, así como la obesidad en niños donde el individuo obeso funciona como un medio para aminorar los conflictos y tensiones que se propician por dicha dinámica; el sobrepeso podría estar directamente correlacionado con una alta problemática familiar y la obesidad de los niños se encuentra asociada con la salud mental de otros miembros de la familia y con el funcionamiento de ésta.

Por lo tanto, las familias obesas poseen una dinámica que se asemeja a la de las familias psicósomáticas. Minuchin y Fishman (1981), describen este tipo de familias como psicósomáticas, siendo éstas consideradas como enmarañadas, sobreprotectoras, rígidas, incapaces de resolver los conflictos, con marcada tendencia a utilizar el síntoma de un hijo para prevenir el cambio y evitar el conflicto. Una característica común en estas familias es el miedo al conflicto. La aparición de cualquier tipo de desacuerdo, la alusión a cualquier posibilidad de discusión o de litigio se percibe altamente peligrosa y como amenaza de disgregación de la unidad familiar. 18

La personalidad psicossomática que emerge de este tipo de familia es incapaz de percibir y describir los sentimientos, su fantasía es deficiente, tiene limitado acceso a la simbolización lingüística, adopta una actitud conformista y procura despojar a las relaciones de toda profundidad, conflicto y dependencia emocional reconocida.

Según el modelo estructural cuando las fronteras de la familia, que regulan el contacto y los intercambios con los otros adentro y afuera de la familia son rígidas y difusas, siendo éstas características consideradas como factores de riesgo para la familias, suele ser la causa de que algún miembro quede atrapado en la condición de víctima de una familia disfuncional (Wainstein, 2000).

El modelo estructural es uno de los aportes más importantes al entendimiento de una matriz psicosocial en la enfermedad mental, al establecer al modo de organización familiar, como uno de los determinantes de la etiopatogenia de los trastornos mentales (Wainstein, 2000).

El autor afirma que la claridad de los límites dentro de una familia es un parámetro útil para evaluar su funcionamiento, los extremos serán un aumento desmedido de la comunicación y la preocupación de los unos sobre los otros, perdiendo la distancia entre sus miembros, entonces los límites desaparecen y la diferenciación se hace difusa. Estas familias llamadas aglutinadas presentan una pérdida de la autonomía, reaccionan en forma exagerada y tienen una baja capacidad de adecuación.

El otro extremo se encuentran aquellas familias en las que sus miembros tienen una mínima dependencia entre sí, límites muy rígidos, sus mecanismos de apoyo se activan solo cuando existe un nivel muy alto de estrés. Éstas son las familias llamadas desligadas (Minuchin & Fishman, 1988).

Galperín (1996), sostiene que a diferencia de las familias sanas, en las familias disfuncionales el poder es muy rígido; el miembro que tiene el poder es reconocido y aceptado como dominante. Los niños pueden ser llamados a jugar un papel de adultos, por ejemplo, como contenedor de las quejas de la madre respecto del padre o viceversa, o a tomar decisiones que no están en condiciones de hacer porque corresponden a responsabilidades adultas. Suelen ser hijos triangularizados, muy exigidos por las carencias parentales y que sufren, pues están obligados a asumir el doble papel de padres y de hijos.

Según dicho autor la percepción de la realidad de la familia, es decir, la visión del mundo compartida por todos sus miembros, tiene un alto nivel de mitología y una

marcada discrepancia con la realidad; los miembros de la familia deben negar su propia

19

percepción y funcionar en esas distorsiones. La posibilidad y el grado de autonomía de sus miembros es muy precaria, no hay discriminación, ni individuación.

Dicho autor sostiene que los miembros de las familias disfuncionales establecen relaciones simbióticas que impiden crecer y ser; entonces sus miembros son incapaces de conectarse con sus propios sentimientos y consigo mismos diferenciadamente. Hay relaciones invasivas y no hay espacio para las diferencias y el intercambio; uno decide por el otro, uno responde por el otro y ninguno es una persona total en sí misma.

El mismo autor sostiene que estas familias tienen gran dificultad en aceptar cambios, separaciones y pérdidas; tampoco aceptan el paso del tiempo. En cuanto al tema de la comunicación, es perturbada, confusa y con mensajes contradictorios; no se pueden comentar las contradicciones, ni cuestionarlas. Son familias aglutinadas, que constituyen sistemas cerrados, entrópicos, con muy escaso intercambio con otros sistemas del exterior. En estas familias se impide y sabotea a los hijos la relación con el afuera y se plantea todo lo exogámico como peligroso, hay que evitarlo, es mejor no salir. Sus miembros tienen mucha dificultad en la socialización porque les cuesta desprenderse e integrarse al mundo exterior de acuerdo con el modelo familiar; cuanto más sobrecargadas están las relaciones adentro de la familia más empobrecidas están con el afuera.

Glasserman (2008), describe las características de las familias gravemente perturbadas, tales como: imposibilidad de diálogo, creencias rígidas, trastornos en la situación de apego, aparición sintomática ante el mal manejo del estrés familiar, borramientos de las diferencias, antecedentes psiquiátricos en algún miembro de la familia, déficit o exceso de las funciones maternas y/o paternas y oscilación permanente entre excesivos límites o inexistencia absoluta de los miembros.

Como sostiene Horwitz (1990) cuando aparece un síntoma, como podría ser la enuresis en un niño o la descompensación de una enfermedad crónica, este puede ser tomado como un indicador de una disfunción familiar y hay que ver al paciente no como el problemático, sino como el portador de las problemáticas familiares. Algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros sumado al incumplimiento de sus funciones básicas.

Según Herrera Santi en su trabajo Problemas en el desempeño escolar y su relación con el funcionalismo familiar en alumnos de EGB (como se cita en Paz, 2007) 20

una familia disfuncional es donde el comportamiento inadecuado o inmaduro de uno de los padres inhibe el crecimiento de la individualidad y la capacidad de relacionarse sanamente con los miembros de la familia; donde sus miembros están enfermos emocionales, psicológica y espiritualmente. Entre sus características se encuentran la negación, niegan sus problemas y por lo mismo los problemas nunca se resuelven, sus relaciones se basan en la vergüenza, los padres han interiorizado sus sentimientos de vergüenza y actúan desvergonzadamente frente a sus hijos. Generalmente los hijos de estas familias se sienten avergonzados.

El autor sostiene que los miembros de una familia disfuncional no pueden satisfacer sus necesidades. Las necesidades individuales son puestas de lado para satisfacer las necesidades del sistema familiar. Casi siempre existe cierto grado de enojo y depresión en los miembros de la familia. Utilizan el conflicto abierto o la confluencia (acuerdan no estar en desacuerdo) con un estilo de comunicación. En muy rara ocasión logran establecer contacto verdadero. En estas familias las reglas no cambian y son rígidas así como los roles que también son rígidos y estáticos.

Podemos decir que en las familias en las cuales se evidencia violencia doméstica o intrafamiliar, es la que se ejerce a cualquier miembro de la familia por otros, son familias disfuncionales. Ésta tiene formas solapadas de manifestarse, bajo la justificación de que lo que sucede en el marco familiar es privado, y que cada familia impone sus reglas de respeto y de relación entre sus miembros, por lo que bajo ese tapiz existe un número importante de víctimas (Corsi, 1995).

En el caso de los niños que no sólo son testigos del maltrato hacia su madre sino que, a la vez, también son víctimas de esa violencia, la pérdida es todavía más desequilibrante, pues afecta al sentimiento de seguridad y de confianza en el mundo y en las personas que lo rodean. Máxime cuando el agresor es su propio padre, figura central y de referencia para el niño y la violencia ocurre dentro de su propio hogar, lugar de refugio y protección (Corsi, 1995).

Herscovici y Bay (1999) describen los factores predisponentes familiares que inciden en la génesis y mantenimiento de la obesidad:

- Escasa comunicación entre sus miembros.
- Incapacidad para la resolución de los conflictos que se presentan.
- Sobreprotección por parte de los padres.
- Rigidez y falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas, o regular las reglas familiares adecuándolas a los cambios de etapa. 21

- Ausencia de límites generacionales.
- Expectativas demasiado altas de los padres respecto de sus hijos.
- Historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo.
- Existencia en el seno de la familia de abuso sexual o físico.

Las define como familias aglutinadas, donde se refiere a una forma particular de proximidad e intensidad que hace que cualquier cambio repercuta a lo largo de todo el sistema. Esto se observa en la interdependencia de las relaciones, en las intrusiones constantes en los pensamientos y sentimientos del otro. La percepción de sí mismo y de los otros miembros de la familia está pobremente diferenciada.

En esta modalidad de funcionamiento es común que un conflicto diádico genera una cadena de alianzas alternantes a lo largo de toda la familia involucrando paulatinamente a otros miembros. Las fronteras que definen la autonomía individual son tan difusas que el espacio vital del individuo es frecuentemente usurpado

También las define como sobreprotectoras, donde los miembros de estas familias son especialmente agudos en la detección de señales de estrés en sus seres queridos. Están muy preocupados por el bienestar de todos, y esta preocupación se extiende más allá del individuo o su enfermedad específica. Las respuestas de cuidado y protección surgen en forma continua a medida que interactúan los miembros. En estas familias la sobreprotección de los padres retarda el desarrollo de la autonomía y buen desempeño de los hijos.

Los autores describen a éstas familias como rígidas, a lo cual se refiere a un tenaz compromiso en el mantenimiento del statu quo. Se resisten a realizar los cambios necesarios que impone el desarrollo. Operan como un sistema cerrado, negándose a modificar sus pautas de interacción ante crisis evolutivas normales, tales como la entrada de los hijos a la adolescencia. Es así como desarrollan circuitos de evitación, para lo cual resulta sumamente útil el portador del síntoma.

Los autores indican que la combinación del aglutinamiento, la sobreprotección y la rigidez traen como consecuencia una baja tolerancia al estrés. La estructura idiosincrásica de cada familia dicta la manera particular en que se racionalizará la evitación del conflicto. Como resultado, no hay negociación explícita de las diferencias. Los problemas quedan sin resolver, presentando una amenaza constante que activa una y otra vez los circuitos de evitación del sistema. 22

2.8 Intervenciones psico-educativas en la institución

La obesidad no es sólo un problema de salud; es también un factor que interviene en la funcionalidad emocional del sujeto determinante para su interacción con los demás, la realización personal y el estado de ánimo (Bresh, 2006).

Como sostiene dicho autor la obesidad merma la interacción del sujeto con el medio, además de que fomenta una conducta de aislamiento; los sujetos tienden a ser menos responsables con sus tareas e incluso son personas con niveles de energía reducidos; los sujetos obesos son menos responsables de su apariencia física, hábitos y conductas alimenticias, y por lo tanto de su salud; esto se ve reflejado en su padecimiento y en algunos de los casos a la poca importancia que le conceden.

Según explican Himes y Dietz, en su trabajo *Obesidad infantil: ¿un problema de educación individual, familiar o social* (citado en Durá Travé, 2005) el medio escolar, junto al familiar, son los ámbitos educativos de mayor influencia en la adquisición de unos hábitos alimentarios y estilos de vida que se irán consolidando a lo largo de la infancia y la adolescencia.

Dichos autores explican que los hábitos dietéticos constituyen un referente sociocultural que actúa, muchas veces, como elemento integrador y/o de identidad de los grupos que los practican; por tanto, todas aquellas acciones educativas que estén al margen de esta realidad estarán abocadas al fracaso. Cuando se plantea como objetivo educativo conseguir hábitos alimentarios permanentes, se tendría que actuar sobre tres niveles: la adquisición de los conocimientos teóricos, necesarios pero no suficientes; la adaptación de las propuestas a la vida cotidiana y la adhesión de las nuevas prácticas que se proponen.

Dichos autores también sostienen que la experiencia acumulada de los programas escolares corrobora los efectos beneficiosos que este tipo de intervenciones tienen, al menos a corto y medio plazo, sobre el sobrepeso y la obesidad infantil. Estos programas deberían instaurarse cuando el niño comienza su escolarización, constituyendo el medio escolar, junto al familiar, los lugares más idóneos para iniciar y/o consolidar la adhesión a buenas prácticas alimentarias. Es fundamental que la familia sepa crear unos hábitos de alimentación saludables en sus hijos y que éstos reciban en la escuela la instrucción suficiente para desarrollarlos o modificarlos en el caso de que no fueran correctos. Una implicación activa de los padres, si bien no 23

garantiza el éxito, mejora la eficacia de la gestión pedagógica y la valida positivamente al facilitar la aplicación práctica y adhesión a los hábitos alimentarios propuestos.

Según Foster en su trabajo Problemas en el desempeño escolar y su relación con el funcionalismo familiar en alumnos de EGB (como se cita en Paz, 2007) dentro de las tareas del desarrollo del niño en edad escolar están las de adecuar su conducta y su ritmo de aprendizaje a las exigencias del sistema escolar, logrando así interactuar socialmente en forma adecuada con adultos de fuera del sistema familiar y con su grupo de pares. El cumplimiento de estas tareas es básico para el desarrollo de una buena autoestima y actúa como elemento protector de la salud mental del niño.

Dicho autor sostiene que los problemas en la escuela son la expresión de que algo está pasando, por lo que hay que determinar cuáles son las disfunciones familiares que están haciendo clínica a través del niño y diagnosticarlas, para cambiarlas con una metodología específica de las intervenciones en familia.

Dicho autor explica que algunas patologías orgánicas y sus somatizaciones tienen como sustrato la disfunción familiar. En el campo de la psicopedagogía se ha comprobado que los ambientes familiares desfavorables son una de las razones que trae como consecuencia un desempeño escolar inferior a las posibilidades del alumno ya que dichas situaciones impiden u obstaculizan el compromiso de padres con el trabajo formativo que se realiza en la escuela, especialmente en el ámbito del disciplinamiento, facilitando con ello el desarrollo de conductas transgresoras y la negligencia escolar.

Como explica Morales en su trabajo Problemas en el desempeño escolar y su relación con el funcionalismo familiar en alumnos de EGB (como se cita en Paz, 2007) muchas conductas de los alumnos, tanto en la escuela como en la familia, no pueden ser encauzadas con éxito actuando únicamente sobre uno de los dos ámbitos, ya que ambos se interfieren mutuamente. Las influencias que confluyen en el alumno ejercidas tanto por la familia como por la escuela pueden contraponerse o potenciarse. De ahí la importancia de una adecuada coordinación escuela-familia. Si bien no es posible reemplazar las funciones que tradicionalmente la familia cumple, al menos es factible, trabajando con los recursos personales internos de los alumnos, disminuir el riesgo de dificultades de rendimiento, de conducta, de problemas emocionales y de deserción, enseñando a los niños a modificar sus sentimientos y así sobrellevar las vicisitudes de la vida.

Como sostiene Herrera Santi en su trabajo Problemas en el desempeño escolar y su relación con el funcionalismo familiar en alumnos de EGB (como se cita en Paz, 24

2007) mediante la creación de redes de apoyo a los niños la escuela puede ayudar a que se desarrolle en ellos la resiliencia, capacidad de los seres humanos de sobreponerse a los trastornos psicológicos y a las heridas emocionales más graves; y así los niños puedan tener un desarrollo psicológico normal, a pesar de los factores de riesgos que los rodean. Es imprescindible implementar programas de prevención de problemas emocionales, conductuales y de rendimiento asociados a transformaciones familiares; como así también desarrollar en los niños el autoconocimiento y habilidades emocionales tales como la expresión, el manejo y la modulación de la intensidad de los sentimientos y una actitud positiva frente a la vida.

La escuela además de transmitir conocimientos, colabora en el desarrollo psíquico y personal de los niños y niñas, siendo la salud el bien más preciado y un derecho que tenemos todos y todas. Por lo tanto la escuela ofrece un ámbito apropiado para prevenir y tratar la obesidad (Castillo Ureña, 2007).

Mediante la escuela se puede influir en las conductas alimentarias y en los niveles de actividad física, fomentando y creando hábitos de vida saludables mediante la concientización de hacer una dieta sana. Y proponemos la participación en este proyecto de toda la comunidad educativa: profesorado, alumnado y familia. Ya que ejercen un rol fundamental en la adquisición de los hábitos en los niños/as desde pequeños, les ayudaremos y les marcaremos pautas para que estos hábitos sean los más sanos posibles. La escuela debe estar unida y en colaboración continua con la familia y adaptarse al entorno en el que se ubica, reducir el número de niños y niñas que no desayunan, disminuir el consumo de grasas y azúcares, aumentar el de verdura, fruta y agua y promover la realización habitual de ejercicio físico (Castillo Ureña, 2007).

También se debe concientizar a los alumnos y docentes de qué es la obesidad infantil y su riesgo para la salud y de la importancia que los educadores tienen en este campo, creando un entorno escolar que favorezca una alimentación equilibrada y la práctica frecuente de actividad física y sobre todo previniendo y trabajando sobre la discriminación hacia ésta patología (Castillo Ureña, 2007).

Cuando hablamos de discriminación estamos hablando de violencia, y ésta puede ser ejercida tanto física como psicológica. La discriminación es una distinción ocasionada por prejuicios, sabiendo que nuestra sociedad busca lo igual, y aquello que sobresalga o que sea distinto, tiende a ser más propenso a ser segregado. Los niños más discriminados son los que padecen una enfermedad crónica o terminal, discapacidad, los indígenas, los de bajos recursos económicos, los obesos, los de lento 25

aprendizaje, los de coeficiente intelectual alto y aquellos que son “afeminados”. Lo primero que debe hacer la escuela es detectar el problema, saber qué pasa, cuándo, por qué y después tenemos que hablar con los padres, vigilar a los niños, ver señales de alarma, conocer al grupo de amigos, mejorar la calidad de las relaciones familiares ya que la discriminación afecta, entre otras cosas, la motivación que requiere el adolescente para aprender, lo que origina bajo desempeño académico (Valadez Figueroa, 2008).

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE ESTUDIO: El presente trabajo es un estudio Descriptivo.

3.2. PARTICIPANTES

Análisis de caso único. Una alumna de 12 años con obesidad infantil se encuentra en el colegio desde los 6 años. El diagnóstico se realizó por su pediatra y nutricionista.

La alumna actualmente pesa 107 kg y mide 158 cm., obesidad que conlleva riesgos para su salud. No está integrada a sus compañeros, tiene un comportamiento disfuncional que comprende agresiones verbales y físicas para con sus compañeros y maestros. Al mismo tiempo es discriminada y agredida por sus compañeros.

Sus padres, sus hermanos, su maestra de grado, el coordinador del E.O.E, los directivos de la institución y sus compañeros de clase.

3.3. INSTRUMENTOS

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

Observación no participante de entrevistas libres a la alumna, llevadas a cabo por el coordinador de gabinete psicopedagógico, acerca de su rendimiento y conducta escolar, vínculos familiares e inserción y conformidad con la institución.

Observación no participante de entrevistas libres a los padres, llevadas a cabo por el coordinador del gabinete psicopedagógico, acerca de la dinámica familia, relación entre los hermanos y comportamiento y rendimiento académico de la niña.

Observación no participante de la alumna en el recreo y en el aula.

Legajo de la alumna desde primero a séptimo grado con información acerca de entrevistas realizadas a los padres de la alumna, a la psicóloga externa y a la alumna 26

realizadas por el gabinete. También se tendrán en cuenta las observaciones realizadas por los integrantes del gabinete, las maestras y directivos de la institución, que se encuentran en su legajo psicopedagógico.

3.4. PROCEDIMIENTO

Se describirá un caso de una alumna de 12 años que concurre a 7° grado de una institución educativa y su posible relación con la disfunción familiar.

Para ello se describirá el caso de la alumna, desde su ingreso a la institución a los 6 años hasta la actualidad. Se utilizará el legajo de la alumna desde primero a séptimo grado con información acerca de entrevistas realizadas a los padres de la alumna, a la psicóloga externa y a la alumna realizadas por el gabinete. También se tendrán en cuenta las observaciones realizadas por los integrantes del gabinete, las maestras y directivos de la institución, que se encuentran en su legajo psicopedagógico.

Se realizaron observaciones no participantes de la alumna en el aula y en los recreos 2 veces por semana .

Se participó como observadora no participante de dos entrevistas libres realizadas por el coordinador del gabinete psicopedagógico a los padres de la niña, donde se abordaron los siguientes temas: la dinámica familia, la relación entre los hermanos y el comportamiento y rendimiento académico de la niña en la institución.

Se participó como observadora no participante de dos entrevistas libres realizadas por el coordinador del gabinete psicopedagógico a la niña, donde se plantearon los siguientes temas: su rendimiento y conducta escolar, vínculos familiares e inserción y conformidad con la institución.

4. DESARROLLO

ANÁLISIS DEL CASO A

Trabajar con estrategias de corto, medio y largo plazo que contribuyan para la continuación y viabilidad de la Institución

La Institución cuenta con un gabinete psicopedagógico denominado Equipo de Orientación Escolar, el cual está conformado de la siguiente manera:

Nivel Inicial: una psicopedagoga.

Nivel Primario: un psicólogo de orientación psicoanalítica que es el coordinador y una psicóloga con orientación cognitivo-conductual; una psicopedagoga y un psicopedagogo.

Nivel Secundario: una psicóloga con orientación psicoanalítica y un psicólogo con orientación gestáltica.

Dentro de las funciones del E.O.E se encuentra: la incorporación de información al sistema digital de datos de historia psicopedagógica de cada alumno; entrevistas con los padres y con los profesionales externos de los alumnos; tomar nota para registro en actas de las reuniones; observaciones de alumnos en forma individual o pequeños grupos, en los recreos y en las aulas; tomas colectivas de tests en las aulas y tomas individuales de tests en el gabinete a los alumnos con dificultades; derivación a tratamiento psicológico o psiquiátrico de alumnos con dificultades; ayuda en los casos de niños integrados; talleres con padres y alumnos sobre las principales problemáticas que surgen en la institución. 28

4.1. Descripción de las características de la obesidad infantil en la niña y su comportamiento disfuncional en la escuela.

El caso A, que actualmente tiene 12 años, ingresó a la institución en el año 2006 a primer grado. La alumna fue diagnosticada por su pediatra en segundo grado con obesidad infantil.

La entrevista de admisión a la cual asistieron sus dos padres. Su mamá de 47 años, ama de casa y su papá de 38 años dueño de varios inmuebles. Ambos padres tienen dos hijos más, un hijo de 10 años y una hija de 4 años, ambos hijos con obesidad infantil.

En la entrevista los padres relataron que la niña no continuará primer grado en la institución a la cual asistía porque la discriminaban por su gordura. Los padres afirmaron que realizaron una denuncia en la Dirección Provincial de Educación de por discriminación.

Los padres refirieron que la niña no estaba integrada a sus pares y era discriminada por los mismos y por los directivos. Desde el colegio se les explicó a los padres la necesidad de que la niña se integre a sus pares.

El primer objetivo de este trabajo fue describir las características de obesidad de la niña y su comportamiento disfuncional en la escuela.

En el informe con respecto al área socio-emocional de primer grado, que consta en el legajo psicopedagógico de la alumna, se observó que la niña jugaba con los varones, no estaba integrada al grupo de las nenas y tenía un vocabulario no acorde a su edad con un lenguaje promiscuo, con malas palabras, verbalizaciones impulsivas y una sobre preocupación por temas de contenido sexual. Estos acontecimientos fueron conversados con los padres en su momento y se les sugirió trabajar estos temas desde la casa y desde la escuela para poder ayudar a la niña.

Según López y Macilla (2000), esto suele suceder ya que la actitud del niño obeso se caracteriza por ser sedentaria, con mayor apego a la familia, lo que lo condiciona a la participación de actividades sociales. Empiezan a expresarse diversos problemas tales como ansiedad, depresión, fobias, aislamiento, dificultad para integrarse con sus pares, que se acompañan de ciclos de frustración, inferioridad, autoexigencias y hostilidad.

En relación a su conducta se la notó muy nerviosa y agresiva con los adultos y sus compañeros. Tuvo actitudes tales como taparse los oídos cuando la maestra le 29

hablaba, morder y rasguñar a sus compañeras. Esta situación fue conversada con los padres en su momento a lo cual el padre refirió que le puede afectar a la niña una situación laboral que hace que él esté menos tiempo con sus hijos y que la niña no quería venir al colegio porque extrañaba su colegio anterior.

El padre de una compañera de la niña realizó una queja por escrito al colegio respecto de transgresiones verbales de la misma referidas temas sexuales.

Con respecto a su lenguaje decía calificativos negativos a sus compañeros, insultaba y amenazaba a los mismos con frases como como “voy a mandar a matar a tu familia”.

Durante el primer grado, en un informe realizado por la maestra de la niña, el cual consta en su legajo psicopedagógico, la maestra refirió que cuando se logra hablar a solas con la niña, la misma cuenta que es castigada en el hogar y que no recibe regalos ni juguetes. También relata que la niña no estaba integrada a sus compañeros pero que venía mejor predispuesta al colegio. Observó que la niña le compraba golosinas en el kiosco del colegio a sus compañeros como una forma de ganar su afecto. También refirió que la niña es discriminada por sus compañeros los cuales le dicen “gorda” y la molestan.

Como ya se dijo en el apartado del marco teórico, O’ Donnell y Grippo (2005) plantean que las situaciones de discriminación de las cuales son objeto los niños obesos por parte de adultos y pares tiene como consecuencia la producción de conductas antisociales. Las mismas tienen como síntomas son agresividad, impulsividad, irresponsabilidad, hostilidad, umbral de frustración bajo, intensa inmadurez emocional y escasa capacidad de discernimiento. Podemos observar como aparecen episodios de mayor ingesta de alimentos y mayor aislamiento que, por lo general, conducen al agravamiento de su cuadro de obesidad.

Según la información presente en el legajo psicopedagógico de la niña, en segundo grado persistieron las dificultades en su conducta.

Se observaron episodios de falta de control en los impulsos en las clases de inglés, en los cuales se descontrolaba totalmente y comenzaba a tirar los bancos y a pegarles a sus compañeras.

Como explica Zukerfeld (2011) el paciente con obesidad infantil tiene un muy mal manejo de su agresividad y marcadas dificultades en el control de sus impulsos lo cual, sumado a la desvalorización que presentan, se traduce en frecuentes autoagresiones, y algunas tales como descontento y enojo consigo mismo, notable 30

dificultad para disfrutar y sentir placer y una manifiesta incapacidad para ocuparse de su persona, lo cual lleva a que presenten frecuentes desbordes en distintas áreas de su conducta.

La niña no escribía nada en clase y bajó mucho su rendimiento académico.

Amenazaba a sus compañeros con matarlos y que sabía cómo hacerlo . Con lo cual sus compañeros reaccionaban con temor.

En relación a la aceptación de límites, la niña cuestionó absolutamente toda puesta de límites amenazando a los directivos del colegio con clavarse un cuchillo si no la dejaban ir al campamento por su mala conducta.

En educación física presentó bastantes dificultades no queriendo participar de las clases. Mufaba constantemente cuando se le daba una orden. Cuando se la retaba se ponía agresiva, insultaba y lloraba. A veces le agarraban episodios de mal humor durante los cuales les pegaba a sus compañeros, gritaba y mordía. Levi (2006) argumenta que a los niños obesos no les interesa jugar ni poner el cuerpo en actividad, sus movimientos son poco eficaces debido al inadecuado manejo corporal que los inhibe favoreciendo la torpeza.

Según López y Macilla (2000), la obesidad produce en el niño y adolescente diferentes trastornos en el área psico-social relacionados con la alteración de su imagen corporal, su dificultad para la integración social, la pertenencia e identificación con sus pares y diversos trastornos relacionados con el vestir, la práctica de los deportes y la exposición en público.

En tercer grado su conducta se caracterizó por negarse a realizar las actividades y a hacer las pruebas; cuando se le pedía el cuaderno o la libreta decía que no la iba a entregar porque era de su propiedad. Mientras todos los compañeros estaban trabajando la niña perturba la clase constantemente con intervenciones fuera de lugar, tales como: “¿quién fuma marihuana?, ¿quién fuma paco?, ¿quién aspira poxiran?, Yo ayer lo hice y me puse loquita y me puse a robar”.

Según un informe presentado por su maestra de grado la niña tenía muy baja autoestima, era insegura y se sentía que enseguida la estaban dañando.

Se relacionaba con agresividad tanto con sus pares como con los adultos. Buscaba constantemente llamar la atención y ninguna compañera la invitaba a la casa. 31

Como afirma (Bresh, 2006) la obesidad dificulta la interacción del sujeto con el medio, en el caso de la niña dificulta su vinculación con sus pares y adultos, produciendo mayores conductas de aislamiento. Ésta situación trae como consecuencia que los sujetos tienden a ser menos responsables con sus tareas, en su apariencia física, hábitos y conductas alimenticias, esto se ve reflejado en su padecimiento y en algunos de los casos a la poca importancia que le conceden.

El E.O.E. recibió un informe acerca de la alumna realizado por su psicóloga. Éste informe refirió que la niña comía mucho como una manera de incorporación masiva. Refirió que llamar o citar a los padres conducía a un efecto contraproducente en la niña, la cual presentaba un estado de angustia importante que se reflejaba en su actitud y vinculo hacia la comida y la necesidad de mostrarse permanentemente aún desde lo negativo.

Como explica (Bresh, 2006) las burlas de los compañeros en la escuela, la dificultad para hacer deportes, el cansancio y otras incapacidades relacionadas con la obesidad, conllevan a estos niños a adquirir complejos de inferioridad y a estados depresivos crónicos.

En cuarto grado presentó un mejor rendimiento intelectual pero se agudizaron sus problemas en el área conductual.

Amenazaba a la maestra diciéndole “yo vi mi boletín, me pusiste un 5. Vas a ir presa, te voy a hacer juicio. Mis papas me van a retar y a pegar, vas a ir presa y no vas a salir nunca más porque mi tío es abogado”.

Le pateaba el banco a los compañeros. Interrumpía constantemente la clase diciendo “si no me prestan un borraquis rompo todo, soy capaz de matar a todos”.

En un informe de la psicóloga externa de la alumna, que consta en el legajo psicopedagógico, refería que la niña había sido la única alumna no invitada a un cumpleaños de una compañera del colegio y luego del episodio subió 5 kg.

La psicóloga le pidió al colegio que no se la saque a la niña de la clase cada vez que tenía conductas inadecuadas, sino que se le señalara delante de sus compañeros lo inadecuado de la interacción de la niña y se hablara en la clase.

Las personas que sufren de obesidad utilizan la comida para anestesiar el yo interno por medio de la ingesta descontrolada de alimentos. La ingesta de alimentos se convierte en una estrategia inadecuada para el manejo de afectos que, en muchas ocasiones, provocan angustia y ansiedad. El acto físico de comer es visto como un modo de llenar el vacío que sobrecoge a estas personas donde el cuerpo, que se siente 32

vacío, se llena entonces de comida. El refuerzo del cuerpo lleno instaura la dinámica de que el vacío y la ausencia de afectos se substituyen con atracones. Podemos decir que, como afirma su psicóloga, la niña frente a las situaciones que le provocan angustia (como ser la única no invitada a un cumpleaños), sumado a la ausencia de afectos o conductas afectuosas dentro de su familia, se llena y trata de calmar su angustia comiendo (Zukerfeld, 1996).

En quinto grado la niña comenzó con autolesiones, se lastimaba en las muñecas pinchándose con un compás y con un lápiz se lastimaba las manos. También comenzó a frotarse los brazos con una moneda hasta producirse escoriación.

La niña tiene un mal manejo de su agresividad y marcadas dificultades en el control de sus impulsos lo cual, se traduce en frecuentes autoagresiones, descontento y enojo consigo misma, y la lleva a presentar desbordes en distintas áreas de su conducta (Levi, 2006).

El E.O.E. recibió un informe acerca de la alumna realizado por la maestra, el cual refirió que la niña habla de sexo en la clase, pregunta en voz alta “¿Quién quiere tener sexo conmigo? ¿Quién quiere que le haga sexo oral?”

También cuenta que fue a bailar, que tomó cerveza y que quiere drogarse, en frases como: “quiero un paco, quiero drogarme”.

La situación con sus pares no mejoró, siguió sin relacionarse con sus compañeros, no invita a nadie a la casa y no era invitada por nadie. En los recreos se la observaba caminando sola o comprando golosinas en el kiosco.

Como explican Seijas y Feuchtmann en su trabajo *Obesidad: Factores psiquiátricos y psicológicos* (como se cita en Bravo del Toro, 2011) la obesidad es una enfermedad muy visible a los demás que genera la ridiculización de estas personas ya que las personas con sobrepeso viven hoy en una sociedad obeso-fóbica que estigmatiza al obeso. Esto trae consecuencias en la autoestima, alteración en sus relaciones interpersonales a las cuales responden con vergüenza y culpa; lo cual puede desembocar en la reducción de algunas áreas de funcionamiento y afectar la calidad de vida general del individuo.

Los obesos viven sentimientos de desvalorización cotidianos, todos se enfrentan a la misma presión social, lo que no quiere decir que todos la elaboren de la misma manera. Así, de acuerdo a su historia personal y en combinación con los conflictos generados por un medio social hostil, la persona obesa puede o no desarrollar una psicopatía y en algunos casos trastornos alimentarios (Zukerfeld, 2011). 33

En una entrevista con el E.O.E. la niña contaba que se sentía muy sola, que no tenía amigas, que todos la miraban mal porque es gorda y la cargaban y ella se defendía. Refería que estaba en tratamiento con una nutricionista pero que cuando estaba mal no podía seguir la dieta, que la situación en la escuela y en la casa no colaboraban para que ella estuviera bien. Contaba que sus papás se peleaban constantemente, que si se portaba mal o llevaba una mala nota a la casa el papá le pegaba con un cinturón y que nunca le compraban juguetes ni jugaban con ella.

En sexto grado la alumna grado bajó mucho su rendimiento académico. Se la observó quedándose dormida en clase, tuvo agresiones verbales y físicas hacia sus compañeros. Fue suspendida por tres días de no asistencia al colegio por pegarle con una silla en la cabeza a una compañera.

Durante el primer cuatrimestre de séptimo grado la alumna continuó con sus problemas de relación con sus compañeras.

En los recreos se la observó sola, caminando por el patio del colegio comiendo galletitas. Cuando uno se acercaba a hablarle, la alumna no respondía o respondía en forma monosilábica.

Se observaron agresiones y cargadas constantes en los recreos por parte de los compañeros con frases como “gorda fea” “gorda y negra” “gorda deja de comer” a los cuales la alumna respondía en forma de insultos y golpes.

La sociedad actual está sobre preocupada por la apariencia física, la persona con obesidad es juzgada como físicamente menos atractiva, carente de voluntad y conducta, esto lleva a que muchas personas con obesidad desarrollen una imagen corporal negativa.

Dado que las personas obesos no suelen estar satisfechas con su imagen corporal, que frecuentemente se aíslan del contacto social, o no se atreven a iniciar contactos por temor al rechazo, se puede establecer un círculo vicioso donde el comer se transforma en un acto para reducir la insatisfacción y la amenaza de depresión (Zukerfeld, 2011).

En el aula se la observó sentada sola, lejos de sus compañeras, en la última fila de asientos. A las cargadas de sus compañeros respondía con mucha impulsividad y agresión, diciéndoles malas palabras a sus compañeros, tirando en forma violenta cosas en clase y faltándole el respeto a sus docentes.

A raíz de estas situaciones desde el colegio se sanciona siete veces a la alumna . 34

Con respecto al rendimiento académico la alumna tiene la mayoría de las materias con notas bajas.

En una entrevista con el E.O.E. se le pregunta a la alumna por su rendimiento académico, al hablar sobre sus notas bajas la alumna se angustia, se pone a llorar, dice que seguro va a repetir séptimo grado y pide que por favor no se cite a los padres porque la van a retar y su papá le va a pegar.

Cuando se le pregunta qué hace por la tarde, la alumna responde que cuando llega del colegio se tira en la cama y se pone a ver televisión. Refiere que no tiene ganas de estudiar, que no se puede concentrar.

Cuando se le pregunta por qué no trabaja en clase y no realiza las tareas, la alumna responde que los compañeros la cargan constantemente porque es gorda y la molestan.

Como refiere Rodríguez Rossi (2006) la niña pasa muchas horas del día usando los medios de comunicación (computadores, teléfono celular, video juegos, correo electrónico y cámaras digitales) lo cual influye en que no queme calorías y también que esté expuesta a propagandas de anuncios alimentarios que pueden influir en sus preferencias alimentarias.

Desde el E.O.E. se mantiene una entrevista con la psicóloga externa de la alumna la cual refiere que la niña no se siente cómoda en el colegio, se angustia por la discriminación de sus compañeros. Refiere que en su familia los vínculos son muy agresivos y la niña presencia escenas de violencia y agresiones verbales y físicas entre sus padres.

La psicóloga refiere que la niña se angustia mucho respecto a su peso y siente que todos la discriminan porque es obesa. Refiere que con ella trabajan sobre la alimentación y el control de los impulsos y las cantidades de comida pero cuando la niña se angustia o es agredida y discriminada se vuelca hacia la comida para calmar su angustia.

Se mantiene una entrevista con los padres de la alumna y el E.O.E. En la misma el E.O.E. refiere su preocupación por las notas bajas de la niña y por su conducta en la institución. También refiere que están preocupados por la salud de la niña.

Los padres refieren que la niña continúa con el tratamiento nutricional, pero que fue cambiando de nutricionistas porque no eran contenedoras y retaban a la niña porque aumentaba de peso. Los padres refieren que la niña está pesando 107 kg. y está con 35

insulino-resistencia, pero que los malos tratos desde el colegio no colaboran en mejorar la situación.

La madre refiere que el colegio nunca colaboró en que la niña esté integrada a sus compañeros y siempre la discriminó a ella y a su familia por ser obesos y no pertenecer a la misma clase social. Comenta que los padres de las compañeras de la alumna nunca los invitan a eventos y reuniones que realizan y que a su hija ninguna compañera la invita a la casa o a los cumpleaños. Refiere que sienten que los discriminan por su raza y clase sociocultural, a pesar de que ellos tienen una buena posición económica.

Cuando se les pregunta por qué nunca la cambiaron de institución o si la alumna permanecerá en el colegio en la secundaria, relatan que el colegio también tiene cosas buenas, que es un colegio de nombre y reconocido y que tiene un muy buen nivel académico. Por lo cual no la cambiarán a la alumna en la secundaria.

Los padres relatan que todos los problemas de integración de la niña son por culpa de sus compañeros y del colegio.

En ningún momento hay una reflexión acerca del comportamiento de su hija y de la dinámica familiar.

Cuando se les pregunta por sus vínculos familiares el padre refiere que ellos viven para sus hijos, que se ocupan de la educación de sus hijos y que tienen problemas de convivencia como en todas las familias.

Con respecto a él vínculo con sus hermanos la madre refiere que se pelean como todos los hermanos y admite que a veces se pelean con mucha agresión y se lastiman por lo tanto ella debe intervenir castigándolos a todos.

Con respecto al rendimiento académico la madre refiere que le pondrá una maestra particular a la alumna para que levante sus notas.

Desde el E.O.E. se comenta a los padres el pedido de la psicóloga de la niña de realizar un taller sobre discriminación. Los padres están de acuerdo y participarán del mismo.

4.2 Descripción del funcionamiento familiar disfuncional de la niña y sus implicancias en la institución educativa.

El segundo objetivo de este trabajo fue la descripción el funcionamiento familiar disfuncional de la niña y sus implicancias en la institución educativa. 36

Durante el primer grado los padres comenzaron a preocuparse por el desarrollo social de la niña y comenzaron terapia de pareja para poder ayudar a la educación de sus hijos. También llevaron a la niña a realizar tratamiento con una nutricionista y trataron de cambiar hábitos de alimentación. Refirieron que la niña estaba con enuresis y mucha vellosoidad en el cuerpo por lo cual consultaron a un endocrinólogo.

En una entrevista con el E.O.E. el padre de la niña relató que no quería venir a las reuniones del colegio porque no quería hacer sentir mal a su hija, comentó que él pesaba 180 kg., que no podía bajar de peso, que cuando él era chico en su casa el cariño era canalizado por el hecho de comer y su madre adoptiva y su hermano eran obesos y ambos fallecieron por comorbilidades de la obesidad.

El padre recordó que tuvo muchos problemas para cursar la escolaridad, cambiando mucho de escuelas y cuando su madre iba a las reuniones a él le daba vergüenza ya que era analfabeta y obesa.

La madre de la niña comentó que , vino a Argentina a trabajar de empleada doméstica y trabajó en la casa de su actual esposo donde lo conoció.

Acá se puede observar la implicancia de los factores genéticos en la génesis de la enfermedad, ya que riesgo de obesidad de un niño es 4 veces mayor si uno de sus padres es obeso. Así mismo, el patrón de distribución de la grasa corporal sigue también la misma tendencia que el observado en los padres (O" Donnell & Grippo, 2005).

También se puede observar, como sostiene Herrera (1997), que entre las características de las familias disfuncionales se encuentran que sus relaciones se basan en la vergüenza, los padres de los niños obesos han interiorizado sus sentimientos de vergüenza y actúan desvergonzadamente frente a sus hijos. Generalmente los hijos de estas familias se sienten avergonzados.

Durante el segundo grado, la alumna concurrió al colegio con una marca en el brazo. Cuando la maestra le preguntó qué le pasó cuenta que cuando se levantó se peleó con su papá y lo insultó por lo cual el padre le pegó con un cinturón en el brazo izquierdo.

Desde el colegio se cita a los padres para dialogar sobre éste tema. El padre de la niña reconoce que le pegó con un cinturón en el brazo y refirió que su hija es de él y por lo tanto puede hacer lo que él quiera. Desde el colegio se aclaró que de volverse a repetir ésta situación tienen la obligación de actuar en consecuencia y hacer una denuncia. 37

Tal como sostiene (Corsi, 1995) la violencia doméstica o intrafamiliar, es la que se ejerce a cualquier miembro de la familia por otros. Ésta tiene formas solapadas de manifestarse, bajo la justificación de que lo que sucede en el marco familiar es privado, y que cada familia impone sus reglas de respeto y de relación entre sus miembros, por lo que bajo ese tapiz existe un número importante de víctimas.

En el caso de los niños que no sólo son testigos del maltrato hacia su madre sino que, a la vez, también son víctimas de esa violencia, la pérdida es todavía más desequilibrante, pues afecta al sentimiento de seguridad y de confianza en el mundo y en las personas que lo rodean. Máxime cuando el agresor es su propio padre, figura central y de referencia para el niño y la violencia ocurre dentro de su propio hogar, lugar de refugio y protección (Corsi, 1995).

Durante el tercer grado, en una entrevista con el E.O.E. la niña cuenta que su mamá viajó a realizarse cirugías estéticas y que su papá tiene una amante que en la ausencia de su madre la lleva a su casa. También refiere que en ausencia de la madre su padre le habla mal de su madre y le pide que no le cuente las cosas que ve y de las “amigas” que trae a la casa.

Según Galperín (1996), en las familias disfuncionales los niños pueden ser llamados a jugar un papel de adultos, por ejemplo, como contenedor de las quejas del padre respecto de la madre como en éste caso de la niña, o a tomar decisiones que no están en condiciones de hacer porque corresponden a responsabilidades adultas como contarle o no a su madre las infidelidades de su padre. Suelen ser hijos que están obligados a asumir el doble papel de padres y de hijos.

El E.O.E. mantiene una entrevista con la psicóloga de la niña la cual refería que la niña vivía en un ambiente promiscuo y de violencia. Contaba que el padre de la niña tenía una colección de cinturones con los cuales amenazaba y les pegaba a los hijos. Refería que el señor era infiel y la madre de la niña lo sabía y eso la angustiaba mucho. Refería que en el consultorio se vivía un clima de mucha agresión entre los padres de la niña, que así era imposible trabajar.

Observaba que la alumna no se conectaba con su tristeza sino que la actuaba, tenía una relación simbiótica con la madre de competencia y una identificación con el padre a través de su obesidad.

Refería mucha dificultad en la madre para ponerles límites a sus hijos.

Observaba que el padre asistía barbudo y mal aseado a las entrevistas y una vez le rompió un sillón del consultorio al levantarse. 38

Como refieren Cabello y Zúñiga (2007) uno de los factores de la génesis de la obesidad se relaciona con los eventos de vida estresantes donde se utiliza la comida como refugio para compensar frustraciones, depresión, necesidades y temores. Aún más, los hábitos alimenticios familiares son un fuerte detonador de la obesidad.

En los eventos familiares estresantes juegan un papel fundamental en la génesis y mantenimiento de la obesidad infantil, la cual se vincula con una dinámica familiar disfuncional. Podría pensarse que la obesidad de la niña está correlacionada con un nivel alto de problemática familiar, donde la enfermedad de la niña funciona como un medio para aminorar los conflictos y tensiones que se propician por dicha dinámica; donde la obesidad de la niña se encuentra asociada con la salud mental de los otros miembros de la familia y con el funcionamiento de ésta (López & Macilla, 2000).

Como explica Galperín (1996) los miembros de las familias disfuncionales establecen relaciones simbióticas que impiden crecer y ser, como es el caso de la niña con su mamá. Por lo tanto la alumna es incapaz de conectarse con sus propios sentimientos y consigo misma diferenciadamente de su madre.

La familia de la niña se presenta sin posibilidad de disenso o independencia de criterio. No presentan roles definidos, gustos o intereses individuales, del mismo modo que se complica reconocer los espacios de cada uno. Según Levi (2006), se observa que estas familias aglutinadas dificultan la individuación y autonomía. Las figuras maternas aparecen muy absorbentes, pidiéndoles a los hijos compromiso y capacidad de decisión no acordes al rol y la capacidad filial. Comúnmente, los padres están ausentes en el desarrollo de sus hijos, presentan una modalidad de participación en la crianza que no favorece la delimitación de los espacios y por ende, la diferenciación.

Durante el tercer grado, en una entrevista con el E.O.E. los padres de la niña cuentan que se incorporó a la casa un medio hermano de la niña de una relación extra matrimonial del padre. El niño acudió a la casa de su tras una violenta discusión con su madre. Cabe destacar que nadie en la familia sabía de la existencia del niño.

Cuando el niño apareció en la casa lo recibió el padre de la niña, los hijos dormían, y al despertarse se encontraron con un nuevo integrante de la familia.

La madre de la niña cuenta que el niño apareció en la casa con poca ropa, mal vestido y sin asear. Relata que el padre de la niña estaba contento con su llegada y lo llevaba a visitar prostíbulos. La madre de la niña estaba preocupada porque el niño no tenía educación, se bañaba con la puerta del baño abierta, abría la puerta cuando uno estaba en el baño y se masturbaba dejando el piso del baño sucio. 39

Desde el E.O.E. se sugirió que los papás de la niña busquen ayuda en una orientación a padres y que la niña continúe en tratamiento psicológico como condición para seguir en la institución, mientras tanto se mantuvo su matrícula condicionada.

Tal como sostienen Minuchin y Fishman (1981), éste tipo de familias psicósomáticas, son consideradas como enmarañadas, sobreprotectoras, rígidas, incapaces de resolver los conflictos, con marcada tendencia a utilizar el síntoma de un hijo para prevenir el cambio y evitar el conflicto.

Como sostiene Herrera (1997) entre las características de las familias disfuncionales se encuentra la negación, niegan sus problemas y por lo mismo los problemas nunca se resuelven.

Durante el cuarto grado, desde el E.O.E. se mantiene una entrevista con la psicóloga externa de la alumna la cual refiere que la niña no se siente cómoda en el colegio, se angustia por la discriminación de sus compañeros. Refiere que en su familia los vínculos son muy agresivos y la niña presencia escenas de violencia y agresiones verbales y físicas entre sus padres.

Refiere que en su familia la vinculación de afecto pasa por el dinero, el padre les compra todo en cantidad (dos teléfonos celulares para cada uno) y la niña trata de vincularse con sus pares mediante la agresión y el dinero. Les compra regalos a sus compañeras y golosinas en los recreos.

Comenta que la relación con sus hermanos también es de mucha agresión y peleas. Si bien la niña en el colegio defiende a su hermana menor si alguien la lastima.

Relata que en la familia de la niña el cumplimiento de roles es inadecuado y que hay poco filtro de los adultos para con los niños. No hay un cuidado de los niños en relación a lo que se ve y se cuenta en la familia. La niña ve a las amantes de su papá cuando su mamá está de viaje y en la casa y el auto hay preservativos y elementos sexuales al alcance de los niños.

Como sostiene Herrera (1997) una de las características de las familias disfuncionales es que tienen reglas rígidas así como los roles que también son rígidos y estáticos.

Como explica Galperín (1996) en éstas familias sus miembros tienen mucha dificultad en la socialización porque les cuesta desprenderse e integrarse al mundo exterior de acuerdo con el modelo familiar; cuanto más sobrecargadas están las relaciones adentro de la familia más empobrecidas están con el afuera. 40

En una entrevista con el E.O.E. la niña cuenta que se sentía muy sola, que no tenía amigas, que todos la miraban mal porque es gorda y la cargaban y ella se defendía. Refería que estaba en tratamiento con una nutricionista pero que cuando estaba mal no podía seguir la dieta, que la situación en la escuela y en la casa no colaboraban para que ella estuviera bien. Contaba que sus papás se peleaban constantemente, que si se portaba mal o llevaba una mala nota a la casa el papá le pegaba y que nunca le compraban juguetes ni jugaban con ella.

Como explican Huerta, Valadez y Sánchez (2001) un ambiente intrafamiliar adverso, como en este caso de peleas entre los padres y violencia del padre hacia la niña, viviéndose en un ambiente de agresión y hostilidad puede condicionar a la niña a una mayor ingesta de alimentos como mecanismo compensatorio.

Como sostiene Galperín (1996) en las familias disfuncionales el poder es muy rígido y el miembro de la familia que tiene el poder es reconocido y aceptado por los otros miembros como dominante. Como es el caso del padre de la niña que ejerce el poder mediante la agresión y violencia hacia la niña.

Durante séptimo grado se observó, con respecto a su rendimiento académico, que la alumna tenía la mayoría de las materias con notas bajas.

Una de las razones que trae como consecuencia el bajo rendimiento escolar de la alumna es el ambiente familiar desfavorable, ya que dicha situación impide u obstaculiza el compromiso de los padres con el trabajo formativo que se realiza en la escuela, especialmente en el ámbito del disciplinamiento, facilitando con ello el desarrollo de conductas transgresoras y la negligencia escolar. Como sostiene Foster, en su trabajo *Problemas en el desempeño escolar y su relación con el funcionalismo familiar en alumnos de EGB* (como se cita en Paz, 2007) algunas patologías orgánicas y sus somatizaciones tienen como sustrato la disfunción familiar.

Podemos observar en éste caso que la percepción de la realidad de la familia, es decir la visión del mundo compartida por sus miembros, tiene un alto nivel de fantasía y de negación, donde en ningún momento hay una reflexión acerca del comportamiento de su hija y de la dinámica familiar, sino se le echa toda la culpa del padecimiento de la niña al colegio y a sus compañeros (Galperín, 1996). 41

4.3 Descripción de las estrategias de intervenciones psicológicas educativas realizadas desde el colegio, para mejorar su salud, su integración social y su comportamiento en la institución.

El tercer objetivo de este trabajo fue la descripción de las estrategias de intervenciones psicológicas educativas realizadas desde el colegio, para mejorar su salud, su integración social y su comportamiento en la institución.

A todos los trastornos físicos hay que sumarles los problemas psicológicos provocados por la discriminación que sufre en la escuela y las dificultades para relacionarse con sus compañeros. En la infancia sobre todo, el efecto de ser obeso puede convertirse en un gran problema para el niño debido a la baja autoestima, los bajos resultados en el colegio y la introversión, a menudo seguida de rechazo social (Bresh, 2006).

En el caso de la niña podemos afirmar que tiene un problema de salud que es su obesidad, problemas para relacionarse con sus compañeros, imposibilidad de realizar el común de las actividades que realizan sus compañeros en actividad física, mala conducta frente a sus compañeros y docentes y bajo rendimiento académico sumado a los problemas familiares que presenta como violencia intrafamiliar, malos hábitos alimentarios en su hogar, agresividad en los vínculos con sus padres y hermanos mediados por los insultos y los golpes faltando el diálogo y la comunicación.

Como primera intervención, en primer grado, el E.O.E. tuvo una entrevista con los padres de la niña acerca del mal comportamiento y de las transgresiones verbales. Desde el E.O.E se sugirió la intervención de ayuda psicológica a los efectos de mejorar la situación, lo cual según Cormillot (1991), dada la evolución de la obesidad infantil resulta importante trabajar en el área psicológica y social que actualmente es escasa para poder comprender los distintos aspectos que se ponen en juego en esta patología a la hora de tratarla.

Con respecto a las quejas de los padres de sus compañeros respecto de transgresiones verbales de la niña referidas al sexo y los calificativos negativos a sus compañeros, los insultos y amenazas con frases como como “voy a mandar a matar a tu familia”, desde el colegio no se realizó ninguna intervención más que citar a los padres contándole lo sucedido y retar a la niña

Durante el segundo grado se observaron episodios de falta de control en los impulsos en las clases de inglés, en los cuales se descontrolaba totalmente y comenzaba a tirar los bancos y a pegarles a sus compañeras. 42

Frente a ésta situación, la decisión de los directivos de la escuela fue cambiarla de curso durante las clases de inglés, por la tarde, y colocarla en un curso donde era la única nena. El E.O.E se comunicó con la psicóloga de la niña para contarle lo ocurrido y se acordó, junto con el E.O.E. un control psiquiátrico para la alumna.

Cuando la alumna concurrió al colegio con una marca en el brazo y la maestra le preguntó qué le había pasado, la niña contó que cuando se levantó se peleó con su papá y lo insultó por lo cual el padre le pegó con un cinturón en el brazo izquierdo.

Desde el colegio se citó a los padres para dialogar sobre este tema y se aclaró que de volverse a repetir ésta situación tenían la obligación de actuar en consecuencia y hacer la denuncia correspondiente.

También el E.O.E se comunicó con la psicóloga de la niña para comunicarle lo sucedido y la misma afirmó que hablará con los padres y de volverse a repetir ésta situación también hará la denuncia correspondiente.

Durante tercer grado se observó que la niña perturba la clase constantemente con intervenciones fuera de lugar, lo que se hizo desde el colegio fue retar a la niña, mandarla a dirección y ponerle notas en el cuaderno a sus padres.

Durante cuarto grado, las únicas intervenciones que se realizaron desde el colegio fueron entrevistas con los padres de la niña y con la psicóloga externa de la alumna frente a las situaciones de agresión de la niña con sus compañeros.

Durante quinto grado, desde el E.O.E. se organizó un taller de “alimentación saludable” dictado por una médica nutricionistas al cual asistieron los alumnos de 5°, 6° y 7° grado con sus padres, docentes y directivos de la institución.

En el contexto del taller escolar, la educación nutricional estaría considerada como un elemento básico al proporcionar los conocimientos teóricos sobre alimentación y nutrición, cuyo objetivo primordial fue que los alumnos adquiriesen conceptos claros sobre el valor nutritivo de los distintos grupos de alimentos y hábitos de alimentación saludables.

Otra de las tareas llevadas a cabo por el taller fue realizar menús escolares de adecuado valor nutricional, teniendo en cuenta la etapa de desarrollo de los niños, sus necesidades nutricionales, hábitos y costumbres.

Otro de los objetivos del taller fue que los niños se pongan en contacto con los alimentos, para lo cual se realizó un taller de cocina.

El último objetivo del taller fue considerar diferentes propuestas en lo que respecta a la venta de alimentos en el kiosco escolar. Se propuso implementar las 43

colaciones saludables tales como frutas, ensalada de fruta, yogurts, barritas de cereal, paquetitos de frutas secas, gelatinas, jugos y gaseosas light.

En este caso el taller estuvo enfocado en la “alimentación saludable” y no en la promoción de la actividad física. Tampoco se trabajó sobre lo que es la obesidad infantil ni sobre la discriminación hacia ésta patología, lo cual a mi entender hubiera ayudado a la niña.

Como sostiene Castillo Ureña (2007) la escuela además de transmitir conocimientos, colabora en el desarrollo psíquico y personal de los niños y niñas, siendo la salud el bien máspreciado y un derecho que tenemos todos y todas. Por lo tanto la escuela ofrece un ámbito apropiado para prevenir y tratar la obesidad. Mediante la escuela se puede influir en las conductas alimentarias y en los niveles de actividad física, fomentando y creando hábitos de vida saludables mediante la concientización de hacer una dieta sana, participando del mismo toda la comunidad educativa: profesorado, alumnado y familia. También se debe concientizar a los alumnos y docentes de qué es la obesidad infantil y su riesgo para la salud y de la importancia que los educadores tienen en este campo, creando un entorno escolar que favorezca una alimentación equilibrada y la práctica frecuente de actividad física y sobre todo previniendo y trabajando sobre la discriminación hacia ésta patología.

Como explican Himes y Dietz (1994) la escuela es un ámbito educativo de mucha influencia en los hábitos alimentarios saludables y es responsable de colaborar con el desarrollo psíquico y personal de los niños, siendo la salud el bien máspreciado. Por lo tanto la escuela debe promover y brindar el espacio para prevenir y tratar la obesidad.

Durante sexto grado, se mantuvo una entrevista con el E.O.E. y los padres de la niña, la cual figura en el legajo psicopedagógico de la alumna, en la cual los padres cuentan que se incorporó a la casa un medio hermano de la niña de una relación extra matrimonial del padre, desde el E.O.E. se sugirió que los papás de la niña busquen ayuda en una orientación a padres y que la niña continúe en tratamiento psicológico como condición para seguir en la institución.

También, desde el E.O.E., se realizó un taller de educación física realizado por los profesores de educación física del colegio, al cual asistieron los alumnos de 5°, 6° y 7° grado con sus padres, docentes y directivos de la institución.

Como objetivo de sensibilizar acerca de la importancia en el desarrollo cognitivo, social-afectivo y motor que tiene la asignatura. 44

Otro objetivo del taller fue comunicar el aumento de la cantidad de horas por semana de educación física y la implementación de recreos activos, implementando la incorporación de música en los recreos para incrementar el baile y con ello el incremento de actividad física en las mujeres y la implementación de un profesor de educación física en los recreos para los alumnos que quisieran jugar al vóley o al fútbol. También se implementaron talleres opcionales por la tarde de fútbol, vóley, jockey y baile. A los cuales los alumnos pueden quedarse, dos veces por semana, sin ningún costo adicional.

Durante séptimo grado se observó a la niña en el aula sentada sola, lejos de sus compañeras, en la última fila de asientos. A las cargadas de sus compañeros respondía con mucha impulsividad y agresión, diciéndoles malas palabras a sus compañeros, tirando en forma violenta cosas en clase y faltándole el respeto a sus docentes.

A raíz de estas situaciones desde el colegio se sanciona siete veces a la alumna desde . Luego se realizan entrevistas a los padres de la niña y a la niña por su conducta en la institución y por sus bajas notas.

También se realiza, a pedido de la psicóloga de la alumna, un taller sobre discriminación al cual asistieron los alumnos de 7° grado, maestros, directivos, E.O.E., padres de los alumnos y la psicóloga de alumna.

El objetivo del taller fue pensar la discriminación como un problema social y, específicamente, pensar la problemática de la discriminación a personas ya sea por su raza, condición social, enfermedad o discapacidad. A partir de la reflexión y el debate buscamos repensar las prácticas que tienden a discriminar por diversos motivos.

El taller tuvo tres momentos:

- Presentación de la problemática por el E.O.E., luego cada alumno relató diferentes experiencias sobre la problemática de la discriminación. Todos los estudiantes relataron algún hecho de discriminación sufrido en la escuela. Luego se plantearon diferentes tipos de discriminación y cómo la discriminación está presente tanto dentro de la escuela como en el aula.
- Discusión en Grupos. Se discutió en tres grupos compuestos por alumnos, padres y maestros a partir de la definición los siguientes temas: discriminación, bullying, aceptación de las diferencias, prejuicios, consecuencias de la discriminación.
- Finalmente se realizó un espacio de conclusión y fin del taller donde cada uno exponía lo trabajado en los grupos y una reflexión sobre el tema trabajado. 45

5. CONCLUSIÓN

A lo largo de este trabajo, se ha intentado describir un caso de una niña de 12 años que padece obesidad infantil, su funcionamiento familiar disfuncional familiar y las implicancias que esto trae aparejado en la institución educativa a la cual asiste.

Podemos entender que la familia es un contexto de gran influencia en el desarrollo de las personas, y en este sentido señala Galperín, (1996) que es el grupo familiar el ámbito primero de socialización del ser humano.

Como ha sido señalado a lo largo del trabajo, la obesidad es un problema complejo de salud pública de etiología multifactorial en la que intervienen factores genéticos, socioeconómicos, médicos y psicológicos. No solo el factor familiar es el causante de esta enfermedad, pero este trabajo se ha centrado principalmente en los factores familiares que inciden en la enfermedad, más allá de que por sí solos no alcanzan para desencadenarla.

También es importante el factor social y cómo la escuela puede contribuir realizando intervenciones para poder prevenir y tratar el problema de la obesidad infantil, en una sociedad en la cual estamos en presencia de inadecuados estilos de vida. Está claro que una serie de hábitos alimentarios que se fundan en el exceso de consumo de sustancias pueden dañar el organismo. Hay un entorno urbano y tecnológico, en tanto, que acentúa la tendencia, al propiciar el sedentarismo. Contamos con una enorme cantidad de barreras al movimiento, los nuevos edificios prácticamente esconden las escaleras y en los shoppings o las estaciones de subte tenemos la opción de subir y bajar por las mecánicas, sumado al tiempo que pasamos frente al celular, la play, la TV o la computadora que suelen ser horas sin movimientos. Sumado a las propagandas que proponen las grandes empresas alimentarias de comida chatarra y la gran oferta de golosinas y gaseosas que encontramos en los kioscos de las escuelas.

Por eso es importante entender al ser humano como un sujeto biopsicosocial, como una unidad; por lo tanto para comprender esta enfermedad es fundamental tener en cuenta a la persona que padece, su personalidad, sus vínculos tempranos y la funcionalidad familiar de la cual es parte.

Se pudo observar que en la familia de la niña, tanto el padre como sus dos hermanos también padecen obesidad aunque en menor grado que la niña del caso.

Podemos inferir que la familia de la niña es una familia disfuncional en la cual se dificulta e impide el desprendimiento de sus hijos y su socialización y tienden a 46

retenerlos; a veces con mensajes contradictorios en que por un lado lo estimulan a salir pero por el otro se lo impiden.

En relación a esto, Minuchin (1974) sostiene que existe una tendencia en estas familias disfuncionales a utilizar a sus hijos como agente desviador de los conflictos conyugales. Cada miembro se sobreocupa con un tercero para evadir las dificultades de pareja; generalmente la madre entregándose en exceso a sus hijos y el padre dedicándose al trabajo e involucrándose en actividades en su tiempo libre.

El perfil de la familia de esta niña puede describirse como una familia disfuncional que sostienen las apariencias a cualquier precio, como una familia encerrada en sí mismas que teme al mundo exterior unida por un funcionamiento patológico, que centra toda su voluntad en tratar de evitar conflictos internos y mostrarse como perfecta, lo cual aparece en las entrevistas de los padres de la niña con el E.O.E. Con respecto a esto, Minuchin y Fishman (1981) sostienen que estas familias tienen una enorme preocupación por mantener la paz o evitar los conflictos, parecen enteramente normales, la familia “ideal”.

Se podría observar que en ésta familia se carece de una estructura sólida de autoridad familiar y es inadecuada la percepción de la importancia de la disciplina y el método, dificultando el desarrollo de actitudes de disciplina familiar, toma de decisiones y organización familiar, con la consecuente falla en el cuidado de la salud y el uso adecuado del tiempo libre. Esto se ve reflejado en los golpes y las agresiones del padre hacia los hijos, en la falta de planificación de actividades al aire libre que contribuyan a la mejora de la patología que padecen la mayoría de los miembros de la familia, donde la niña llega del colegio y se pasa toda la tarde acostada viendo la tele y comiendo y no hay un adulto que controle ésta situación. Estas condiciones de la familia podrían ser un factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad.

También se puede observar un pobre sistema de valores adecuado para la educación de los hijos y, en consecuencia se propicia un desorden en los hábitos de alimentación, menor proclividad a la actividad física y menor conciencia del autocuidado, autoestima y conductas inadecuadas que contribuyen a mantener su obesidad.

La estructura interna de la familia de la niña y de la pareja de sus padres, potencialmente disfuncional, tiene como repercusión un aislamiento de la niña de su entorno sociocultural que le impide una socialización adecuada con sus pares en la 47

escuela, con el consecuente rechazo de sus compañeros. Estas circunstancias le generan angustia y ansiedad, que contribuyen a aumentar o mantener su problema de obesidad.

Los movimientos familiares de esta familia se caracterizan principalmente por aglutinamiento y sobreprotección, generalmente de la mamá con sus hijos, frente a la aparición de cualquier tensión o posibilidad de discusión, que son vistos como peligrosos y como amenazas a la unidad familiar, por lo tanto la imagen de la familia aparece como armoniosa. Desde este punto vista, el síntoma de la niña tiene una potente función protectora para evitar el conflicto donde probablemente la enfermedad de la hija justifica cualquier otro problema familiar. Por consiguiente esto les permite a los padres eludir la responsabilidad de afrontar sus propios conflictos ya que la enfermedad oculta cualquier tensión.

Uno de los aspectos más destacados de la obesidad radica en la posibilidad de prevenirla o reducir los factores de riesgos que la misma implica para la salud. Por ello, llevar a cabo medidas preventivas desde edades tempranas es una buena opción para los problemas, cada vez más comunes, de sobrepeso y obesidad.

Se considera que la escuela representa un excelente ámbito para la promoción de hábitos alimentarios y estilos de vida más saludable para el niño y la familia. Asimismo, se destaca la necesidad de desarrollar un abordaje integral que incluya distintos actores sociales vinculados con el cuidado de la salud y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

Por lo tanto se considera que tanto para la escuela como para la familia la enfermedad de la niña es el único conflicto visible y la causa de todos sus problemas vinculares, de conducta y de aprendizaje. Motivo por el cual las intervenciones desde el colegio fueron destinadas a mejorar la salud de la niña, realizando talleres de alimentación saludable, actividad física y discriminación. También se realizaron las intervenciones adecuadas como la derivación de la niña a tratamiento psicológico y a los padres de la niña a orientación a padres.

En función de lo aquí planteada, se considera que el modo más efectivo para pensar en la recuperación de la niña, es a través de un tratamiento integrado de enfoque sistémico, con el objetivo de que todos los integrantes de la familia comprendan porque en un momento dado, uno de ellos “enfermó”. Es necesario que dicho tratamiento incluya una terapia individual para la niña, una terapia familiar y una terapia de pareja para los padres. 48

También una de las motivaciones para realizar este trabajo fue la gran cantidad de alumnos con sobrepeso y obesidad en la institución educativa, si bien el caso de la niña es el más grave y el que causa más problemas en la institución. Me pareció interesante enfocarlo desde el lado de las intervenciones psicopedagógicas y me parecieron adecuadas y acertadas las intervenciones de los talleres de alimentación saludable y promoción de la actividad física ya que uno de los pilares para prevenir y combatir la epidemia de la obesidad es la educación, ya que con la educación uno puede elegir y al conocer los alimentos saludables uno puede hacer una buena elección de nutrientes. También es interesante ya que la escuela es el ámbito en el cual los niños pasan la mayor parte de su tiempo y no debe ser un entorno obesógeno, fomentando el sedentarismo y la oferta de alimentos.

A mi entender faltaron más talleres o encuentros con los compañeros y los padres de los mismos para trabajar desde la escuela y desde la casa de los alumnos la discriminación. Una de las intervenciones que podría haber utilizado desde el E.O.E. con la niña es interrumpir el circuito formado por las soluciones intentadas de la niña y modificar lo que venía haciendo hasta ahora. La niña respondía siempre de la misma manera a la discriminación y cargadas de sus compañeros, con insultos, enojo y agresiones. Una intervención sería enfrentar el problema de diferente manera. Puede ser mediante un aviso a la maestra y que la docente intervenga parando la clase y hablando de lo sucedido, puede ser llenando la gabinete psicopedagógico a hablar con los psicólogos, realizar una charla entre todo el grupo con los docentes (Waistein, 2000).

Otra intervención posible sería el uso de relatos con lenguaje metafórico que pueda mostrarle a los compañeros cómo se siente una persona discriminada, que esta sola en el colegio y molestan constantemente sus compañeros con los que pasa la mayor parte del día. A veces los niños no llegan a ponerse en el lugar del otro o a entender el sufrimiento que pueden causar a otro compañero (Waistein, 2000).

Por lo que conocí a la escuela, es una institución de gente de clase media-alta, en la cual abunda la discriminación no solamente respecto del aspecto físico sino del económico. También es una escuela muy grande, de gran cantidad de alumnos por aula, en la cual es difícil centrarse en la problemática individual y el seguimiento de cada alumno, si bien el gabinete psicopedagógico hace lo que está a su alcance. En el caso de esta niña los integrantes del gabinete piensan que hubiera sido oportuno cambiarla a una institución más chica, con menos alumnos y de familias y alumnos más integradores. 49

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bertalanffy, L. (1976). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de la cultura económica.
- Bravo Del Toro, A., Espinosa Rodríguez, T., Mancilla Arroyo, L., Tello Recillas, M., & Tello Recillas, M. (2011). Rasgos de personalidad en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16, 115-123.
- Bresh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(4), 537-546.
- Cabello G. M. y Zúñiga Z. J. (2007). Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. *Ciencia UANL*, 10(2), 183-188.
- Cañamares, Esteban. (2002). *¿ Por qué no puedo adelgazar? Causas psicológicas de la obesidad*. Editorial ALGABA. España.
- Calvo E. (1993-1996). *Estudios antropométricos en la población infanto-juvenil*. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.
- Castillo Ureña, M. J. (2007). *Prevención de la Obesidad Infantil desde la escuela*. *Revista digital: Práctica docente*, 7, 133-141.
- CIE 10 (1994). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Meditor: Madrid.
- Cormillot, A. (1991). *El Arte de Adelgazar*. Buenos Aires: Paidós.
- Corsi, J. (1995). *Violencia intrafamiliar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. México: Paidós.
- Domínguez Vásquez, P., Olivares, S. y Santos J.L. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Caracas ALAN*, 58 (3).
- Durá Travé, T. F. y Sánchez Valverde Visus, F. (2005). Obesidad infantil: ¿un problema de educación individual, familiar o social. *Acta Pediátrica*. España. 63, 204-207.
- Durán, P. & Carmuega, E. (2000). Valoración del estado nutricional en niños y adolescentes. *Boletín Cesni*, 9, 7-10.
- Feler, M. Y. (2006). *Obesidad, hábitos alimentarios y actividad física en escolares*. *Tesinas*.
- Galperín, C. Z. (1996). *Modalidades de funcionamiento familiar*. Buenos Aires: Editorial de Belgrano.
- Glasserman, M. R (2008). *Familias gravemente perturbadas: una clínica sin clausuras*. Buenos Aires: Lugar Editorial. 50

- Herscovici, C; Bay, L. (1999). *Anorexia nerviosa y Bulimia: amenazas a la autonomía*. Buenos Aires: Paidós.
- Horwitz N. (1990). Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. *OPS* 6(1).
- Juiz de trogliero, C. y Morasso, M.C. (2002). Obesidad y nivel socioeconómico en escolares y adolescentes de la ciudad de Salta. *Arch Agent Pediatr*; 100(5).
- Kovalskys, I., Bay, L., Rausch Herscovici, C. y Berner, E. (2003). Prevalencia de obesidad en una población de 10 a 19 años en la consulta pediátrica. *Arch Agent. Pediatr*; 101(6).
- Levi P. (2006) *Vínculos tempranos y niños obesos*. Bs.As. Trabajo presentado en la Licenciatura de Psicomotricidad (UNTREF).
- López, A. & Mancilla, D. (2000). La estructura familiar y la comunicación en obesos y normopeso. *Revista Mexicana de Psicología*, 17, 65-75.
- Minuchin, S. (1974) en Sluzki, C.: *Familia en Vidal, G* (1977). Enciclopedia de Psiquiatría. Buenos Aires: El Ateneo.
- Minuchin, S. & Fishman, C. H. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- O'Donnell A, Carmuega E. (1998). La transición epidemiológica y la situación nutricional de nuestros niños. *Boletín CESNI*.
- O'Donnell, A. & Grippo, B. (2005). *Obesidad en la niñez y la adolescencia*. Buenos Aires: Científica Interamericana.
- Organización mundial de la Salud. (s.f.). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Recuperado el 10 de Mayo de 2012, de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>
- Paz, S. (2007). Problemas en el desempeño escolar y su relación con el funcionalismo familiar en alumnos de EGB. *Revista de la Facultad de Medicina* 8(1), 27.
- Rodríguez Rossi, R. (2006). La obesidad infantil y los efectos de los medios electrónicos de comunicación. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 002, 95-98.
- Rodríguez Orozco, A. R. et al. (2009). El sistema familiar y el niño alérgico. Apuntes sobre el papel del síntoma en el funcionamiento familiar. *Revista alergia México*, 56(6), 217-222.
- Roggiero E. Obesidad Infantil. En: Torresani M. (2001). *Cuidado nutricional pediátrico*. Buenos Aires: Ed Eudeba; Pp 453-465. 51

- Rojas Montenegro, C. (1999). *Obesidad en Nutrición Clínica y Gastroenterología pediátrica*. Bogotá: Ed. Médica Internacional.
- Sandoval-Montes et al. (2010). Obesidad en niños de 6 a 9 años. Factores socioeconómicos, demográficos y disfunción familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 48 (5), 485-490.
- S.A.O.T.A. (2010). *Inactividad física en niños obesos. ¿Es el vínculo temprano un determinante en su génesis y mantenimiento?* Recuperado el 15 de Mayo de 2012, de <http://www.saota.org.ar/web/index.php>
- Valadez Figueroa, I. (2008). *Violencia escolar: maltrato entre iguales en escuelas secundarias de la zona metropolitana de Guadalajara*. Informe de estudio, México.
- Wabitsch, M. (2000). Overweight and obesity in European children: definition and diagnostic procedures, risk factors and consequences for later health outcome. *European Journal of Pediatrics*; 159: (Suppl) S 8-S 13.
- Wainstein, M. (2000). *Intervenciones con individuos, parejas, familias y organizaciones*. Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Zukerfeld, R. (2011). *Psicoterapia en la obesidad*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Zukerfeld, R. (1996). *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Zukerfeld, Rubén. (2002). Psicoterapia psicoanalítica y obesidad. *Revista Actualidad Psicológica*, N° 300. Agosto 2002.