

56
2ij



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**PROPUESTA DE INTERVENCION PARA EL
ADOLESCENTE OBESO**

T E S I N A

PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

MARGARITA COLMENARES BARON

DIRECTORA DE TESINA: MAESTRA. AMALIA MAZA AGUIRRE



MEXICO, D. F.

1986

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Con profundo agradecimiento:

**A la Facultad de Psicología
y sus docentes de los que guardo un gran cariño.**

**A mi querido maestro A. Hill,
por su gran ayuda a la
realización de este trabajo.**

**A los sinodales del jurado por sus
ceteras observaciones .**

**Dra. Gilda Gómez Perez Mitre
Lic. Alma Mireia López Arce Coria
Mtra. Asunción Valenzuela Cota
Mtra. Amalia Maza Aguirre
Mtra. Rocío Avendaño Sandoval.**

Al C.U.M. Centro Universitario México
Lugar de mi trabajo, donde tomé aprecio a
los adolescentes.

Al rector de CUMDES.
Universidad Marista:
Lic. Miguel López y López.
Que puso a mi alcance la oportunidad de
ejercer mis intereses profesionales.

A MIS HIJAS :
Adriana y Mónica
quienes me animaron
entusiastas en este
compromiso de mi vida.

A MI ESPOSO:

Agustín Morales Yáñez
por el apoyo brindado en el camino
que juntos hemos recorrido.

A MI MADRE:

Lolita, que con su paciencia y tolerancia ha
sabido ser mi mejor amiga.

A MIS HERMANOS:

Raúl (actuario)
Paco (Adm.de Empresas)
Nato (Lic. en Derecho)
Toño (actuario)

A mis alumnos queridos

los que han pasado y los que pasarán por mi
clase.

**APRENDE DE LOS FUERTES, DE LOS ACTIVOS DE
LOS AUDACES, DE LOS VALIENTES, DE LOS
ENERGICOS, DE LOS QUE NO POSEEN PRETEXTOS,
DE LOS QUE NO CONOCEN DIFICULTADES**

**TU ERES LA CAUSA DE TODO LO QUE TE
ACONGOJA, DE TU GORDURA, DE TU ESCASEZ, DE
TU MALA SITUACION DE TUS DIFICULTADES, DE
TUS DESDICHAS, LA CAUSA DE TODO LO ERES TU**

**LEVANTATE, ANIMATE, APURATE, MUEVETE,
NIVELATE**

Y

TRIUNFA !

INDICE

	Pag.
INTRODUCCION	7
CAPITULO 1	
OBESIDAD.	11
1.1. Definición y Concepto.	13
1.2. Etiopatogenia	16
1.3. Clasificación	18
1.4. Sintomatología	19
1.5. Aspectos Psicológicos .	21
1.5.1.Desórdenes de la Conducta Alimentaria. Hiperfagia C.I.E. 10	29
CAPITULO 2	
ADOLESCENCIA	36
2.1. Concepto y definición	36
2.2. Antecedentes.	39
2.3. Clasificación	42
2.4. Teoría de Erickson	46
2.4.1. Etapas.	48
CAPITULO 3	
EL ADOLESCENTE OBESO	56
3.1 Características.	60
3.2. Autoconcepto.	68
3.3. Autoestima.	68
CAPITULO 4	
ALTERNATIVAS DE APOYO TERAPEUTICO	70
4.1. Teoría de Rogers.	71
4.2. Propuesta del tratamiento	85
4.2.1. Fases	86
4.3. Metas	95
4.4. Prevención	101
4.5. Conclusiones, Referencias, Bibliografía	103

INTRODUCCION

Es evidente que la sociedad contemporánea muestra un interés creciente por los problemas de la nutrición y la alimentación del hombre. Este plausible interés , motivado sin duda por el legítimo deseo de disfrutar de una vida larga y sana se bloquea por todos los trastornos con respecto a la conducta alimentaria.

Desgraciadamente existe proliferación de toda suerte de recomendaciones dietéticas basadas en mitos y creencias irracionales, con completo olvido de los principios establecidos por el estudio científico de la nutrición y en no pocos casos, en flagrante contradicción con los conocimientos generalmente aceptados y sólidamente documentados que actualmente poseemos.

El objeto de estudio del presente trabajo es la obesidad , debida a la hiperfagia, es decir la ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes, para más adelante diseñar una propuesta de tratamiento para el adolescente obeso tomando como base la Psicoterapia de Carl Rogers.

En el continuo contacto y convivencia con los adolescentes se ha podido observar que la obesidad es causa de alteraciones psicológicas, el adolescente obeso se siente muy sensibilizado acerca de su aspecto y desencadena una falta de confianza en sí mismo, haciendo que su autoestima se minimice. Luego entonces las variables que se propone manejar son :

OBESIDAD ----- AUTOESTIMA

Obesidad : Se parte de una justificada premisa :

La obesidad es una enfermedad, por lo tanto este trabajo está destinado a las personas ansiosas de ahondar en las diferentes causas que desembocan en la obesidad , dando por supuesto énfasis a las de orden psicológico , ya que la implicancia psicósomática representa un gran porcentaje de la enfermedad.

Bajo el concepto de obesidad se conoce un estado en el que el peso del individuo afectado excede en más de 20% al ideal o promedio de lo que correspondería en las mismas circunstancias de edad, talla, sexo y constitución tipológica.

Toda obesidad es ante todo una sobre carga para el organismo en general, propenso a un sinúmero de enfermedades, provoca que su esperanza de vida en un momento determinado sea de 10 años menor a una persona de su misma edad que no sufra obesidad.

Las compañías de seguros de vida han establecido que los hombres que tienen un 10 % de sobrepeso, sobre el llamado ideal, la mortalidad sube un 13 %.

En los enfermos de obesidad que tienen un 20 % de sobrepeso, el índice de mortalidad sube al 25 %. Y los que rebasan el 30 % del peso ideal, la mortalidad se incrementa significativamente sobre todo por problemas cardiovasculares, predisponiendo al individuo a infartos. La posibilidad de infarto en personas obesas aumenta con otras tres condiciones: tabaquismo, vida sedentaria y estrés.

Esto demuestra lo riesgoso de estar obeso, para la salud física. (Datos de las agencias de seguros de vida, en Estados Unidos por lo que no aseguran a los obesos con la misma facilidad que a un delgado).

Se se tomará en cuenta únicamente la obesidad exógena ya que la endógena pertenece al campo de la medicina. Los sujetos preferenciales serán los adolescentes ya a pesar de que cada etapa de la vida tiene su importancia, cabe hacer notar a la ADOLESCENCIA como una etapa crítica para lo cual se señala la Teoría de Erikson donde se sostiene que en esta etapa quedan arraigados muchos hábitos, peligrosos como las compulsiones al tabaco, alcohol, masturbación, al juego y precisamente a estar comiendo. Dichas compulsiones generalmente afectarán por el resto de la vida al ser humano.

Un adolescente obeso vive experiencias desagradables que le afectan psicológicamente deteriorando su autoestima hasta nulificarla en ocasiones y el desarrollo de la autoestima se consolida de manera fundamental en la

adolescencia, ese esquema de autoestima que se forma en la etapa mencionada interfiere en la vida del ser para el futuro.

La motivación fundamental del presente trabajo es conocer al obeso para poderlo ayudar. Conocer las diferentes causas que desembocan en obesidad, así como una intervención terapéutica adecuada para la corrección de la anormalidad y crear conciencia en la sociedad, porque las personas obesas tienen tal vez problemas que vienen desde sus hogares y la forma en que son tratados por sus familiares, amistades y compañeros los perjudica aún más. (Williams P. 1993)

Partiendo de que si una persona es obesa:

- tendrá sentimientos de inadecuación personal y social
- presentará una baja autoestima
- causará entorpecimiento en su desarrollo psicológico.

Este trabajo es importante, vigente y relevante pues tiene una vertiente diferente sobre obesidad , ya que evalúa al paciente, desde varios ángulos resaltando por supuesto el psicológico, como factor inhibidor que interfiere en las relaciones interpersonales (Spielling , 1985)

Es menester pensar en causas de orden psíquico y por medio de este trabajo se tratará de clarificar, lo que existe dentro de una silueta deformada por la grasa :

- rechazo
- autoestima baja
- autocompasión
- depresión (Boures. 1986)

Existen varias teorías que tratan de explicar la etiología de la obesidad, entre ellas, han cobrado particular relevancia aquellas que señalan los conflictos psicológicos como causantes de esta enfermedad.

Al respecto Knight señaló que el deseo de comer en exceso es una búsqueda del pecho materno y al mismo tiempo una forma de agresión en contra de los padres y de la sociedad misma (Knight , 1991)

Es importante enfatizar la multicasualidad del problema, pues son muchos y variados los factores que influyen en el comer compulsivo de los individuos y siendo la adolescencia una etapa tan crítica, donde el ser humano termina por encontrar su identidad (Erickson 1957), se ahondará en como la obesidad afecta en dicha etapa.

El adolescente obeso aparte de todos los cambios fisiológicos y hormonales, puede dentro de los psicológicos sufrir daños diversos que afectarían tal vez toda su vida, como por ejemplo una imagen corporal negativa, pérdida de la autoestima, además de la ansiedad, hostilidad, melancolía o depresión, sentimientos de culpa y sintomatología psicósomática, los cuales afectan sus patrones alimentarios. Es en la etapa de la adolescencia, donde se consolidan costumbres varias, entre ellas las alimentarias que pueden dañar la autoimagen corporal y los rasgos de personalidad de ella derivados. (Malacara , 1992)

Con respecto al enfoque terapéutico se apoyará en la teoría de Carl Rogers, por lo humanista y la forma de tratar al sujeto demandante de ayuda.

El propósito será mostrar a la obesidad como un síntoma, una luz roja que se enciende en la oscuridad, demandando ayuda y entonces sustentar una "Propuesta de Intervención para el adolescente obeso"

CAPITULO I

OBESIDAD

ANTECEDENTES.

Al hacer referencia a la historia de un término, tiene como objetivo notar los aspectos relevantes de como es que se le ha dado atención paulatina a un fenómeno tan viejo como la obesidad.

Comenzaremos por señalar que en la naturaleza NO existe la obesidad. En el reino animal no encontraremos casi ningún rastro de ellas, a no ser entre los animales domésticos y ésto por causas bien conocidas. (Su vida pasiva, sin ejercicio)

Posteriormente , la obesidad mejor conocida ya en las grandes civilizaciones , se limitaba generalmente a los ricos, que debido a su nivel de vida, tenía el privilegio de acceder a una alimentación más refinada.

Contrariamente a lo que podría creerse en un principio, en los tiempos antiguos los ricos eran más gordos que los pobres, no porque comieran más, sino porque comían de manera diferente. Actualmente , ésta tendencia se ha invertido por completo, de modo que la mayoría de los obesos, suelen encontrarse en las categorías más desfavorecidas, mientras que los más delgados se hallan entre la gente de nivel socioeconómico alto. Se ha encontrado que en los grupos de nivel superior los adolescentes eran más altos y más delgados, investigaron que dicha diferencia se debe al estilo de vida que llevan incluyendo , las costumbres alimentarias, la preocupación por su imagen corporal y la actividad física. La ingestión de alimentos es una función conductual que puede resultar en mayor o menor grado de determinantes derivadas de la estructura y la función de la familia.

Para comprender el problema de la obesidad actual, se debería estudiar en el país donde, por su importancia ha adquirido la dimensión de catástrofe nacional : Estados Unidos de América, en donde el 64 % de los norteamericanos tienen sobre peso contra el 28 % en Francia.

En siglos anteriores no existía la obesidad, (Montignac, 1992) y en Estados Unidos la mayoría de los obesos actuales son negros, pero sus primos africanos de los que descienden no lo son. ¿Es acaso entonces que la obesidad es un producto de la civilización?

Se ha tenido que llegar a mediados del siglo XX para que el problema estallara realmente y adquiriera las proporciones inquietantes que tiene en la actualidad.

Los Norteamericanos comenzaron a buscar soluciones al problema de la obesidad a partir de los años treinta. Se creía que el organismo humano funcionaba como una caldera. Para vivir, necesitaba una energía que le proporcionara la alimentación. Existía pues un aporte de energías y por el otro, un desgaste. Por lo tanto la obesidad era un desequilibrio entre las entradas y las salidas. Los kilos de más no eran otra cosa que un residuo energético.

El comer resulta un placer y más aún los manjares preferidos fueron los romanos los que inventaron el vomitorio, con el objetivo de continuar saboreando, eglutando opíparamente.

Continúa la idea de abundancia y gordura en la edad media y en el Renacimiento, esto ha quedado evidenciado ampliamente en la Literatura, Pintura y Escultura.

Existen muestras de valor erótico de la gordura en Boccaccio, Rubens, Velázquez y otros escritores y pintores, que también han legado en sus creaciones el predominio de mujeres rollizas.

Las concepciones estéticas comienzan a cambiar a fines del siglo XIX y comienzos del XX. Dicha concepción tuvo un leve retroceso al final de la década de los 40 y principios de los años 50. En la actualidad se toma a la figura esbelta como bella y saludable, por el contrario a la silueta obesa, llena de adiposidades y grasa se le considera fea y no saludable.

Se estima que en 1980 existían entre 5 y 7.5 millones de obesos en los Estados Unidos, en nuestro país aún no se hace ninguna encuesta al respecto.

1.1. DEFINICION Y CONCEPTOS.

Desde el punto de vista médico la obesidad es un estado físico en el cual es excesiva la cantidad de grasa almacenada en el organismo. Se acumulan las calorías en forma de grasas dentro de los depósitos del organismo.

La obesidad está caracterizada por :

- a) Tendencia a ingerir más de lo que el organismo necesita para graduar su equilibrio en el peso normal.
- b) Mala utilización de la ingesta que hace que se transforme muy fácilmente en grasa .
- c) Disminución de la actividad física.

Desde el punto de vista metabólico la obesidad es un desequilibrio entre la ingestión y el consumo de energía. En general se ingiere más alimento que el necesario para sostener los gastos calóricos. (Dorland, 1974)

La obesidad es una enfermedad que no tiene cura , sino recuperación, ningún obeso podrá volver a comer normalmente sin riesgo de recaídas.

Algunos términos relacionados con la OBESIDAD según (Murua,1989) (Miembro fundador de la Asociación Argentina de Obesidad) son :

SOBRE PESO: Es un peso por encima de lo que señalan las tablas como peso ideal. (según edad, altura y complexión)

El sobrepeso puede deberse a varias causas :

- A la gordura que viene a ser el aumento de grasa y es tan solo un síntoma de la obesidad. (Objeto de estudio de este trabajo)
- También a ciertas enfermedades como la retención de líquidos dentro del organismo , formándose edemas.

- Por la hipertrofia muscular, donde entran los deportistas y atletas que por el ejercicio extremo se desarrollan mucho sus músculos.
- Durante el embarazo se sube de peso, en este caso es lo más normal, por el producto y líquido dentro del útero.

ADIPOSIDAD: Depósitos de grasa localizados en alguna parte especial del cuerpo. La grasa se deposita en el organismo con una distribución determinada genéticamente y por el sexo, dando lugar a la adiposidad circunscripta, la cual presenta interés por sus connotaciones estéticas y patológicas, a continuación se verá algunas clases de adiposidades circunscriptas:

- A) **REGIONAL GINOIDE** : Mujer con grandes cúmulos de grasa en en la región mamaria, abdomen, muslos y nalgas, si se presenta en el hombre toma el nombre de **GINANDRISMO ADIPOSO**.
- B) **REGIONAL ANDROIDE** : En el hombre el depósito predominante está en la cintura, cuello, brazos, tórax y abdomen superior.
- C) **MUJER BOTELLA** : También se le llama Gluteoaniélica El volumen adiposo se encuentra de la cintura para abajo, en caderas, nalgas y piernas. En contraste son la cara, cuello, brazos y torax que son delgados.
- D) **MUJER GUITARRA**: No se pierde la cintura, sin embargo en cadera, nalgas, busto existe adiposidad, dando lugar a la forma de una guitarra.
- E) **LIPOMATOSIS**: Lipomas múltiples, simétricos, indoloros, de tamaño y consistencia variable, se ubican preferentemente en cuello, nuca, abdomen.
- F) **CELULITIS**: La celulitis no pertenece a este tipo de afecciones, si bien el nombre comunmente aceptado induce a pensar en un fenómeno inflamatorio. Lageze en 1928 descubrió las fases anatomopatológicas y creyó descubrir que su causa era una reacción alérgica con órgano de

choque en el tejido subcutáneo. Desde esa fecha hasta el presente, la celulitis dió origen a múltiples controversias .

Clinicamente es un empastamiento subepidérmico, aparece en forma de nódulos de variada localización. A la palpación la piel se encuentra granulosa, recordando a la piel de naranja. Puede tener cuatro etapas de comienzo :

1. Adolescencia
2. 25 a 35 años se presenta con un stress genital (embarazo o aborto.
3. 40 años , aparece como comienzo de obesidad.
4. menopausica : Se manifiesta con toda su sintomatología junto con un incremento de la obesidad.

Continuando con otros términos relacionados con la obesidad y los cuales de escuchan mucho, en la vida cotidiana son:

GLOTON = Come en exceso, con ansia y desesperación, sunamente rápido.

GORDO = Persona que a simple vista se ve que tiene sobrepeso , es un síntoma de la obesidad.

El aumento de la proporción de la grasa que debe tener el cuerpo, puede deberse a un aprovechamiento patológico, especialmente de los hidrocarburos.

DIETA = Ración acostumbrada de alimentos y bebidas, tomada por una persona diariamente y según las necesidades específicas del individuo, se pueden mencionar por ejemplo:

la balanceada, alcalina, ácida, blanda,
cetógena, diabética y otras.

Se señalaron los términos anteriores porque erroneamente se escucha :

estoy a dieta! o *Desde mañana me pongo a dieta !*

Y todos tenemos una dieta, "Lo que comemos diariamente es nuestra dieta."

La obesidad es una enfermedad sumamente difícil de controlar, así lo demuestran múltiples estudios que reportan resultados descepcionantes a largo plazo. (Camillot .1977)

La obesidad resulta sumamente riesgosa pues predispone al individuo a contraer otras enfermedades, como por ejemplo la diabetes, la hipertensión, resulta ser un grave problema de salud pública, ya que es un factor causal de muerte temprana.

Es el resultado de un exceso de tejido adiposo indeseable, es el producto de un balance energético, superior al óptimo, que puede provenir de muchas causas.

El concepto de balance energético, permite analizar las diversas combinaciones que pueden producir obesidad, ya que se puede desglosar la ingestión y los diversos componentes del gasto, separadamente o en conjunto, en relación con el balance óptimo para distintas circunstancias fisiológicas y patológicas con respecto a distintas velocidades de flujo energético en el sistema. (Jeffrey 1981)

La obesidad es el factor aislado más importante, relacionado con la aparición de diabetes, la duración y no el grado de obesidad está más relacionado con la intolerancia a la glucosa.

1.2 ETIOPATOGENIA DE LA OBESIDAD.

Existen factores internos y externos, biológicos, psicológicos y sociales íntimamente relacionados entre sí, algunos de ellos actúan en el comienzo de la enfermedad, otros en su perpetuación y varios en ambas cricunstancias.

FACTORES GENETICOS

Al parecer también la herencia tiene efecto en la obesidad, (las leyes de Mendel en la ciencia de la herencia) dado que en familias de obesos, al

observar su árbol genealógico se ven en sus antepasados varios antecedentes de obesidad.

Si la madre es obesa los hijos tendrán cierta predisposición, si ambos padres son obesos, los hijos se deben cuidar mucho más .

En el hipotálamo se encuentra el centro de la saciedad, si se trata de un hipotálamo mal programado, los hijos pudieran heredar dicha anomalía, así como un mal funcionamiento glandular.

Tres aspectos básicos engloban este aspecto etiopatogénico:

- a) Existe una predisposición hereditaria a la obesidad a través de un gen autómico, recesivo.
- b) Esta predisposición es más notable en relación con la forma del cuerpo.
- c) Es modificable por la influencia ambiental, total o parcialmente.

Un estudio realizado por los doctores Jacob, Lwoff y Monod (1965) por el que fueron galardonados con el premio nobel en 1965 precisamente por haber descubierto el procedimiento por el que los genes dirigen la vida en la célula. Demostraron si por ser gemelos se guarda correlación con respecto al peso.

La cantidad de informaciones , es decir el número de cromosomas y su longitud es la característica de cada especie humana que se transmite, se señala el concepto de " invariabilidad genética " .

Los gemelos cuando son monocigóticos guardan una correlación más íntima respecto al peso que los gemelos dicigóticos o fraternos .

Los factores genéticos, si bien existen, son controlables en su intensidad por el medio ambiente, debido a esto la obesidad puede atenuarse o incrementarse.

FACTORES METABOLICOS.

Tratar la parte endocrinometabólica de la obesidad hace notar aquellos casos del obeso con hábitos alimenticios moderados, y sin embargo desarrollar adiposidades.

Las glándulas pueden tener hiper o hipofunción y la cantidad de hormonas secretadas es irregular, un ejemplo claro de obesidad netamente endocrinológica es :

El Síndrome de Cushing : Es un trastorno que se observa más a menudo en la mujer, causado por hiperadrenocorticismos, resultante de neoplasia de la corteza suprarrenal o del lóbulo anterior de la hipófisis o por ingestión excesiva y prolongada de glucocorticoides con finalidades terapéuticas (síndrome medicamentoso de Cushing.)

Los síntomas y signos suelen incluir adiposidad de desarrollo rápido en cara , cuello y tronco, cifosis causada por osteoporosis de la columna vertebral, hipertensión, diabetes sacarina, amenorrea, hipertricosis en la mujer, impotencia en el varón (estrías) policitemia, dolor abdominal y dorsal, agotamiento y debilidad musculares.

La Diabetes Insulinodependiente : Existe un exceso de insulina en respuesta a una resistencia periférica. Lo que falla es el páncreas y la cantidad de azúcar comienza a desordenarse.

El Hipotiroidismo : En donde el metabolismo se torna más lento por causa de la tiroides, presentándose la obesidad. (Dorland , 1974)

1.3 CLASIFICACION DE LA OBESIDAD

Bioquímicamente la obesidad se puede clasificar en cuanto a grado:

1er. grado.....	10 % por encima del peso ideal.
2o. grado.....	20 al 30 % del peso ideal.
3er. grado	más del 30 % del peso ideal.

OBESIDAD ESTÁTICA : La enfermedad se detiene manteniéndose el peso en un nivel superior al normal, pero estable.

OBESIDAD DINÁMICA : Son los períodos de engorde activo, en los cuales se puede llegar a ganar peso en forma lenta o a veces extremadamente rápida, se ha observado a pacientes que han aumentado hasta 30 kg. en cuatro o cinco meses.

OBESIDAD EXÓGENA : Se incluyen todos los factores externos. (Qué? Cómo? A qué hora? cada cuándo? come el sujeto).

OBESIDAD ENDOGENA. Obedece a carga genética, factores endócrinos y metabólicos como causa de la obesidad.

OBESIDAD ADULTA . Exceso de peso durante la etapa media del crecimiento, los individuos señalan haber sido delgado o con peso promedio hasta 20 ó 40 años y por la vida sedentaria surge el aumento de peso.

OBESIDAD PERMANENTE : Tiene que ver con la alimentación durante la lactancia y la niñez. El número de adipositos parece ser fijo desde los comienzos de la vida. Se ha demostrado que la ganancia ponderal excesiva en términos de los primeros seis meses de vida guarda una correlación con el peso excesivo entre la edad de 6 a 8 años y de este modo, al parecer la rapidez del incremento ponderal en la lactancia es una guía mejor que orienta en cuanto al riesgo de obesidad en años ulteriores que el peso de los padres.

1.4 SINTOMATOLOGIA

- Excederse más de un 10 % más del peso ideal. (Obesidad en 1er.gdo)
- Distribución de grasa en el cuerpo.
- Dorsalgia baja.
- Agravamiento de la osteoartritis (en particular rodillas y tobillos)

- Callosidades en los pies. (talones).
- Trastornos menstruales (amenorrea)
- Aumento de sudación.
- Trastornos de la piel (en los pliegues cutáneos).
prurito, tumefacción leve o moderada de manos y pies)
Piel gruesa y no fina.
Etrias pálidas y no púrpura.
- Síndrome de Pickwick (hipoventilación, hipoxia y somnolencia)
- Torpeza y lentitud en movimientos.
- El obeso no respira adecuadamente. La hiperventilación en el aparato respiratorio origina retención de bióxido de carbono y por ende disnea.
- Todo órgano importante del individuo al parecer sufre de ataque en alguna forma. El aparato cardiovascular se daña y generalmente hay hipertensión.
- La frecuencia de varios tipos de artritis aumenta en los obesos, esto, lo fundamenta la acumulación de grasa en las articulaciones haciendo torpes ciertos movimientos, por otro lado en un obeso es tanto el peso que tienen que cargar las rodillas que con frecuencia, estas articulaciones son las primeras en padecer "dolor ".

La osteoartritis es la forma más común y grave en particular la de la columna vertebral que soporta gran carga ponderal.

- Otro síntoma de la persona obesa son las venas varicosas y el edema.
- Las mujeres obesa tienen irregularidad en sus menstruaciones y mayor morbilidad en el embarazo.
- La toxemia gravídica aumenta.

- Los riesgos quirúrgicos son mayores en los obesos, así como la tromboflebitis en el periodo post-operatorio.(harrison ,1991)

1.5 ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA OBESIDAD

En la actualidad que los factores psicológicos tienen mucho que ver con el desarrollo y tratamiento de la *OBESIDAD* y en consecuencia afectan la tecnología vinculada al tratamiento el problema.

Una obsesión que abruma a las personas es la apariencia física. Existe preocupación constante por la celulitis comparándola con una yerba mala. Está de moda la figura esbelta, y las generosas proporciones tan admiradas de antaño, por artistas como Rubens y Renoir, han pasado de moda.

Sin embargo muchos continúan con exceso de peso y algunos en proporciones tales que pueden considerarse OBESOS. Si las causas de la obesidad son múltiples y complejas, es de vital importancia mencionar el área psicológica la cual contiene la vida afectiva del sujeto que queda constituida por todo aquello por el que el ser humano siente placer o dolor.

En el ser humano podemos distinguir teóricamente cuatro esferas de acción íntimamente relacionadas: (Aceves1981)

FISICA
COGNOSCITIVA
* AFECTIVA *
VOLITIVA

El hombre tiene una cierta cantidad de energía psicofísica variable en cada individuo, dicha energía se reparte proporcionalmente en las cuatro esferas mencionadas. Cualquier alteración en la cantidad de energía de una de las esferas repercute en las demás, porque puede decirse que la cantidad de energía total del individuo es estable.

En una persona normal la energía no es estática, sino que ante los numerosos estímulos de la vida diaria esa energía se acumula más en alguna de las esferas:

los mecanismos de descarga actúan para equilibrar la energía. La esfera afectiva es muy importante por ser la que mayores variaciones sufre.

Ya que las demás esferas: física, intelectual y volitiva requieren de su ayuda para actuar. Es pues muy importante que la esfera afectiva funcione correctamente.

Dentro de la esfera física se encuentra todo lo relacionado con las funciones de nuestros órganos, enfermedades como el ser cardíaco, tener reumas, desarrollo de tumores, pertenecen a esta esfera física.

Dentro de la esfera cognoscitiva se encuentran todas las funciones intelectivas como el raciocinio, la elaboración de un juicio, la abstracción, pensamiento etc.

La esfera volitiva tiene que ver con la voluntad. Este aspecto ha sido largamente discutido por filósofos y psicólogos, pues dentro de la voluntad hay otras cuestiones complicadas como el libre albedrío y el determinismo.

William James afirma que la voluntad se encuentra esencialmente realizada en la atención que prestamos a una representación difícil para mantenerla energéticamente bajo la mirada de la conciencia. Wundt niega al proceso voluntario su carácter específico y lo engloba dentro de la afectividad. Las voliciones cuya característica consiste en la deliberación ante varias acciones por ejecutar y la decisión de emprender una de ellas o de inhibición.

Cuando la esfera afectiva se encuentra mal, interfiere con las demás de manera significativa. La esfera afectiva debe tener carga y descarga se carga con reflexiones, meditaciones, búsqueda de valores, motivaciones, introyectando lo bueno, lo que hace crecer al individuo.

Se descarga con el dar, sin esperar recibir. Dar amistad, compañerismo, comprensión, ayuda, afecto, simpatías, sonrisas.

La esfera afectiva se compone de tres estados:

EMOCIONES SENTIMIENTOS y PASIONES.

El ser humano es eminentemente emotivo o afectivo y un conflicto afectivo altera la voluntad, inteligencia y estado físico.

Emoción : Estado afectivo que de manera súbita y vehemente, modifica el equilibrio psicológico y fisiológico del individuo.

Etimológicamente viene de *emovere*= agitar, remover
Es una respuesta del organismo ante una situación que lo perturba, la emoción es violenta, pasajera. Es una reacción global intensa, breve, inesperada, individual, cuya tonalidad puede ser penosa o agradable.

Si el ser humano esconde o despliega sus emociones se llamara introvertido o extrovertido .(Jung 1940 citado por Cueli y Reidl. 1977)

SENTIMIENTO :

El sentir es un estado subjetivo, el reflejo íntimo de lo que está sucediendo. Es un estado afectivo complejo, claro, estable, persiste en ausencia del estímulo. Reacción afectiva, relativamente estable ante un valor.

PASION :

Tendencia que fortalecida y estimulada por emociones repetidas llega a ser predominante . Es una fuerza que tiende a totalizar la actividad del individuo. Una pasión bien dirigida proporciona grandes hombres, una mal dirigida proporciona monstruos que causan daño.

La zona afectiva desempeña una función importante en la cantidad de alimento que ingerimos. Una emoción, sentimiento o pasión puede hacer que la persona coma cuando se siente sola, aburrida, ansiosa.

Si la esfera afectiva se encuentra dañada interfiere con las restantes de manera significativa pues el ser humano es eminentemente afectivo, un individuo , que sea paralítico, o que tenga retraso mental (daño en la esfera física e intelectual) pero siente amor, aceptación y simpatía puede ser feliz.

Las carencias afectivas hacen que la persona deje de comer o coma demasiado , sustituyendo la falta de cariño.

Cuando se tiene un problema sentimental como la terminación de una relación , esto puede afectar hasta el área intelectual ya que el individuo no puede concentrarse, trabajar eficientemente, reprobaba un examen.

Durante una experiencia emocional profunda, el organismo reacciona de diferentes maneras, pudiendo originar un trastorno psicossomático.

Un trastorno psicossomático es aquel que se exterioriza mediante síntomas corporales pero cuyo origen es psíquico , mental o emocional.

Como el presentar obesidad por comer compulsivamente, el sobre peso es tan solo el síntoma físico o corporal pero el origen puede ser emotivo, como ansiedad, miedo , frustración aburrimiento, depresión, sentimiento de minusvalía . Otros ejemplos de padecimientos psicossomáticos son : asma, eczema, anorexia, psoriasis .

La tendencia a la pasividad, la abulia, la inactividad , factores amotivacionales contribuyen a que el individuo suba de peso al no hacer ejercicio y cuando se tiene un problema dentro del área emotiva , la persona puede desarrollar hiperfagia de la comiendo a toda hora por estar nervioso, angustiado, alterado , se muestra como entonces la obesidad puede tener su origen en el aspecto psicológico.

Por otro lado cuando es el " ELLO " la estructura dominante, el individuo tiene dificultad para dominar sus impulsos, sus instintos, dejándose llevar por el principio hedonista, procurándose la obtención del placer y evitando el displacer.

Sabemos que comer es un placer, más aún los platillos succulentos o ciertos alimentos que gustan a la persona.

Al expresarse más abiertamente sus pulsiones dará rienda suelta al placer de saborear, deglutir, masticar alimentos, tenderá a satisfacer su apetito en cuanto éste se presente. Sin tomar en cuenta que esa comida que consume es de un alto contenido calórico, sencillamente se autocomplacerá. (Freud 1930 citado por Cueli y Reid.1977)

Durante el primer año de vida , la boca, labios, lengua son los principales órganos sexuales del bebé. Sus deseos , así como sus gratificaciones son primordialmente orales. Es posible observar directamente la importancia que tiene para el niño de esta edad el succionar, tomar con la boca, morder, chupar como fuente de placer.

Esto muestra como la pulsión erótica Libido esta presente desde el nacimiento exigiendo gratificación .

Son la boca, labios, lengua, tan importantes que el saborear, morder y comer representan , sensaciones de tipo libidinal.

Freud sostiene que en cualquier etapa puede haber frustraciones, regresiones, fijaciones.

FIJACION : Persistencia de la catexia libidinal de un objeto de la infancia o niñez en la vida posterior del individuo.

Si existe fijación hacia la etapa oral el individuo persistirá en la forma de gratificación con la boca, labios, lengua, es entonces que los actos de morder, masticar , comer le traerán al sujeto placer.(Freud 1930)

La etiología de la obesidad puede explicarse por la **ANSIEDAD** , la que se define como " un sentimiento de desamparo en relación con un mundo potencialmente hostil " . (Horney 1957)

Es una actitud emotiva o sentimental concerniente al futuro ,caracterizada por una mezcla o alternativa desagradable de miedo . En general se acepta que el peligro o desastre , implícito en la ansiedad, es subjetivo, o interno

es decir reside dentro de la conciencia de las personas con tendencia e impulsos en conflicto, necesidades no satisfechas, hechos , obligaciones, exigencias , deberes, desembocan en la ansiedad.

En la ansiedad el sentimiento se manifiesta de manera difusa, vaga y variada , encerrar experiencias como la de sentirse deprimido, tenso, encerrado, irritable, inquieto o de estar bajo presión, esta ansiedad conduce al desarrollo de defensas, una de las cuales puede ser el comer a toda hora, en casi todos los lugares, la persona come cacahuates, alimentos chatarra como papas, chocolates .

Knight señaló que el deseo de comer en exceso , es una búsqueda del pecho materno y al mismo tiempo una forma de agresión en contra de los padres y de la sociedad misma (Knight , 1991)

Bajo una silueta deformada por la grasa, existe baja autoestima, rechazo y autocompasión y depresión (Boures ,1968)

Al elaborar una remembranza, se hace presente la ley del ejercicio cuyo autor es Thorndike "La repetición de una respuesta tiende a estamparla" de donde surge el HABITO.

El hábito suele iniciarse por costumbres familiares o por imitar a otras personas. El hábito alimenticio = es una forma de alimentación, relativamene invariable y fácilmente suscitada.

La preferencia por los alimentos más ricos que dejan menor proporción de residuos, muchas veces forma parte de una conducta general de la vida diaria, iniciada por los padres aprehensivos por el bienestar del hijo.

Durante los periodos de gran actividad o trabajo muscular agotador, suelen adquirirse hábitos alimenticios que persisten durante años, después que la necesidad de este elevado ingreso calórico ha desaparecido. (Houssay , Lewis, Orias , 1977)

La obesidad moderada, tan común en la edad madura, es resultado probable de la persistencia de hábitos alimenticios de la adolescencia junto con una menor inclinación hacia el esfuerzo muscular. El hábito de

comer desproporcionadamente puede convertirse en un rasgo dominante del individuo.

En algunas familias, el dar alimento y tomarlo constituye una forma neurótica de actuar. Puesto que el comer en nuestra cultura adopta una forma social, se usa como una especie de comunicación entre aquellas personas que tienen supervalorados los placeres orales. Se puede obtener un indicio de las cualidades ambivalentes, esta conducta, en la estereotipada actitud de la mujer que centra el mantenimiento del hogar, en el trabajo que realiza en la cocina. Al mismo tiempo que aparentemente se esclaviza de manera voluntaria a una estufa caliente, esclavizan a los que dependen de ella por medio de sus quehaceres, los que ella alega en su favor como una especie de martirio no reconocido.

Hay un no muy sutil condimento de sentimientos de culpa, en la comida que sirve, y al final para obtener una paz temporánea, los miembros de la familia se rinden pasivamente y comen todo lo que quiera servirles, aún cuando no lo quieran o no lo necesiten. (Rome 1960).

Las familias en las que surge la obesidad, presentan cierta idiosincracia, que las distingue de aquellas en las que los miembros son de peso normal (Gandhijs ,1977)

por ejemplo:

Las características de la madre pueden dar lugar a la obesidad en sus hijos.

Es sobreprotectora en extremo, generalmente le prohíbe jugar, salir con otros chicos que lo tratan rudamente y lo pueden lastimar. Su madre, lo viste, lo baña durante un período mayor que el usual. Teme que no tenga suficiente comida cuando está lejos de ella. Y tiene la impresión de que si no come bien, algo malo le puede ocurrir.

generalmente la madre es dominante, insegura, se siente defraudada por su marido y se preocupa de manera irracional por los asuntos domésticos.

Mediante análisis multivariados, (Malacara 1992) se encontró que los jóvenes obesos reportaron mayor disfunción padre-hijo, es decir los padres discuten y pelean por la imagen corporal del hijo. Además los obesos reportaron que en la familia existía disfunción con secreto pues se evadía la plática sobre el peso corporal y mayor desaprobación de su conducta alimentaria. (Jinenez, Díaz de León y Malacara. "La percepción de la Función y el desarrollo del adolescente obeso" Rv. Inv. Clin Oct Dic. Vol 44.NO.4 pp: 525-30 Oct. Dic. 1992)

En las familias del obeso existe amalgamiento o aglutinamiento o sea que muestran una involucración recíproca excesiva con tendencia intrusiva, se concluyó entonces que el comportamiento de la alimentación está interrelacionado con varios aspectos de la psicología dinámica familiar, la cual tiene un efecto en la homeostasis y la autoimagen corporal del adolescente. En las familias hay deficiencias en la comunicación como son

- Tangencialización
- Mixticación
- Paradoja

la tangencialización se caracteriza por proporcionar un mensaje opuesto al esperado por el receptor.

La mixticación : Contraindicación entre lo que se percibe y lo que el otro está comunicando.

Paradoja : Mensaje que contiene su propia contraindicación. (Díaz de León 1995)

Existe un gran número de factores sociales que obligan a comer demasiado y desequilibran al organismo.

Personas que frecuentemente son objeto de agasajos, o desempeñan el papel de anfitriones, arreglan sus negocios a través de una cena suntuosa, se ven obligados a ingerir alimentos ricos en calorías y a comer varias veces más de lo normal.

Personas que trabajan en restaurantes, dulcerías, pastelerías, están tentadas a comer por la presencia de comida.

Por otro lado, el medio ambiente, es importante para que el ser humano aprenda a comer y alimentarse según su entorno.

Es precisamente la ecología es la ciencia que se dedica al estudio de la relación entre los organismos vivientes y el medio en que viven que se denomina "habitat".

Existe crisis en cuanto a recursos mundiales de proteínas, ya que son cada vez menores y más caros. La alimentación de grandes masas entonces se va concentrando en la alimentación hidrocarbonada y esto colabora enormemente para el incremento de la obesidad.

Es interesante observar que en grupos africanos estudiados, que tienen una vida natural y comen alimentos no procesados, no ganan peso durante la edad adulta.

Bruch y Grandhijs y Zukerfeld (1977) investigaron que las personas de bajos recursos padecen mayor índice de obesidad debido a que:

- Consume alimentación más barata, hipercalórica, basada en hidratos de carbono.
- Dentro de la clase pobre no existen tantas presiones sociales estéticas tan acentuadas como en las clases altas.
- Hay una mala educación alimentaria y de hábitos en general.
- Tiende a sentir que el cuerpo es una herramienta de trabajo y no de placer, lo que sumado a lo anterior hace confundir GORDURA con fuerza.
- Le falta tratamientos adecuados.
- Le falta tiempo para practicar deportes.

La clase de menores recursos tiene más gordos, lo que muestra que debe recibir mejor educación con respecto a la forma de alimentarse.

En la décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades, (CIE 10) se señalan " Los Trastornos de la Conducta Alimentaria ":

- ANOREXIA
- BULIMIA
- * HIPERFAGIA *

En la anorexia nerviosa el trastorno consiste en la pérdida deliberada de peso, con la consecuente desnutrición y alteraciones endócrinas y metabólicas.

- se evita el consumo de alimentos.
- vómitos autoprovocados.
- purgas intestinales.
- ejercicio excesivo.
- consumo de fármacos.

Existe también una distorsión de la imagen corporal, persiste una idea sobrevalorada intrusa: pavor ante la gordura. Es más común en las mujeres, pudiendo existir amenorrea.

Un estudio sobre el odio a la comida, ejercicios para adelgazar y la Un estudio sobre el odio a la comida, ejercicios para adelgazar y la pérdida de peso en chicas prepúberes se llevó a cabo en una chica japonesa que después de cinco meses continuaba perdiendo peso alarmantemente (Oshzeki thachikawa, Tanimoto, Hanaky "Psycotherapy and Psycosomatics" 1994 Vol. 62 (3-4) p.206.)

En la bulimia nerviosa existen episodios repetidos de ingesta de alimentos y una preocupación exagerada por el peso corporal. Para contrarrestar el aumento de peso por los atracones de comida, el bulímico se provoca el vómito.

No es hambre ni glotonería, se trata de un trastorno psicológico que impulsa a comer cualquier cosa.

Se realiza sobre todo en adolescentes o mujeres jóvenes, comen y comen saben que no deben hacerlo pero devoran, en seguida viene el reproche por haber caído una vez más. (Shisslak, Pazda, Crago, Journal of Abnormal ; 1990 Vol. 99 (4) p- 380-384)

Se supone que un adolescente que come desafortadamente tiene que estar necesariamente gordo. Sin embargo cuando se habla de bulimia el sobrepeso no es un dato significativo. Algunos adelgazan, otros vomitan después de comer, y otros engordan convirtiéndose en obesos.

Por otra parte no todos comen regularmente, los hay que se dan un atracón aislado y luego pasan una temporada comiendo muy poco.

El individuo devora, saquea el refrigerador, se abalanza indiscriminadamente sobre los alimentos, las preocupaciones y tensiones propias de la adolescencia es una explicación demasiado simple que NO ayuda a comprender la auténtica característica de este grave problema.

En primer lugar se debe destacar la excitación que precede al acto bulímico, esta excitación implica muchas veces una sensación de angustia y de irritabilidad que hace creer que la solución es la comida aunque realmente no se tenga hambre. El adolescente siente que le falta algo, que tiene una carencia en su vida, pero no sabe como expresarlo, para llenar este vacío introduce en su boca comida, pero esta es una solución ilusoria porque el verdadero vacío no se puede llenar con ningún alimento. (Williams, Power, Millar 1993)

Otro de los puntos fundamentales del acto bulímico es que se suele llevar a cabo de manera solitaria solitaria. Se podría decir que es un acto autoerótico comparable a la masturbación, puede realizarse entre la multitud con tal que ésta sea anónima.

Existe dificultad en algunos chicos para establecer relaciones afectivas y para producir un intercambio de comunicación con los demás. Esto muestra cómo el aspecto psicológico es muy importante (Mitrany 1992)

En los adolescentes varones la bulimia aparece disfrazada de otros problemas (fracaso escolar, drogadicción) y no es fácil que el verdadero conflicto salga a la luz.

Se trata este problema como un conflicto adolescente porque existe un número significativo de casos a esta edad y además porque la detección precoz del trastorno es fundamental para la vida futura de estos chicos.

Muchas crisis de bulimia se instalan en el seno de una familia por problemas de comunicación, son adolescentes que se quejan de la ceguera de los padres , de la incomprensión de una madre que se mete demasiado en sus vidas. En cualquier caso, lo que pasa se silencia, no se habla, es ahí donde se hace presente la bulimia, como forma de llenarse la boca y no hablar.

Existen dos clases de bulimia:

1. Después de comer , se esconden , nadie las ve y se provocan el vómito, éstas conductas se evidencian más en mujeres que en hombres.
2. Después del atracón , hacen ejercicio en exceso, se laxan, toman diuréticos, tratan de deshacer los excesos cometidos.

Debido a esto su peso puede ser ideal , pero no se descarta la adicción a la comida , por la forma en el comer desesperada, NO suben e peso por el vómito producido.

La asociación entre las mujeres bulímicas y programas físicos para no engorar se llevó a cabo en Argentina (Fuchs, Camillot, Zuckerfel 1988)

COMEDOR COMPULSIVO :

La característica fundamental es que siempre están comiendo, si se coloca un plato de patatas o de cacahuates cerca , el comedor compulsivo no deja de comer hasta que se lo acaba, ante un pedazo de queso, comienzan por comer un pedacito, luego otro y otro hasta que ven que ellos solos se comieron todo el queso, porque no hay nadie más.

Se ha encontrado una significativa relación entre los adolescentes comedores compulsivos severos y grados de sintomatología psiquiátrica. (Telch A. 1994)

Los vómitos repetidos pueden dar lugar a un trastorno de equilibrio electrolítico.

Los episodios de polifagia, provocan un miedo morboso a engordar haciendo que el bulímico se autoprovoque el vómito o intervale periodos de ayuno. El enfermo bulímico padece con frecuencia síntomas depresivos.

HIPERFAGIA : Ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a obesidad. Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes pueden dar lugar a una **OBESIDAD REACTIVA** .

La obesidad puede provocar a veces el seguir una dieta que puede dar lugar a síntomas afectivos menores (ansiedad, nerviosismo, debilidad e irritabilidad) Por lo que el CIE-10 recomienda para codificar la obesidad como causa misma de alteración psicológica revisar trastornos de humor (afectivos F.38) . Trastorno mixto ansioso depresivo (F41.2) .

El DSM IV contiene :

- anorexia nerviosa (F 50.0)
- Bulimia nerviosa (F 50.2)
- Trastorno no especificado (F 50)
- Pica (F 98.3)
- Rumiación (F 98.2)

Estos dos últimos en Trastornos de ingestión y la conducta alimentaria en la infancia y la niñez, los que únicamente se definirán.

Pica : Ingestión persistente de sustancias no nutritivas inapropiadas para el nivel de desarrollo.

Rumiación: Regurgitaciones y nuevas masticaciones repetidas, descartando enfermedad gastro-intestinal.

La obesidad simple no se incluye, sin embargo hay pruebas de que los factores psicológicos tienen una función etiológica importante. Los factores psicológicos afectan el estado físico.

Existen adolescentes obesos que manifiestan patrones de sobrealimentación cuya base es emocional, cerca del 10% de adolescentes obesos, por lo general mujeres, desarrollan un síndrome de alimentación nocturna que se caracteriza por anorexia por la mañana e hiperfagia con insomnio en las noches (Goldman 1989).

Al parecer las tensiones de la vida precipitan esa conducta que tiende a persistir hasta que se alivian dichas tensiones.

Un grupo más pequeño de obesos (cerca del 5 %) son glotonas episódicas. Estos episodios tienden a ocurrir después de las tensiones emocionales y pueden representar reacciones a ellas.

Los adolescentes obesos que tienen trastornos mentales concomitantes, pueden experimentar menosprecio de su propia imagen corporal. Sienten que sus cuerpos son grotescos y que otros los miran con hostilidad y desdén. Estos sentimientos pueden verse reforzados por las actitudes sociales, puesto que a menudo se discrimina a las personas gordas y los demás las consideran personas débiles, autodestructivas y responsables de su estado. Manifiestan además poco amor propio y concepto negativo de su persona.

Los adolescentes obesos tienden a masticar inenos y a comer con mayor rapidez que las otras personas, pero ambos grupos se ven influidos de manera poderosa por las conductas alimenticias de quienes los rodean.

Los adolescentes obesos tienden a ser menos activos, pero esto puede ser una consecuencia más que una causa. (Howard H. 1989)

Algunos de los aspectos emocionales que se atribuyen tradicionalmente a los adolescentes obesos, pueden ser consecuencia de sus intentos por perder peso mediante dieta especial, más que una causa de su estado.

En contraste la imagen jocosa que proyectan algunos adolescentes obesos, puede ser una defensa psicológica para lograr la aceptación de los demás.

Si un joven no alcanza su peso casi normal al final de la adolescencia es probable que no haga ya nada por bajar , se resigna a ser gordo, pero su autoestima se daña; “ Soy un gordo feliz” pero internamente se rechaza.

CAPITULO 2 ADOLESCENCIA

2.1. Concepto y Definición.

El término *adolescencia* deriva de la raíz latina *adolescere*, que significa crecer o desarrollarse hacia la adultez.

Esta etapa es el período de transición entre la niñez dependiente y la adultez independiente.

Es el estado donde han de llevarse a cabo nuevas adaptaciones, aquellas que distinguen el comportamiento infantil del adulto. Durante la vida del ser humano existen varias etapas:

infancia, niñez, pubertad, adolescencia, adultez, madurez y vejez la que a su vez comprende la senectud, ancianidad y longevidad.

Luego entonces la adolescencia es un estado más del desarrollo evolutivo, hay crisis puesto que es la ruptura de un equilibrio alcanzado por el infante en su medio familiar y social.

A pesar del tiempo que ha transcurrido desde que Freud (1911) empezó a escribir sobre adolescencia, las preocupaciones principales del desarrollo de la misma siguen siendo las dos que consideraba:

- 1) Establecimiento de una individualidad firme (sentido del yo o identidad del ego.
- 2) Integración de la fase puberal rápida de los impulsos sexuales y agresivos.

Ambos aspectos, familiares desde la infancia son los rasgos concomitantes del desarrollo físico de la pubertad. El sistema motor del cuerpo.

Dentro de la teoría freudiana , la etapa genital marca el inicio de la pubertad y la entrada a la adolescencia. La sexualidad reprimida durante

la latencia aparece de nuevo, y ocasiona una multitud de problemas que se habían eliminado en la latencia.

Freud define a la adolescencia como una época en que el joven en desarrollo se ve amenazado por la disolución de la personalidad que ha construido y estabilizado durante el período de latencia. El chico necesita redefinir y reagrupar sus defensas y formas de adaptación.

Según la interpretación freudiana, una característica de la adolescencia es el resurgimiento de los esfuerzos edípicos que prodecen el deseo de mantener los lazos familiares en una época en que las tareas de desarrollo insisten en abandonarlos. A este conflicto del chico, entre sus deseos por mantener y abandonar sus lazos familiares, Freud (1923) le llama choque entre las fuerzas progresivas y las fuerzas regresivas. Sin embargo el retorno al conflicto de Edipo en la adolescencia no es igual al conflicto que afronta el niño más pequeño. Para este último, el problema consiste tan solo en reprimir o defenderse contra los sentimientos agresivos e incestuosos que tiene hacia sus padres. Puede hacerlo y conservar a sus progenitores, pero el adolescente debe renunciar y separarse realmente de tales sentimientos si quiere conservar a sus padres. Blos (1961) habla de la realidad de la pérdida y de la "aflicción" de la separación.

Root (1957) también dice que la aflicción es una importante tarea psicosocial en la adolescencia, y menciona la correspondiente negación de las realidades interna y externa.

Jacobson (1964) hace un resumen que resulta un buen enunciado de la posición freudiana:

El niño edípico tiene que reprimir sus impulsos sexuales y hostiles en pro del apego afectuoso hacia sus padres. En la adolescencia, el proceso de maduración sexual conduce a un resurgimiento temporal de los esfuerzos instintivos edípicos, con lo cual renace la lucha de la infancia. Sin embargo ahora se deben abandonar 'por completo los deseos sexuales incestuosos y los hostiles. Más aún, los lazos afectuosos del adolescente con sus padres deben aflojarse de tal manera que se garantice su libertad futura en la elección de objetivos y se le

proporcione una buena orientación hacia su propia generación, así como un ajuste normal a la realidad social de los adultos.

Ana Freud (1960) escribe : Cuando alguien llega a la adolescencia, se siente inseguro y por lo tanto no puede satisfacer a sus padres . Opina que la conducta incongruente e impredecible es normal en la adolescencia. El adolescente acepta sus impulsos y los rechaza, ama y odia a sus padres alternando entre la dependencia y la rebeldía (Freud A. 1927,1946,1965.) Ana Freud no es la única que sostiene este punto de vista, puesto que el adolescente conflictivo es un tema que se repite en la bibliografía psicoanalítica, según lo demuestran estudios como los realizados por Spiegel (1961).

Jacobson (1964) enuncia la posición freudiana cuando escribe :
"sabemos que durante las batallas de la adolescencia, las defensas establecidas durante la latencia son atacadas tan duramente que pueden romperse en parte bajo el ataque de los impulsos instintivos "

Los autores Conger y Strean (1964) afirman que la adolescencia es una etapa cronológica , la cual comienza con un proceso físico y emocional, que encausan hacia la madurez social y psicológica, por lo que existen muchos cambios en ella.

Aberastury y Knobel (1967) definen a la adolescencia como : la etapa de la vida , durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta , apoyándose en las primeras relaciones objetales parentales , internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad.

Fontain (1968) enlista cinco cualidades que diferencian a los adolescentes de los adultos:

- a) Sentimientos especialmente intensos y volubles.
- b) Necesidad de recompensas frecuentes e inmediatas.
- c) Capacidad disminuída para examinar la realidad.
- d) Incapacidad para la autocrítica.
- e) Inconsciencia o Indiferencia hacia las cosas y sucesos que no están relacionados con la propia personalidad.

proporcione una buena orientación hacia su propia generación, así como un ajuste normal a la realidad social de los adultos.

Ana Freud (1960) escribe : Cuando alguien llega a la adolescencia, se siente inseguro y por lo tanto no puede satisfacer a sus padres . Opina que la conducta incongruente e impredecible es normal en la adolescencia. El adolescente acepta sus impulsos y los rechaza, ama y odia a sus padres alternando entre la dependencia y la rebeldía (Freud A. 1927,1946,1965.) Ana Freud no es la única que sostiene este punto de vista, puesto que el adolescente conflictivo es un tema que se repite en la bibliografía psicoanalítica, según lo demuestran estudios como los realizados por Spiegel (1961).

Jacobson (1964) enuncia la posición freudiana cuando escribe : "sabemos que durante las batallas de la adolescencia, las defensas establecidas durante la latencia son atacadas tan duramente que pueden romperse en parte bajo el ataque de los impulsos instintivos "

Los autores Conger y Strean (1964) afirman que la adolescencia es una etapa cronológica , la cual comienza con un proceso físico y emocional, que encausan hacia la madurez social y psicológica, por lo que existen muchos cambios en ella.

Aberastury y Knobel (1967) definen a la adolescencia como : la etapa de la vida , durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta , apoyándose en las primeras relaciones objetales parentales , internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad.

Fontain (1968) enlista cinco cualidades que diferencian a los adolescentes de los adultos:

- a) Sentimientos especialmente intensos y volubles.
- b) Necesidad de recompensas frecuentes e inmediatas.
- c) Capacidad disminuida para examinar la realidad.
- d) Incapacidad para la autocrítica.
- e) Inconsciencia o Indiferencia hacia las cosas y sucesos que no están relacionados con la propia personalidad.

Muzio (1979) señala a la adolescencia como un período de exclusividad, durante el cual el individuo hace esfuerzos reales por separarse de grupos de personas de otras edades, trata e diferenciarse de los niños más pequeños, pero en particular de los adultos cuya responsabilidad le atemoriza.

Elkind (1967) considera que el adolescente es egocéntrico, pues no diferencia entre los propios intereses cognoscitivos y los intereses de los demás.

Gesell (1956) define a la Adolescencia como :

Un período rápido e intenso en cuanto al desarrollo físico, acompañado de profundos cambios que afectan todo el organismo.

Gesell concibe el desarrollo como un proceso de despliegue genéticamente determinado que avanza con el tiempo y se rige primordialmente por la cronología interna. Este enfoque es normativo y el status del individuo se evalúa con respecto a las normas. La premisa es que cada año de desarrollo del adolescente produce una diferencia en el crecimiento.

En el desarrollo actúan factores genéticos de la constitución individual y una secuencia de maduración innata, así como factores ambientales que varía desde la influencia del hogar y la escuela hasta la del marco cultural completo.

2.2. Antecedentes .

El hombre se ha interesado por el adolescente desde la antigüedad , los registros escritos al respecto se remontan hasta los primeros días de la historia escrita y continúa hasta nuestros días.

Aún en los lugares donde la realidad no se escribió acerca de la adolescencia, su advenimiento era celebrado, por medio de actos formales en culturas que abarcaban desde las más primitivas hasta las más avanzadas. Los antropólogos han escrito con lujo de detalles, los ritos de las culturas más antiguas y los historiadores han indicado como las

civilizaciones antiguas reconocían éste período por medio de ceremonias especiales y aún de cultos.

En Roma durante la festividad de " Liberalia " se describía a los muchachos de 16 años, como los que visten la " Toga Virilis ".

En la segunda parte del siglo XIX , los mejores estudios sistemáticos acerca de la adolescencia se encontraban principalmente en los escritos de filósofos , educadores, y otras personas interesadas en la educación y comportamiento de los jóvenes.

Entre los escritores antiguos que ya trataban la adolescencia tenemos a: Aristóteles, Platón, Francke, Froebel, Comenius, Rousseau , y Pestalozzi. En los primeros libros de la Odisea se encuentra la historia de Telémaco, hijo único de Ulises. Aristóteles en su historia "Animalium "escribió los aspectos físicos de la pubertad, y con cierto detalle, las características sexuales secundarias correspondientes a esa edad, también consideró los aspectos psicológicos de la pubertad en su retórica.

Platón incluyó los puntos de vista de la juventud en sus diálogos, por ejemplo la queja que presenta Lisias a Sócrates porque no se le permitía manejar los caballos de la familia.

En Roma Plutarco escribió "Oralia " y Quintiliano " Instrucciones de la Oratoria ", en los que ambos hablan de la importancia que tiene la educación para que los jóvenes puedan asumir las responsabilidades de un adulto, como indica Goppert (1962) . Los problemas del período de la adolescencia se pueden encontrar reflejados aún en los símbolos de los cuentos populares de todas las culturas.

En el siglo XVII , Francke (1696) dió una conferencia en la Universidad de Leipzig acerca de la educación de los púberes ("Informationes aetatis Pubescentis ")

Los sucesos comprendidos entre los 12 y los 15 años. Observó que la llegada de la pubertad es el período más crítico en la secuencia del desarrollo humano, propuso una serie de etapas en la secuencia de la vida, muy definidas, con el que se anticipó a muchos escritores modernos.

Rousseau caracterizó la adolescencia como " un segundo nacimiento ", es decir la salida de la debilidad de la infancia hacia la madurez. (Rousseau (1792)

Se pensaba que la función de los padres era vivir para sus hijos y sacrificarse por ellos, pero que éstos últimos debían aprender a su vez a autosacrificarse y servir a los demás, siguiendo el ejemplo de sus padres.

(Froebel en Emil 1792)

En las capacidades intelectuales de los jóvenes , postulaba la necesidad de disminuir el lapso entre el pensamiento y la acción. Uno de los resultados de ésta filosofía como se aplica en Estados Unidos es el interés por los cursos de talleres y la promoción de capacitación manual en las escuelas secundarias. (Pestalozzi (Daniels 1893)

Los 9 principios en los que debería centrarse la educación de los adolescentes y el cuidado en ésta etapa los citó Comenius (1893).

Haeckel (Daniels 1893) fué uno de los que más impulsó, los estudios serios en la secuencia del desarrollo del adolescente.

Hall (1904) postuló que en los primeros 20 años años de vida ocurren cuatro etapas principales :

- a) a) Infancia (primeros 4 años de vida)
- b) Niñez (5 a 7 años)
- c) Mocedad (8 a 12 años)
- d) Adolescencia (13 A 24 años)

Este último era de gran desajuste y desequilibrio emocional. En 1882 escribió sobre la naturaleza psicológica del adolescente. Otros de los primeros trabajos típicos sobre el tema fueron "Descripción de la Pubertad en Ceremonias y Culturas Primitivas " (Daniels 1893) y "Análisis de la Experiencia en la Adolescencia " (Libby 1901)

Todos estos hombres del pasado tenían algo en común, que los diferenciaba de los investigadores actuales:

Eran trabajos especulativos, esta tendencia condujo a errores de juicio y aún de hechos, muchos de los cuales se perpetuaron en los libros de texto publicados hasta la década de los treinta. Un ejemplo de esto es la aseveración de que la entrada al periodo de la adolescencia es repentina y no un proceso gradual y continuo.

2.3. CLASIFICACION

El desarrollo de la sociedad moderna es un elemento importante que impulsa el movimiento adolescente por lo menos en el mundo occidental, así como se enfatiza la llamada cultura adolescente. (Musgrove 1964) la que ha descrito con detalle enfatizando la situación intermedia entre el mundo de los niños y el de los adultos a través de la creación de su propia ropa, música, literatura, lenguaje y otros rasgos (Plumb 1969)

Desde el punto de vista biológico la persona se convierte en adolescente cuando es capaz de reproducirse. Este periodo principia por el funcionamiento de las gónadas (Glándulas sexuales) que producen la aparición de los caracteres secundarios. La pubertad es un proceso gradual que abarca desde el principio de la acción hormonal hasta el logro de la completa madurez sexual.

Desde el punto de vista psicosocial, la adolescencia se alcanza cuando se asimila el duelo, por la identidad infantil.

El duelo es uno de los fenómenos, más comunes en la vida de toda persona, aparece ante cualquier pérdida y provoca una reconfiguración objetal, su elaboración se basa en las posibilidades del individuo ante el cambio y tal cambio solo tiene lugar si la persona está decidida internamente a renunciar a la estructura que hasta ese momento le dió una relación más o menos estable.

Para clasificar a la adolescencia, al igual que la fase infantil ha sido dividida en etapas de desarrollo, ya que en cada una de ellas se manifiestan características diversas.

Blos (1971) la divide en cuatro etapas :

- preadolescencia
- adolescencia temprana
- adolescencia como tal
- adolescencia tardía.

El adolescente empieza a moverse a un estado de más alto nivel que es el pensamiento formal. Este tipo de desarrollo le permite al joven desplazarse más allá del mundo concreto, le permite ver un mundo de posibilidades alternativas, comprender relaciones más complejas y ser más críticos y analíticos. Este tipo de pensamiento se conoce como formal, hipotético deductivo. (Piaget 1969)

La adolescencia se divide en dos etapas:

- A) Etapa temprana
- B) Etapa tardía

La primera comienza cuando el niño madura y manifiesta la necesidad de una relación estrecha en pareja , con otra persona del mismo sexo, cuyo status sea comparable al suyo.

La segunda, comienza con la inquietud de la sexualidad genital y la pubertad. Es un período en el que una zona del cuerpo que antes se relacionaba con la excreción se convierte en una zona nueva, súbitamente significativa como zona de interacción en la intimidad interpersonal física. (Sullivan ,1953)

Esto conduce a numerosas necesidades nuevas con las resultantes tensiones, que se identifican como lujuria. El grado en que aparecen complejidades y dificultades en la adolescencia, depende de la claridad con que el individuo distingue entre necesidad de intimidad , de satisfacción lujuriosa, y la de seguridad personal en forma de liberación de la ansiedad.

Por tanto se aprecia que el adolescente se caracteriza por sistemas motivacionales que pueden seguir cursos antagónicos, por ejemplo existe antagonismo entre la necesidad de intimidad y la lujuria.

La adolescencia tardía se extiende a partir del establecimiento de patrones para las actividades genitales preferidas a través de un número indeterminado e de etapas educativas y culmina en la constitución de un repertorio completo de relaciones interpersonales humanas y maduras, según lo permitan las oportunidades personales culturales.

Es decir el individuo se clasifica como adolescente tardío cuando ha logrado descubrir lo que prefiere en su conducta genital y la forma en que puede ajustar esta conducta al resto de su vida. Esta es una etapa que algunos individuos nunca alcanzan , sin importar su edad.

Fundamentalmente la adolescencia tardía es una época de formulación del yo y la obtención de experiencia, la cual debe interpretarse y comprobarse , comparándola con la realidad. Los aspectos inminentes que interfieren con el desarrollo de la verdadera madurez son la ansiedad, y un sistema propio no apegado a la realidad que conduce a distorsiones de la percepción individual de su propia experiencia, evitando mucho de lo que podría llevar a un desarrollo normal. Por desgracia, los sistemas propios de muchos adolescentes tardíos muestran tantas falsificaciones que es imposible la adquisición o interpretación adecuads de la experiencia.

Surge la cuestión de si existen o no oportunidades para que el adolescente adquiera la experiencia que necesita.

Si las tareas para adquirir la experiencia y personificaciones propias de la adolescencia tardía se resuelven con éxito, el individuo desarrolla competencia y respeto por sí mismo o sea que hay una autoestima adecuada. Además es capaz de extender ese respeto a otros.

La ansiedad queda bajo control y se desarrollan comportamientos de restricción. Sullivan (1953) describe que la etapa adulta comienza cuando la persona es capaz de establecer relaciones de amor con otra persona, en las cuales la otra persona es tan importante, o casi tan importante como uno mismo.

Dentro de la personalidad del adolescente se encuentra la forma de ajuste al sentimiento de inferioridad. (Adler 1971 en Cueli y Reidl)

Este sentimiento de inferioridad es el resultado del sentimiento original de desamparo que tienen los niños y los adolescentes, el cual se acrecienta o mitiga, de acuerdo a las actitudes de los adultos sobre todo de los padres en cuanto a la aceptación o rechazo.

Ante el complejo de inferioridad que sería desarrollar una baja autoestima el ser humano tiene tres caminos :

- sucumbir
- compensar y
- sobrecompensar.

Los conflictos del adolescente deben resolverse bien o conducir a un comportamiento neurótico en forma de compensaciones irreales, como por ejemplo comer compulsivamente.

Algunas de las patologías genuinas seudosociales encontradas en adolescentes se explican en parte por la importancia que recibe la necesidad de ser amado con el correspondiente poco énfasis de amar. Propone dos impulsos instintivos :

- autoplástico
- aloplástico

El impulso autoplástico representa el deseo de ser amado y el impulso aloplástico la necesidad de amar a otros. El adolescente expresa en su conducta algo de lo que carece

Con el advenimiento de nuevas necesidades e impulsos en la adolescencia más la consiguiente expansión y cambios de controles dirigidos internamente, cada adolescente debe :

- Adaptarse y cuidar de su propio cuerpo.
- Aprender los papeles sexuales adecuados a fin de prepararse para el matrimonio y la vida familiar.

- Aprender a llevarse bien con los de su misma edad. lograr independencia de sus padres.
- prepararse para la independencia económica por medio de elecciones vocacionales y ocupacionales
- desarrollar un sistema de valores e ideales.

Con los diversos puntos de vista se puede ver como coinciden en que la etapa de la adolescencia es un período en donde el ser humano adolece, existe crisis y es precisamente en este período crucial donde pueden surgir problemas de autostima, de sentimientos de minusvalía, de complejos que puedan interferir con el desarrollo posterior.

2.4.1. TEORIA DE ERIKSON (1963)

Trata a la adolescencia como un período de moratoria porque la persona puede desempeñar varios papeles sin elegir ninguno de ellos en forma definitiva. Es un período de reconsideración del pasado, y de no tener que adoptar el papel del adulto, aunque ya esté libre del papel de niño.

La mente del adolescente es en esencia la del moratorium, una etapa psicosocial entre la infancia y la adultez, entre la moral ya aprendida por el niño y la ética que ha de desarrollar el adulto.

Es una mente ideológica y, de hecho, resulta la visión de la sociedad la que habla con más claridad al adolescente ansioso de verse afirmado por sus iguales y listo para sentirse confirmado a través de rituales, credos y orogramas que al mismo tiempo, definen el mal, lo incomprendible y lo hostil. Por tanto al buscar los valores sociales que guían su identidad, uno enfrenta los problemas de la ideología y la aristocracia. ambos en su sentido más amplio posible, según el cual, dentro de una imagen definida del mundo y un curso predestinado de la historia, los mejores individuos llegarán al poder, mismo que desarrolla lo mejor que hay en la gente. Para no caer en el cinismo o en la apatía, los jóvenes deben ser capaces de convencerse de que quienes triunfan en su mundo adulto anticipado tienen así la obligación de ser los mejores.

Una teoría es un grupo de proposiciones generales, coherentes y relacionadas entre sí, que se utilizan como principios para explicar una

clase o conjunto de fenómenos. Es un sistema de constructos, congruentes mutuamente reforzantes relacionados entre sí y entrelazados. Toda teoría nace de una hipótesis y puede generar otra. En términos generales pueden identificarse dos enfoques en las interpretaciones de la adolescencia, el enfoque donde el medio ambiente es el importante y el segundo que se orienta a lo que sucede dentro de la persona, aceptan la influencia del ambiente pero como algo incidental. Estas teorías son de particular interés para la Psicología.

Erikson trabaja dentro de los límites de la teoría Freudiana, describió la secuencia del desarrollo como formada de 8 etapas, cada una de las cuales le presenta al individuo un conflicto que se puede manejar en una o dos formas. Una de estas dos maneras es benigna y representa la buena resolución de dicho conflicto, la otra otra es dañina y representa un fracaso.

A medida que la persona atraviesa por las ocho etapas adquiere una identidad de su ego y cada etapa aporta influencias positivas.

Las diversas etapas presentan una serie de tareas psicosociales cada una de las cuales , debe ser nominada en el tiempo adecuado, para que las tareas de las etapas subsiguientes no presenten dificultades adicionales.

Así, Erickson propone dos postulados :

El primero es que cuando aumenta la edad de un individuo, el EGO se desarrolla sisténáticamente en una serie secuencial de etapas.

Estas etapas se caracterizan por el desarrollo de actitudes psicosociales que se relacionan con los procesos de la libido y la maduración.

El escenario para que surjan las actitudes es el amplio medio social del niño.

El segundo postulado es que a medida que se desarrolla el EGO se enfrenta a crisis psicosociales ocasionadas por las actitudes que surgen en cada etapa.

ETAPAS DE ERIKSON :

- 1) CONFIANZA vs DESCONFIANZA
- 2) AUTONOMIA vs VERGUENZA
- 3) INICIATIVA vs INDECISION
- 4) INDUSTRIA vs MEDIOCRIDAD
- 5) IDENTIDAD vs CONFUSION
- 6) INTIMIDAD vs AISLAMIENTO
- 7) GENERATI. vs ESTANCAMIENTO
- 8) INTEG. del YO vs DESESPERACION

Las primeras tres etapas representan la infancia y la niñez, la cuarta la latencia, la quinta la pubertad y la adolescencia. La sexta la edad del joven adulto y las dos restantes la edad adulta.

Dichas etapas son ampliamente tratadas en la tesis de doctorado (Silva 1993).

Se enfatizará sobre la quinta etapa crítica de la adolescencia, que es la más importante para el actual trabajo, no sin antes mencionar aunque sea en forma superficial lo más relevante de cada una de ellas.

1) CONFIANZA vs DESCONFIANZA. (0-1)

Del nacimiento al primer año de vida , la relación madre - hijo resulta de vital importancia. Dicha relación debe contener las siguientes características:

constancia
consistencia
solidez
cercanía

La proximidad del niño con su madre , esa cercanía de cuerpos, por ejemplo al amamantarlo le dará al niño confianza, así como que esa relación debe ser tan sólida que el niño sienta que no se puede romper.

Constantemente deben permanecer juntos , el mayor tiempo posible. El no ver a su madre por periodos largos daña la relación, en hospitales,

actualmente ya le permiten a la madre permanecer junto al bebé. La consistencia trata de que la relación sea como un lazo muy firme, que en todo momento pueda contar con su madre.

La confianza es esa esencial seguridad, plena en los otros y también un sentimiento fundamental de la propia confiabilidad.

La confianza básica es una actitud penetrante hacia uno mismo y hacia el mundo, derivada de las experiencias del primer año de vida. (Benedek T. citada por Silva 1993) denomina confianza = trust y confidence = fe.

La confianza se convierte en la capacidad de tener fe, necesidad vital del hombre.

Cuando en esa relación madre - hijo hay desconfianza, de adulto pudiera ser un individuo celoso y posesivo, ya que el primer ser con el que tuvo contacto: su madre no supo brindarle confianza en el primer año. Amistades, noviazgos, cónyuge, se vivirá con el temor de perder cualquier relación, de ahí la desconfianza y los celos.

2) AUTONOMIA vs VERGUENZA (1-3)

La significación de esta etapa se encuentra en los rápidos logros en cuanto a la maduración para coordinar varias pautas de acción netamente conflictivas, caracterizadas por las tendencias de "retener y soltar".

La confianza es el reflejo de la fe en los padres, el sentimiento de autonomía es el reflejo de la dignidad de los padres como seres autónomos (Silva 1993)

Erikson la llama autonomía porque el niño ya modifica el medio de alguna forma, además controla sus esfínteres, habla, camina, corresponde a la etapa anal de Freud entre 1 - 3 años. Se debe evitar frenar al niño en su autonomía, dejarlo por el contrario que satisfaga su curiosidad, no se debe poner al niño en ridículo pues sentirá vergüenza, duda, que posteriormente cuando sea adulto estará muy apegado al que dirán provocando inhibición. Se debe permitir que avance en su autonomía, lo más que se pueda, que empiece a comer solo, a tratar de bañarse y vestirse.

3) INICIATIVA vs INDECISION (3-5)

El niño en esta etapa muestra las siguientes características, es egocéntrico, exhibicionista, dibuja, maneja herramientas, instrumentos, es creativo, envidioso. No se debe coartar su iniciativa pues de adulto puede caer en ser indeciso, dependiente y conformista, en esta etapa se debe descubrir que clase de individuo puede llegar a ser.

4) INDUSTRIA vs MEDIOCRIDAD (6-12)

(Silva 1993) la llama : Laboriosidad vs Inferioridad. El niño desea imitar a la gente que desempeña ocupaciones que ellos pueden comprender, bomberos, policías, jardineros, tortilleros, plomeros. Corresponde a la etapa de latencia o sea los años en la primaria, es cooperativo, le gusta trabajar en equipo, es competitivo. Dentro del hogar debe tener una tarea fija, la cual si no desempeña, nadie la hará por él, esto le enseña a su vez a ser responsable.

El peligro reside en el desarrollo de una sensación de extrañamiento frente a sí mismo y a sus tareas, el bien conocido sentimiento de inferioridad. En la escuela debe tener calificaciones altas pues si se acostumbra a sacar bajas notas puede caer en la mediocridad, la que quizá arrastre por el resto de su vida.

5) IDENTIDAD - CONFUSION

Los jóvenes crecen y se desarrollan, enfrentándose a una revolución fisiológica en su propio interior y con tareas adultas tangibles que los aguardan, se preocupan ahora fundamentalmente de lo que parecen ante los ojos de los demás, en comparación con lo que ellos mismos sienten que son.

El peligro de esta etapa es el de confusión ante la identidad sexual, ante la elección vocacional, caer en dependencias como tabaquismo, el comer compulsivamente, alcoholismo, juego. Los episodios delincuentes y abiertamente psicóticos no son raros.

Se inicia la etapa del enamoramiento en grado considerable, el amor adolescente constituye un intento por llegar a una definición de la propia

identidad, la mente adolescente es en esencia la del moratorium, una etapa psicosocial entre la infancia y la adultez, entre la moral ya aprendida por el niño y la ética que ha de desarrollar el adulto.

Durante este período de la vida existe una crisis demasiado intensa y como ya se mencionó, fácilmente se caen en las adicciones, al juego, a la bebida, al tabaco y a la comida. El adolescente tiene muchas razones para angustiarse, vive en tensiones constantes comenzando por esa explosión dentro de su cuerpo con los cambios metabólicos, hormonales etc. La relación heterosexual tiene tal auge que despierta su ansiedad y uno de los mecanismos que puede operar como anti-ansiolítico es la comida, comer compulsivamente aminorando la angustia.

Busca valores sociales, deben de convencerse que los mejores individuos llegarán al poder, quienes triunfan tienen la obligación de ser los mejores. Entonces la principal actividad en la etapa de la adolescencia es la identidad del ego, el individuo trata de adaptarse a sí mismo y de elaborar un concepto de su yo, con el que pueda vivir, pero tal integridad del ego representa una integración que se desarrolla a partir de la experiencia social y de la aceptación de papeles sociales.

El ego del adolescente es aún borroso, existe confusión y una tendencia a sobreidentificarse con los de su misma edad y con figuras ideales.

Durante este período, los adolescentes pueden ser demasiado intolerantes al hacer juicios libres sobre lo correcto y lo equivocado así como lo bueno y lo malo. En esta etapa psicosocial entre la niñez y la edad adulta cuando el individuo no puede identificarse con nadie, surge un sentimiento de ser ajeno.

Esta etapa representa un período crítico en donde el proceso de definición de la identidad puede mantenerse difuso o cristalizarse. Si la identidad del Ego permanece difusa, el adolescente se caracteriza por sus niveles crecientes de ansiedad, lo cual repercute en diversos aspectos de su vida. como la deserción escolar en los primeros años de la universidad, cuando se resuelve la ansiedad y sus causas, entonces cabe esperar que la identidad sea más clara en la adolescencia tardía. El concepto de sí mismo o la autoimagen, durante la crisis de identidad es de suma importancia. Al

ser la adolescencia un período de moratoria psicosocial de la juventud, se indica que es un período de reconsideración del pasado, de análisis y de no tener que adoptar el papel de adulto, aunque ya esté libre del papel del niño, lo llama período de moratoria, porque la persona puede desempeñar varios papeles sin escoger ninguno de ellos en forma definitiva.

Los jóvenes necesitan sobre todo una moratoria para la integración de los componentes de la identidad (1977, p. 105) El adolescente busca de la manera más ferviente, hombres e ideas en los que pueda tener fe y probar que él mismo es digno de confianza. Al mismo tiempo el adolescente teme contraer un compromiso tonto que implique demasiadas expectativas, por lo cual paradójicamente, expresará su necesidad de fe con la desconfianza ruidosa y clínica, busca una oportunidad de tener el consentimiento de los otros.

Algunos adolescentes prefieren no trabajar en nada, antes de verse obligados a seguir una carrera que de alguna manera los comprometería y les ofrecería el éxito, sin la satisfacción de funcionar con una excelencia única en su género.

El joven aturdido por la incapacidad para asumir un rol, al que lo ha forzado la inexorable estandarización de la adolescencia contemporánea se evade de diferentes maneras:

dejando de asistir a la escuela, abandonando el empleo, pasando las noches fuera de la casa o aislándose en actitudes caprichosas e incomprensibles.

En general lo que más perturba a los jóvenes es su falta de habilidad para ubicarse en una identidad ocupacional, en la jungla social de la existencia humana , un individuo no puede sentir que está vivo si carece de un sentimiento de identidad (Erikson 1977 p.106)

El amor del adolescente es un intento de lograr una definición de su propia identidad.

Con respecto a la problemática de la identidad , se pueden citar cuatro casos ejemplares generales que Erikson precisó:

IDENTIDAD REALIZADA :

La identidad está realizada cuando el individuo ha experimentado y resuelto una crisis de identidad. Esta entonces comprometido desde el punto de vista profesional e ideológico, lo cual presupone que ha tenido ocasión de considerar varias posibilidades (fase de moratoria) y que se ha decidido según sus propios criterios.

IDENTIDAD DIFUSA :

Es el polo inverso de la identidad realizada. se define esencialmente de manera negativa, no hay compromiso psico-social bien porque la crisis de identidad no se haya producido, bien porque aún produciéndose no ha sido resuelta.

MORATORIA PSICOSOCIAL:

La moratoria psico- social se corresponde con la fase de crisis propiamente dicha. Se produce entonces una búsqueda activa de compromiso, pero no se toma ninguna decisión definitiva. Erikson compara esta fase con el juego del niño; efectivamente, se trata de experimentar realmente los roles sociales al igual que lo hacía el niño, en sus juegos, y de manera ficticia, con el mundo físico y social.

IDENTIDAD REPUDIADA :

Constituye el último caso ejemplar abordado. Se trata aquí de aquellos casos en los que el adolescente se ha comprometido en los planos profesional o ideológico, pero sin haber experimentado una verdadera crisis de identidad (que supone una moratoria) .

Las elecciones realizadas no son sus propias elecciones, sino que son reflejo de las de su familia o del medio en que vive. Marcia (1966)

Debemos referirnos a Marcia (1980), cuando hace un repaso de los trabajos realizados en este terreno desde 1966. Sus conclusiones son que la identidad progresa desde los 12 a los 18/21 años : al principio se puede esperar un predominio temporal de identidades repudiadas o difusas, hacia los 18 años, muchos adolescentes han progresado hacia la moratoria y la identidad realizada. Por último al rededor de lo 21 años , la mayoría de los individuos se encuentran en la situación de la identidad realizada.

Al trabajar en grupo con obesos adolescentes tiene mucha importancia en relación a la teoría de Erickson, ya que se está reuniendo a sujetos que cruzan por la misma etapa problemática de crisis, de incomprensión, de esta manera al verse reunidos se desarrollará la confianza para abordar el tema de su sobrepeso con toda la problemática que hay oculta dentro de la silueta con sobrepeso.

6) INTIMIDAD vs AISLAMIENTO

En esta etapa Erikson no señala edad, la adolescencia ha pasado, se terminó una carrera o profesión. Existen dos señales para ver si ya se está en dicha etapa:

- independencia económica
- búsqueda de una pareja estable

Es probable que un joven ciudadano a los 20 años aún se encuentre en la etapa de la adolescencia, pues esta se alarga hasta que tenga solvencia económica, cuando no llega a intimar con otra persona, puede aislarse y a medida que tenga más edad será más difícil encontrar a la pareja ideal.

7) GENERATIVIDAD vs ESTANCAMIENTO

Aparte de desarrollar sus propias potencialidades, ayuda a que generaciones futuras también se desarrollen, aún es productivo, creativo, lo que sembró, se está cosechando ya, se acercan generaciones nuevas para pedir su consejo, el individuo en esta etapa se vuelve como un guía, para que salgan adelante los jóvenes.

El adulto se vuelve generoso en impartir y comunicar valores y consejos, el peligro está en que puede haber un estancamiento de tipo afectivo y ser incapaz para ayudar a nuevas generaciones, por caer en la amargura o neurosis.

8) INTEGRACION DEL YO vs DESESPERACION.

La personalidad se encuentra totalmente definida, es muy difícil que cambie, la emoción es ecuánime, acepta responsabilidades, se siente auto-realizado, cuando no le alberga este sentimiento de plenitud entra en la desesperación y desearía tener otra vida, para volver a vivirla.

Cabe cutar la frase :

**“ VIVE, COMO EN EL MOMENTO DE
MORIR QUISIERAS HABER VIVIDO ”**

CAPITULO 3. EL ADOLESCENTE OBESO.

A la *ADOLESCENCIA* se le define como un momento crucial en la vida del hombre y constituye la etapa decisiva de un proceso de desprendimiento. Este proceso atraviesa por tres momentos fundamentales: (Aberastury A. 1977)

El primer momento es el nacimiento, el segundo surge al final del primer año, con la eclosión de la genitalidad, la dentición, el lenguaje y la marcha.

El tercer momento aparece con la *ADOLESCENCIA*.

En los últimos años su estudio se ha convertido en una completa especialidad diferente de la psicología infantil y de la del adulto.

Las características del adolescente obligaron a replantear muchos conceptos clásicos del psicoanálisis. Erikson señala que la juventud casi por definición que la " juventud casi por definición, tiene una presencia que desafía toda teorización." Esto significa que son necesarias otras hipótesis teóricas para comprender lo que sucede psicológicamente en la adolescencia .

La Psicología de la adolescencia obliga a plantear de nuevo los criterios de salud y enfermedad.

Podemos mencionar varios autores: Masterson, Blos, Kaplan, Eisenberg, Aberastury, Kalina, Pavlosky que han hecho aportes teóricos y técnicos sobre el abordaje del trato al adolescente y problemas que se suscitan.

Al adolescente se le describe como una persona emocional, sumamente voluble y egocéntrica, que tiene poco contacto con la realidad y es incapaz de la autocrítica. También se le ha llamado conservador, estereotipado, inestable, perfeccionista y sensible.

(Franzen, Silke, Zeischrift, Psychologie ,1995 Vol.24 (1) p. 65-69)

Dos son los pilares básicos para comprender al adolescente:

- a) La crisis de la identidad y
- b) Duelos de la Adolescencia

La edad de crisis de la identidad debe entenderse como una confusión normal entre los 12 y 20 años, como resultado de toda eclosión instintiva a la que se contraponen, represión interna del mismo adolescente y la presión familiar y social que procuran adaptar a ese individuo, dándole una identidad de acuerdo con las reglas sociales y morales vigentes.

Esta lucha psicológica que tiene aspectos conscientes, pero inconscientes en su mayor parte, se desarrolla dentro del adolescente que responde con conductas que en otras épocas equivocadamente se consideraron enfermas.

La teoría de los duelos desarrollada por Aberatrury (1977) señala que el adolescente debe sufrir y aceptar la pérdida de la infancia, el rol y la identidad infantil, mientras es espectador impotente de lo que sucede dentro de su organismo. Estos duelos suelen ir acompañados, por toda la sintomatología normal de aquella persona a la que se le ha muerto alguien. Este es un proceso del que el sujeto no es consciente y genera ansiedad en grado variables. Esta ansiedad puede actuar como un factor desencadenante de la obesidad provocando una doble conducta patológica. Aumento de la ingesta y disminución del gasto calórico.

Es sorprendente que Shenker (1971) señale que la obesidad en la adolescencia sea el motivo de consulta más común en el hospital general multidisciplinario de E.U.

El adolescente obeso puede sufrir diversos cambios psicológicos como una imagen corporal negativa, pérdida de la autoestima, ansiedad, depresión, hostilidad, sentimientos de culpa, síntomas somáticos, los cuales afectan sus patrones alimentarios, en realidad existen pocos estudios sobre el perfil del adolescente obeso.

La adolescencia es una etapa crítica en el desarrollo del individuo, durante la cual se consolidan las costumbres alimentarias, la autoimagen y los rasgos de personalidad de ella derivados.

El adolescente come por llenar un vacío de tipo psicológico, por ejemplo por sentimientos de soledad, un adolescente puede pedir una ensalada en presencia de personas con las que coma en un restaurante, pero cuando se encuentra sola come cacahuates, pan con mermelada, chocolates .

La obesidad evita que un conflicto estalle, se ingiere alimentos como respuesta a estados emocionales en una familia disfuncional.

El alimento resulta un placebo para que permite bajar la ansiedad.

Existen dos posibilidades de ser obeso en la adolescencia :

- a) Como continuación de una obesidad infantil.
- b) Como comienzo en la adolescencia, se un individuo que hasta entonces era delgado.

Clasificación de la obesidad en el adolescente (por Bruch):

- 1) Obesidad constitucional (infantil)
- 2) Obesidad reactiva
- 3) Obesidad del desarrollo.

El valor etiológico de los psicológico en la obesidad constitucional es escaso. Más importantes son sus consecuencias psicológicas.

La obesidad reactiva es un cuadro que se produciría en cualquier momento de la vida: diversas tensiones provocarían una respuesta compensadora de sobrealimentación y esas mismas situaciones desencadenantes conducirían a la disminución de la actividad. En la adolescencia hay numerosas posibilidades de que eso se produzca.

Cesado el motivo desencadenante cesa la conducta patológica. Nosotros agregaríamos que convendría hablar de sobrepeso o gordura reactiva que puede, si se mantiene en el tiempo transformarse en obesidad o no.

La adolescencia es una etapa crítica en el desarrollo del individuo, durante la cual se consolidan las costumbres alimentarias, la autoimagen y los rasgos de personalidad de ella derivados.

El adolescente come por llenar un vacío de tipo psicológico, por ejemplo por sentimientos de soledad, un adolescente puede pedir una ensalada en presencia de personas con las que coma en un restaurante, pero cuando se encuentra sola come cacahuates, pan con mermelada, chocolates .

La obesidad evita que un conflicto estalle, se ingiere alimentos como respuesta a estados emocionales en una familia disfuncional.

El alimento resulta un placebo para que permite bajar la ansiedad.

Existen dos posibilidades de ser obeso en la adolescencia :

- a) Como continuación de una obesidad infantil.
- b) Como comienzo en la adolescencia, se un individuo que hasta entonces era delgado.

Clasificación de la obesidad en el adolescente (por Bruch):

- 1) Obesidad constitucional (infantil)
- 2) Obesidad reactiva
- 3) Obesidad del desarrollo.

El valor etiológico de los psicológico en la obesidad constitucional es escaso. Más importantes son sus consecuencias psicológicas.

La obesidad reactiva es un cuadro que se produciría en cualquier momento de la vida: diversas tensiones provocarían una respuesta compensadora de sobrealimentación y esas mismas situaciones desencadenantes conducirían a la disminución de la actividad. En la adolescencia hay numerosas posibilidades de que eso se produzca.

Cesado el motivo desencadenante cesa la conducta patológica. Nosotros agregaríamos que convendría hablar de sobrepeso o gordura reactiva que puede, si se mantiene en el tiempo transformarse en obesidad o no.

La obesidad del desarrollo es, según Bruch (en Stuncard A. Obesity and the body image Psychiat 123:11, 1967.) una típica obesidad observable en la adolescencia. Sería una compleja constelación que viene- como su nombre lo indica - formándose paralelamente al desarrollo del individuo en el seno de una familia con características determinadas. Los problemas psicológicos de los niños, púberes y adolescentes con estas características tendrían que ver con los patrones de comunicación distorcionados, similares a los del desarrollo esquizofrénico.

La obesidad reactiva y la obesidad del desarrollo son obesidades defensivas: Bruch(1977): Algunas Situaciones Especiales. ed: Panamericana. P.274.

En la obesidad reactiva la defensa es como respuesta a un conflicto manifiesto y en la obesidad del desarrollo la defensa es a toda una configuración conflictiva latente y confusa.

En ambas además para tratar estrictamente *obesidad*, se necesita de un grado de predisposición. Esta es máxima en la obesidad constitucional o primaria que llamamos *estructural* para remarcar la existencia de una estructura genética- metabólica- psicológica con tendencia a persistir.

Cuando el sobre peso y/o gordura de la obesidad reactiva o de la obesidad del desarrollo se mantiene un tiempo suficiente, decimos que se ha primarizado y funciona psicológicamente como una obesidad estructural.

Continuando con el estudio de los factores psicológicos para comprender al adolescente obeso, se señala que existen fenómenos de caracteres diversos:

- Los que provocan el desarrollo de la obesidad,
- Los derivados del estado de obesidad y
- Los precipitados por adelgazamiento.

Teniendo en cuenta esto, se describen aspectos psicológicos del adolescente obeso sin abrir juicio sobre si los síntomas son primitivos o secundarios.

CARACTERISTICAS:

1) PASIVIDAD

Es el factor más importante de obesidad en el adolescente. Mayer 1974 realizó un estudio, con técnicas cinematográficas de partidos con pelota y observó que los adolescentes obesos pasan inmóviles del 80 al 90 % del tiempo de juego. El mismo y casi todos los autores han observado esto en casi todos los deportes.

2) IMAGEN CORPORAL.

Comienza en la infancia y la adolescencia, cuando la situación familiar está perturbada (Bruch 1991).

Es importante la edad del comienzo de la obesidad, en relación con la imagen corporal. La adolescencia es el período definitivo, más importante en relación con los disturbios de la imagen corporal. O sea que si se es obeso desde niño y no en la adolescencia, habría menos probabilidades de distorsión corporal que en caso contrario. Cabe señalar la importancia de la presión externa (actitud de padres y amigos) y la necesidad de integración heterosexual durante la adolescencia como aspectos que determinarían las distorsiones del esquema corporal.

Las frustraciones de diverso tipo en este período intensifican las imágenes negativas y las gratificaciones, las imágenes positivas de sí mismo.

Penick y Stuncard (1972) demostraron que los obesos que tienen trastornos de la imagen corporal son obesos juveniles o sea que comenzaron su obesidad en su infancia o adolescencia.

Las dificultades observadas en ellos se agrupan en tres tipos de trastornos:

- a) Visión de uno mismo : Objetivada en la famosa incapacidad de verse en espejo.
- b) Visión de sí mismo frente a los demás: Timidez e ideas equivocadas acerca de como son vistos.
- c) Visión de sí mismo frente al sexo opuesto, acompañada de inhibición y hostilidad.

Este triple trastorno lo observamos a menudo y se puede presumir su íntima relación con la pasividad y con las influencias psicológicas familiares y sociales.

3) Rol Familiar.

El adolescente obeso independientemente de la etiología de su problema influye y es influido por la situación familiar. Esa influencia es decisiva en la obesidad del desarrollo descrita por Bruch.

El adolescente es en estos casos un depositario de conflictos no resueltos en el seno familiar.

Los obesos adolescentes tienen un alto grado de dependencia de las figuras parentales, especialmente de la figura materna. Tienen notables dificultades para canalizar la agresión en relación con esa dependencia y están expuestos a las contraindicaciones de la comunicación familiar, especialmente de las familias denominadas obesogénicas que se emparentan con la obesidad de desarrollo.

IV Característica . Sobrealimentación .

Es la más clásica y conocida, debe señalarse como al principio que la adolescencia es un período crucial de la vida, normalmente ansiógeno. Puede inferirse que el adolescente puede estar respondiendo a esa ansiedad en forma confusa, sin diferenciar las sensaciones de hambre de otras sensaciones corporales e incrementando aún más esa estructura patológica.

Predisponen a la obesidad el hastío el amalgamiento y la rigidez. Algunos adolescentes comen por adicción a la comida. Cuando las personas desarrollan adicción a los alimentos, dá lugar a ciertos desórdenes en el comportamiento del comer .

Existen adolescentes obesos que manifiestan patrones de sobrealimentación cuya base es emocional, cerca del 10% de adolescentes obesos, por lo general mujeres, desarrollan un síndrome de alimentación nocturna que se caracteriza por anorexia por la mañana e hiperfagia con insomnio en las noches (Goldman 1989).

Al parecer las tensiones de la vida precipitan esa conducta que tiende a persistir hasta que se alivian dichas tensiones.

Un grupo más pequeño de obesos (cerca del 5 %) son glotonas episódicas. Estos episodios tienden a ocurrir después de las tensiones emocionales y pueden representar reacciones a ellas.

Los adolescentes obesos que tienen trastornos mentales concomitantes, pueden experimentar menosprecio de su propia imagen corporal. Sienten que sus cuerpos son grotescos y que otros los miran con hostilidad y desdén. Estos sentimientos pueden verse reforzados por las actitudes sociales, puesto que a menudo se discrimina a las personas gordas y los demás las consideran personas débiles, autodestructivas y responsables de su estado. Manifiestan además poco amor propio y concepto negativo de su persona.

Los adolescentes obesos tienden a masticar menos y a comer con mayor rapidez que las otras personas, pero ambos grupos se ven influidos de manera poderosa por las conductas alimenticias de quienes los rodean.

Los adolescentes obesos tienden a ser menos activos , pero esto puede ser una consecuencia más que una causa. (Howard H. 1989)

Algunos de los aspectos emocionales que se atribuyen tradicionalmente a los adolescentes obesos, pueden ser consecuencia de sus intentos por perder peso mediante dieta especial , más que una causa de su estado.

En contraste la imagen jocosa que proyectan algunos adolescentes obesos, puede ser una defensa psicológica para lograr la aceptación de los demás.

Si un joven no alcanza su peso casi normal al final de la adolescencia , su autoestima quedará dañada, desarrolla sentimiento de minusvalía , el que puede permanecer por largo tiempo, estableciéndose entonces un círculo vicioso:

Está obeso luego se siente menos ante los demás. Y por su autoestima dañada , no hace nada por bajar de peso , al contrario puede incluso comer más.

Se desarrollan entonces trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia , ya mencionada y que proliferan sobre todo en esta etapa de adolescencia.

Un estudio sobre el odio a la comida , ejercicios para adelgazar y la pérdida de peso en chicas prepúberes se llevó a cabo en una chica japonesa que después de cinco meses continuaba perdiendo peso alarmantemente (Oshizeki thachikawa, Tanimoto, Hanaky 1994)

Tenemos la bulimia por otro lado la cual no es hambre ni glotonería , se trata de un trastorno psicológico , ya mencionado que impulsa a comer cualquier cosa.

Se realiza sobre todo en adolescentes o mujeres jóvenes, comen y comen saben que no deben hacerlo pero devoran, en seguida viene el reproche por haber caído una vez más.(Shisslak, Pazda, Crago, 1990)

Se supone que un adolescente que come desafortadamente tiene que estar necesariamente gordo. Sin embargo cuando se habla de bulimia el sobrepeso no es un dato significativo. Algunos adelgazan, otros vomitan después de comer, y otros engordan convirtiéndose en obesos.

Por otra parte no todos comen regularmente , los hay que se dan un atracón aislado y luego pasan una temporada comiendo muy poco.

El individuo devora, saquea el refrigerador, se abalanza indiscriminadamente sobre los alimentos , las preocupaciones y tensiones propias de la adolescencia es una explicación demasiado simple que NO ayuda a comprender la auténtica característica de este grave problema.

En primer lugar se debe destacar la excitación que precede al acto bulímico, esta excitación implica muchas veces una sensación de angustia y de irritabilidad que hace creer que la solución es la comida aunque realmente no se tenga hambre. El adolescente siente que le falta algo, que

tiene una carencia en su vida, pero no sabe como expresarlo, para llenar este vacío introduce en su boca comida, pero esta es una solución ilusoria porque el verdadero vacío no se puede llenar con ningún alimento. (Williams, Power, Millar 1993)

Otro de los puntos fundamentales del acto bulímico es que se suele llevar a cabo de manera solitaria solitaria. Se podría decir que es un acto autoerótico comparable a la masturbación, puede realizarse entre la multitud con tal que ésta sea anónima.

Existe dificultad en algunos chicos para establecer relaciones afectivas y para producir un intercambio de comunicación con los demás. Esto muestra cómo el aspecto psicológico es muy importante (Mitrany 1992)

En los adolescentes varones la bulimia aparece disfrazada de otros problemas (fracaso escolar, drogadicción) y no es fácil que el verdadero conflicto salga a la luz.

Se trata este problema como un conflicto adolescente porque existe un número significativo de casos a esta edad y además porque la detección precoz del trastorno es fundamental para la vida futura de estos chicos.

Muchas crisis de bulimia se instalan en el seno de una familia por problemas de comunicación, son adolescentes que se quejan de la ceguera de los padres , de la incomprensión de una madre que se mete demasiado en sus vidas. En cualquier caso, lo que pasa se silencia, no se habla, es ahí donde se hace presente la bulimia, como forma de llenarse la boca y no hablar.

Existen dos clases de bulimia:

- 1) Después de comer, se esconden, nadie las ve y se provocan el vómito, éstas conductas se evidencian más en mujeres que en hombres.
- 2) Después del atracón , hacen ejercicio en exceso, se laxan, toman diuréticos, tratan de deshacer los excesos cometidos.

Debido a esto su peso puede ser ideal , pero no se descarta la adicción a la comida , por la forma en el comer desesperada, NO suben e peso por el vómito producido.

La asociación entre las mujeres bulímicas y programas físicos para no engorar se llevó a cabo en Argentina (Fuchs, Camillot, Zuckerfel 1988)

EL CLASICO OBESO:

Nunca termina de comer , todo lo que está frente a ellos lo comen , después viene la angustia, la persecución y la rabia.

Otra conducta del adolescente obeso es que tienen que estar comiendo para poder estudiar , la comida resulta ser el bastón para poder desempeñar bien sus responsabilidades.

Algunos alimentos tienen valor neurológico y bioquímicamente alteran el cerebro. EL chocolate por ejemplo produce ENDORFINAS , las que a su vez le provocan euforia , sensación de bienestar, por ejemplo los carbohidratos chocolate, donas, caramelos, galletas que provocan cambios a nivel bioquímico y conductual por provocar euforia. (Montignac, 1996).

Comer compulsivamente puede convertirse en adicción. El adolescente: comedor compulsivo, anoréxico, bulímico y el obeso, públicamente jamás aceptan su problema , pero muy dentro de sí mismos saben que algo les pasa y no saben que hacer. Nunca se autoengaña, el bulímico no come delante de la gente pero a solas sí.

La obesidad es menospreciada en Canadá , En E:U: las respuestas variaban muchísimo dependiendo de la figura de las personas , el sexo y la edad (Lebow , Ness 1989)

El adolescente SUPLE necesidades psicológicas por trastornos en su forma de alimentarse, el obeso come en exceso, si se le antojó un pastel , a veces no se lo come por estar en compañía , esto es peor porque cuando se encuentre solo lo comerá. (Gabriela Keselman , Sabin Auduriz 1990)

En el adolescente los alimentos se asocian a situaciones afectivas

importantes por ejemplo , una malteada que la madre daba por la mañana con un pan lleno de mantequilla y mermelada cuando se iba a la escuela, al crecer necesita un gratificador como recuerdo a su niñez, por los recuerdos cariñosos la persona come, si su abuelita le preparaba determinado alimento en una forma, aunque sea elevado en calorías, lo comerá.

La familia del adolescente es muy importante pues es indudablemente en el núcleo familiar donde se adquieren los hábitos alimenticios , si cualquier logro o fiesta se festejaba con chocolate y pastel , una cena o una gran comida , la persona queda habituada a festejar de dicha manera, cualquier logro en la vida.

La madre del adolescente obeso generalmente es una madre sobreprotectora, protege al hijo a través de "TE DOY DE COMER" El adolescente sufre dismorfofobia= Sentir horror y repugnancia de su propio cuerpo. La conducta alimentaria de los adolescentes obesos está interrelacionada con varios aspectos familiares que afectan la auto imagen corporal (Jimenez , Diaz de León y Malacara 1992)

Los jóvenes obesos tienen índices más altos de disfunción triangular padres- hijo y más desaprobación para el comportamiento de su alimentación, se sintieron menos aceptados en la familia y sintieron gran preocupación por parte de sus padres.

En dichas familias existe amalgamiento o aglutinamiento, esto significa que muestran una involucración recíproca, tenencia intrusiva, es decir cada uno habla de los pensamientos y acciones de los otros, se concluyó que el comportamiento de la alimentación está interrelacionado con varios aspectos de la psicología dinámica de la familia, la cual tiene un efecto en la homeostasis y la autoimagen corporal de adolescente.

Las intervenciones de la casa y de la escuela, donde se habla de la salud, hábitos de comer, nutrición y ejercicio desarrollan un estilo de vida sano para los adolescentes, desempeñando la familia un papel importante en la instalación y mantenimiento de la obesidad como microsistema social.

(Wichon -Phillip 1989)

La obesidad puede manifestarse ya desde la lactancia , los mecanismos de succión e ingesta de alimentos ejercen una acción calmante independiente del origen del malestar corporal y pueden ser considerados como puertas de escape para la eliminación de estados de excitación y tensión.

El mecanismo de ingestión va a experimentar un efecto positivo, la tendencia de comer y el alimento aparecen como una recompensa. La comida se transforma en sedante de tensiones. Esta tendencia reaccional en el adolescente y niño es tanto mayor, cuanto más temprano se haya iniciado e este incorrecto aprendizaje y cuanto más tiempo haya durado.

Cuando este niño obeso crece no está ya en situación de distinguir. El adolescente obeso remarca la notable dependencia del ambiente familiar, la pasividad y la poca sociabilidad. Se llevó a cabo un estudio de una adolescente comedora compulsiva que mostraba ansiedad y problemas de sociabilidad en la escuela . (Martínez Vera "Rev. Psicología 1987 Jul-Dic. Vol. 14 (2) p. 74- 93)

El adolescente obeso aparenta un desarrollo afectivo inferior al de su edad cronológica, generalmente se dedican a tareas intelectuales y cuando practican deportes lo hacen en los papeles más pasivos. Al ser la Adolescencia un momento crucial en la vida del hombre constituye una etapa decisiva de un proceso de desprendimiento .(Aberartury A. y colb. Ed. Kargeiman 1979 p. 279).

Los tres momentos fundamentales del proceso de desprendimiento son :

- el nacimiento
- al final del primer año
- la adolescencia.

La crisis de identidad y los duelos de adolescencia son los pilares básicos para comprender lo que sucede psicológicamente en el adolescente, existe una confusión normal que va de los 12 a los 20 años, como resultado de toda la eclosión instintiva a la que se contraponen , la represión interna del mismo adolescente y la presión familiar y social. Esta lucha psicológica

que tiene aspectos conscientes e inconscientes se desarrolla dentro del adolescente que responde con conductas a veces desajustadas, generando ansiedad en grado variable.

Esta ansiedad puede actuar como factor desencadenante en el sujeto con una estructura psicológica y biológica previa para provocar: el aumento de ingesta.

3.2. AUTOCONCEPTO

Uno de los criterios para la personalidad bien ajustada es el que el individuo se conozca a sí mismo. La persona que es capaz de hacer una autocrítica, enumera fácilmente sus cualidades y defectos, comprende su conducta, sabe explicar sus emociones, ambiciones, sentimientos, es porque tiene ya un autoconcepto de su yo.
Se ha detenido a meditar sobre sí mismo

3.3 AUTOESTIMA

La autoestima del adolescente obeso se encuentra dañada, pues la obesidad hace que se sienta impopular y rechazado (Kimm, Sweney y Janosky 1991)

Las obesas tienen bajos sentimientos en su autoestima y muestran tendencias antisociales (Mofy, Maussa Derasat-Nafseyah 1991)

En un estudio longitudinal de tres años en jóvenes negros explorando la relación entre autoestima y obesidad, se concluyó que la autoestima fué asociada con la pérdida de peso sólo para los que cambiaron de obesos a no obesos: mientras que iban perdiendo peso su autoestima iba creciendo. (Brien, Smith, Peleg. American Journal 1990 Nov-Dec- Vol.5 (2) p. 133-139)

Cuando a unas mujeres con sobrepeso y obesas se les puso en tratamiento y perdieron significativamente peso el éxito derivó en una subida de la autoestima (Carlat, Camargo, " American Journal Psychiatry, 1991 Vol. 148 p. 831-843)

La desaprobación de los padres sobre la conducta alimentaria del joven, puede considerarse como un fenómeno previo al sobrepeso del adolescente. Ambos padres reprenden al hijo por su forma de comer, en cierta manera lo rechazan bajo sus regaños y el adolescente baja su autoestima.

Los adolescentes obesos con menor frecuencia reportaron tristeza o envidia al observar una pareja de novios, lo que puede explicarse por censura o represión a la sexualidad, posiblemente derivados de su figura corporal. Los jóvenes obesos suelen tener alterada la percepción de su cuerpo, al que contemplan como grotesco, repulsivo, en ocasiones llegan a la autofobia o a la dismorfofobia. Esto provoca frustración, depresión por temor a ser ridiculizados y humillados y su autoestima se deteriora. (Mancilla, Durán, Ocampo " Rasgos de Personalidad comunes en los Obesos " Salud Pública de México Sept.Oct. 1992. VOL. 34 No. 5).

En este trabajo se ha hecho un intento por relacionar una autoestima baja con la ingesta excesiva, que representa un problema grave en los adolescentes, grave no solo porque origina mayor incidencia de algunas enfermedades que conducen a la muerte temprana, sino también porque llevan a los adolescentes en el aspecto psicológico a parapetarse tras su gordura, adoptando actitudes pasivas o dependientes y de automenosprecio y autodevaluación.

El adolescente con una autoestima dañada es propenso a dejarse engordar, no importando la imagen que ofrece a los demás.

CAPITULO 4. ALTERNATIVAS DE APOYO TERAPEUTICO

La primera medida para abordar un modelo terapéutico respecto a la obesidad, es aceptarla como enfermedad, dándole la importancia que hasta ahora se le ha negado, pese a ser uno de los padecimientos más difundidos y de mayor morbimortalidad y que además afecta como factor agravante en un número muy considerable de patologías.

Es probable que la mayoría de las personas de nuestro país (con seguridad las personas de más de treinta años) se hayan enfrentado al problema de la obesidad, al menos en algún grado, en un sentido general, los intentos por resolver este problema se han descrito como " fracasos espectaculares " (Harris 1979) .

Este problema de la obesidad generalmente comienza en la prepubertad o en la niñez, acentuándose en la adolescencia, período en el que es muy importante estar delgado, por ser la etapa de interacción heterosexual. Surge la presunción , el egocentrismo y el desarrollo de una autoestima adecuada o si a partir de entonces se deteriora , autodevaluándose , puede no cuidar la imagen que brinda a los demás descuidando su silueta al dejarla engordar.

No hay enfermedad que esté más rodeada de ignorancia, mitos y manejos inapropiados que la *obesidad* .

Desgraciadamente el obeso acepta cantidad de ideas erróneas, lo primero es que se debe cambiar el estilo de alimentarse, pero modificar cualquier hábito no es tarea fácil (aunque tampoco imposible). Para tener éxito en nuestro intento por eliminar el exceso de grasa es necesario tener muy claros los objetivos que se desea cumplir.

Los obesos acaban buscando ayuda profesional o recurriendo a grupos de autoayuda , conocidos como "Comedores Compulsivos". El tratamiento en grupo resulta benéfico como se puede constatar con grupo A.A. (Alcohólicos Anónimos), Padres Golpeadores, Neuróticos

Anónimos, es por eso que ésta propuesta se lleva a cabo con psicoterapia grupal.

La Psicoterapia con grupos ha evolucionado poco a poco como medio de tratamiento, sobre todo desde los principios del siglo XX (Thomas 1943 citado por Cornillot 1983)

Se define como una forma de tratamiento en la que se producen cambios benéficos en pacientes alterados desde el punto de vista emocional como resultado de sus interacciones con otros pacientes y por lo menos un terapeuta profesional capacitado en un ambiente de grupo.(Kanas y Farrell ,citado por Goldman 1989).

Los resultados del tratamiento consisten tanto en alivio de los síntomas como en resolución de los problemas intrapsíquicos e interpersonales.

solamente se encontraron dos contraindicaciones para la psicoterapia grupal:

- crisis maniaca aguda y
- trastorno de personalidad antisocial

Quedando dudosos otros trastornos como: parafilias, trastornos disociativos, delirantes .

La descripción del modelo se basa en la teoría de Rogers para lo cual se describirá brevemente.

4.1 TEORIA DE CARL R. ROGERS

Rogers trabaja arduamente sobre la verificación científica del desarrollo de la " Self Theory " donde trata de facilitar el desarrollo de las personas de una manera no directiva.

La influencia que tuvo Rogers para elaborar su teoría fueron los estudios de de Raimy Victor C. sobre el *concepto del yo*. psicoterapia para el

adolescente obeso tiene su influencia en el concepto que tiene el individuo sobre él mismo.

De acuerdo con esta teoría, al obeso no se le llamará paciente sino cliente. El proceso de la terapia distingue tres fases :

- comienzo del insight
- insight
- acciones más el insight

Estos tres aspectos antes mencionados forman parte de la catarsis.

La catarsis :

- es poder manifestar libremente los sentimientos y actitudes que un individuo ha reprimido anteriormente.
- Explorar mejor su situación.
- Comprender su yo sin defenderse ni justificarse.
- aceptar su yo como propio.

INSIGHT : Es una nueva manera de percibir:

- relaciones entre cosas ya conocidas.
- aceptación de todos los aspectos del yo.
- elección de fines que proporcionan una mayor satisfacción, más profunda y estable.

Los elementos esenciales de la terapia Rogeriana son :

- el insight
- Proceso de Counseling que comprende :
 - liberación emocional
 - autocomprensión
 - nuevas decisiones y acciones

Dicho proceso será aplicable al obeso, ya que debe liberarse. hacer catarsis de lo que trae dentro, una vez que comprenda el porqué come en

demasia se pasará a que tome nuevas decisiones y sobre todo que las lleve a cabo.

Para Rogers no existe el paciente sino el CLIENTE.

Y el cliente es ante todo una persona humana.

- 1) Es un ser independiente y autónomo.
- 2) En el que los sentimientos juegan un papel importante.
- 3) Posee tendencia a crecer, adaptarse, encontrar un equilibrio en un inmediato presente.

Uno de los aspectos más importantes para intervención terapéutica de este trabajo es el cambio de personalidad del cliente, en este caso del obeso.

Se debe ver al cliente como una persona que tiene la capacidad de desarrollarse plenamente.

En la terapia centrada en el cliente el papel de las actitudes es esencial.

Actitud de Respeto: La actitud de percibir al cliente através de los ojos del cliente, como él se ve a sí mismo, no de comprender al cliente, sino de comprender como el cliente. Adoptar su cuadro de referencia interno.

¿Cómo le afecta su obesidad ? , ¿Cómo se percibe a sí mismo ? ¿Porqué piensa él que es obeso ? ¿Cómo interfiere , la obesidad en sus relaciones interpersonales?

El terapeuta se hace como el segundo YO del cliente por la comprensión tan profunda establecida.

Condiciones Terapéuticas :

- Relación de Contacto entre dos personas: el cliente y el psicoterapeuta.
- Que el cliente se encuentre en estado de incongruencia : No querer estar gordo.
- Que el terapeuta se encuentre en estado de congruencia.

- Que el terapeuta mantenga hacia el cliente una consideración positiva incondicional.
- Finalmente que el cliente perciba todas las condiciones del terapeuta.

Por congruencia o genuinidad. Rogers entiende que el terapeuta sea el mismo en su relación con el cliente, que no se esconda detrás de una fachada sintiendo una cosa y mostrando 'por fuera otra.

EMPATIA: Debe haber empatía , esta consiste en comprender internamente la conciencia que el cliente tiene de sus experiencias, sentir la angustia o confusión del cliente como personal, como si fuese propia.
 Qué existe detrás de una silueta obesa ? El terapeuta se hace un amigo y compañero del cliente.

SELF: Destaca dentro de su teoría, que viene a ser la autoimagen. Es la representación de uno mismo. La visión que tiene una persona sobre sí misma..

En la formación del self entran:

experiencias
 hechos presentes y
 expectativas futuras

El self es la configuración organizada de las percepciones del yo que son admisibles a la conciencia y está compuesta de autopercepción, las percepciones y conceptos de valores, de objetivos y de ideales.

Una configuración Gestalt = organización total con las que la persona enfrenta la vida.

La imagen que una persona se hace de sí misma.

Señala dos selfs:

Self real - Es el autoconcepto legítimo

Self ideal- El concepto del yo que le gustaria tener al individuo y en que un individuo pone todas sus aspiraciones.

El self real del cliente no debe distancianrse mucho del self ideal, si se alejan mucho existe mayor incongruencia.

Cuando el self es amenazado en la niñez , de adulto la personalidad puede tomarse rígida y rechazante.

Un self seguro en la niñez da como resultado una personalidad fluida y tolerante.

El self llega a la auto-realización cuando hay un esfuerzo activo por parte del sujeto.

Durante la psicoterapia Rogeriana se tratará de cambiar el self dañado, cambiar su autoestima, con ésto le estamos dando fuerzas sólidas para que sepa manejar sus problemas en el futuro y no requiera más terapias.

Se le enseña a vivir las propias experiencias profundamente, el self debe desarrollarse al máximo, crecer .

Estar abierto a nuevas experiencias , dejar la actitud defensiva, vivir el presente, gozar cada momento, es un compromiso permanente con la realidad.

El cliente debe confiar en sus propios impulsos internos, saber tomar decisiones.

El desacuerdo que hay entre sus experiencias y su concepto del YO, durante la terapia va a comenzar a reorganizar poco a poco su personalidad y a venir a un estado de congruencia.

Al concordarse el self real con el ideal vendrá una disminución de la ansiedad y en éste caso el obeso comerá menos.

La " Teoría de Rogers " es una teoría humanística de caracter dinámico. En la que aparecen tres grandes fases :

- 1) organización (de niños)
- 2) desorganización
- 3) reorganización (durante la terapia)

1) De niños nos formamos una consideración positiva, pero en realidad esta consideración proviene de otras personas. La consideración positiva puede ser incondicional o condicional.

Incondicional cuando las propias experiencias están satisfechas de manera óptima. Cuando es condicional puede darse una desintegración de tantas experiencias de la vida corriente que se sienten y no se perciben o de las que no se tiene conciencia.

2) La desadaptación de la personalidad se explica por un proceso inverso al caso de la adaptación. Es muy difícil que el individuo se desarrolle imperturbablemente, sin que nunca sus experiencias personales queden expuestas a las amenazas exteriores.

Si la persona se encuentra desadaptada (punto de vista externo) aunque se sienta adaptada (punto de vista interno) se encuentra siempre en estado de vulnerabilidad. Siendo vulnerable es también muy difícil que su organismo no venga tarde o temprano a tener conciencia de su estado de incongruencia.

3) Para que la personalidad se reorganice es necesario que de algún modo la persona se sienta desorganizada. Rogers nota insistentemente, este estado bifásico de la personalidad, por un lado de desorganización penosa y por otro de reorganización eufórica.

La teoría de Rogers es dinámica porque es actualizante y renovadora, sostiene que la vida tiene que estar en continuo progreso y actualización, en continua renovación : *vivir cada momento de la existencia de una manera completamente nueva y mejor.*

Rogers emplea también otras expresiones más humanistas y más existenciales: la persona en funcionamiento óptimo, tendrá entera confianza en sí misma, tendrá una inmensa capacidad de espíritu creador,

una enorme riqueza interior, será libre, dueña de sí misma, capaz de desarrollar sus inmensas potencialidades.

- **Relación de Contacto entre dos personas: el cliente y el psicoterapeuta.**
- **Que el cliente se encuentre en estado de incongruencia: No querer estar presentes expectativas futuras**

El self es la configuración organizada de las percepciones del yo que son admisibles a la conciencia y está compuesta de autopercepción, las percepciones y conceptos de valores, de objetivos y de ideales.

Una configuración Gestalt = organización total con las que la persona enfrenta la vida.

La imagen que una persona se hace de sí misma.

Señala dos selfs:

Self real - Es el autoconcepto legítimo

Self ideal- El concepto del yo que le gustaría tener al individuo y en que un individuo pone todas sus aspiraciones.

El self real del cliente no debe distanciarse mucho del self ideal, si se alejan mucho existe mayor incongruencia.

Cuando el self es amenazado en la niñez , de adulto la personalidad puede tornarse rígida y rechazante.

Un self seguro en la niñez da como resultado una personalidad fluida y tolerante.

El self llega a la auto-realización cuando hay un esfuerzo activo por parte del sujeto.

Durante la psicoterapia Rogeriana se tratará de cambiar el self dañado, cambiar su autoestima, con ésto le estamos dando fuerzas sólidas para que sepa manejar sus problemas en el futuro y no requiera más terapias.

Se le enseña a vivir las propias experiencias profundamente, el self debe desarrollarse al máximo, crecer .

Estar abierto a nuevas experiencias , dejar la actitud defensiva, vivir el presente, gozar cada momento, es un compromiso permanente con la realidad.

El cliente debe confiar en sus propios impulsos internos, saber tomar decisiones.

El desacuerdo que hay entre sus experiencias y su concepto del YO, durante la terapia va a comenzar a reorganizar poco a poco su personalidad y a venir a un estado de congruencia.

Al concordarse el self real con el ideal vendrá una disminución de la ansiedad y en éste caso el obeso comerá menos.

La " Teoría de Rogers " es una teoría humanística de carácter dinámico. En la que aparecen tres grandes fases :

- 1) organización (de niños)
- 2) desorganización
- 3) reorganización (durante la terapia)

1) De niños nos formamos una consideración positiva, pero en realidad esta consideración proviene de otras personas. La consideración positiva puede ser incondicional o condicional.

Incondicional cuando las propias experiencias están satisfechas de manera óptima. Cuando es condicional puede darse una desintegración de tantas experiencias de la vida corriente que se sienten y no se perciben o de las que no se tiene conciencia.

2) La desadaptación de la personalidad se explica por un proceso inverso al caso de la adaptación. Es muy difícil que el individuo se desarrolle imperturbablemente, sin que nunca sus experiencias personales queden expuestas a las amenazas exteriores.

Si la persona se encuentra desadaptada (punto de vista externo) aunque se sienta adaptada (punto de vista interno) se encuentra siempre en estado de vulnerabilidad. Siendo vulnerable es también muy difícil que su organismo no venga tarde o temprano a tener conciencia de su estado de incongruencia.

3) Para que la personalidad se reorganice es necesario que de algún modo la persona se sienta desorganizada. Rogers nota insistentemente, este estado bifásico de la personalidad, por un lado de desorganización penosa y por otro de reorganización eufórica.

La teoría de Rogers es dinámica porque es actualizante y renovadora, sostiene que la vida tiene que estar en continuo progreso y actualización, en continua renovación : *vivir cada momento de la existencia de una manera completamente nueva y mejor.*

Rogers emplea también otras expresiones más humanistas y más existenciales: la persona en funcionamiento óptimo, tendrá entera confianza en sí misma, tendrá una inmensa capacidad de espíritu creador, una enorme riqueza interior, será libre, dueña de sí misma, capaz de desarrollar sus inmensas potencialidades.

ABORDAJE TERAPEUTICO.

El abordaje terapéutico que se utilizará con los adolescentes se basa en una serie de normas que se pueden esquematizar de la manera siguiente:

- Interrogatorio de antecedentes, sintomatología y comidas.
- Historia clínica donde se consignan embarazos, partos antecedentes familiares período neonatal, pautas de crecimiento, desarrollo neuropsíquico, escolaridad.
- Historia alimentaria (alimentación materna, edad de comienzo de semisólidos destete.)
- Tratamiento de los padres, familiares del obeso.
- Grupo psicoterapéutico de ayuda al adolescente. Para se acepte su problemática y comenzar con la terapia apoyada en Rogers o que se inspira en principios no directivos basándose en Rogers.

La propuesta de este trabajo radica en la terapia grupal que se inspira en principios no directivos siguiendo a Ropgers.

La Psicoterapia grupal que fué iniciada por Joseph Pratt en 1907 ha tenido mucho éxito, pues es vital la importancia de las interacciones entre los miembros ya que colabora a que exista más dinamismo-

Se han creado numerosos criterios para la psicoterapia de grupo, como los de interacción, analítico transaccional, de gestalt, existencial y de la conducta. En la actualidad se están consolidando las técnicas creadas en diversas escuelas teóricas para establecer nuevas reacciones a las necesidades específicas de los pacientes.

La experiencia clínica y las pruebas anecdóticas parecen confirmar que la psicoterapia de grupo es eficaz para las categorías apropiadamente seleccionadas de pacientes. Se han informado éxitos en sitios de tratamiento de pacientes internados y externos, y con pacientes tanto psicóticos como no psicóticos.

Las pruebas obtenidas de los estudios controlados atestiguan también la utilidad de la psicoterapia de grupo. Desde 1975 en diversas revisiones se ha concluido que esta modalidad terapéutica es eficaz para los pacientes que tienen trastornos neuróticos y de personalidad, esquizofrenia, alcoholismo, enfermedades médicas, entre ellas asma, infarto al miocardio, obesidad, dolor crónico y úlceras. Se ha observado que la Psicoterapia de grupo es tan eficaz e incluso más que la individual en estudios en los que se comparan directamente ambos métodos.

Grupos de Obesidad :

Varios de los autores mencionados, trabajaron con obesos, pero casi no existe bibliografía al respecto. En E.U: donde las técnicas grupales, tuvieron y tienen un enorme éxito han sido denominados grupos de autoayuda.

Los grupos en relación con adelgazamiento y control de peso son :

- TOPS

- WW
- OA.

TOPS: Take off Pounds Sensibly =Sáquese libras sensiblemente.
 WW: Weight Watchers =Controladores de Peso
 OA: Overeaters Anonymous =Comedores Anónimos

TOPS : Fundada en 1948 por Esther Manz, ama de casa sumamente obesa y en 1968 contaba con 350 miembros registrados en 13,000 sucursales de E:U: y otros países.

Aquí en México funciona C:C: Comedores Compulsivos, que desde 1962 comenzó a tratar obesos en grupo. Posteriormente se incrementó el aspecto psicoterapéutico con no muy buenos resultados, más tarde se inaugura ALCO = Asociación de Lucha contra la Obesidad, liderados por obesos recuperados o en vías de recuperación y que funcionan de acuerdo a los 12 pasos de A:A:

Se investigó acerca de estos doce pasos en el grupo de Alcohólicos Anónimos (A:A) ubicada en la calle de Protasio Tagle No. 172 a media cuadra del Hospital Mossel .

LOS DOCE PASOS DE A.A.

- 1) Se admite que se es impotente frente al alcohol y que la vida se había vuelto ingobernable.
- 2) Se llega al convencimiento de que un Poder Superior podría devolver el sano juicio.
- 3) Se decide poner la voluntad y la vida al cuidado de Dios.(como cada uno lo conciba).
- 4) Sin miedo , se hace un minucioso inventario moral de sí mismo.
- 5) Se admite ante Dios , ante sí mismo y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de los defectos personales.

- 6) El individuo está dispuesto a liberarse de todos esos defectos de carácter.
- 7) Se pide a Dios ayuda para la liberación de dichos defectos.
- 8) Se hace una lista de todas aquellas personas a quienes se ha ofendido y se está dispuesto a reparar el daño causado.
- 9) Se repara directamente a cuantos es posible el daño causado (sin que esto implique mayor perjuicio)
- 10) Se continúa haciendo un inventario personal, admitiendo equivocaciones.
- 11) Se busca a través de la meditación y la oración mejorar el contacto consciente con Dios como cada uno lo concibe, pidiéndole fortaleza.
- 12) Al obtener un despertar espiritual como resultado de esos pasos, se lleva este mensaje a los alcohólicos y se practican estos principios en todos los asuntos.

LAS DOCE TRADICIONES DE A.A.

- 1) El bienestar común debe tener la preferencia, la recuperación personal depende de la unidad.
- 2) Para el propósito del grupo sólo existe una autoridad fundamental, un Dios amoroso que puede manifestarse en la conciencia del grupo. Los líderes no son más que servidores de confianza. No gobiernan.
- 3) El único requisito para ser miembro de A:A: es querer dejar de beber.
- 4) Cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a Alcohólicos Anónimos, considerado como un todo.
- 5) Cada grupo tiene un solo objetivo primordial : Llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo.

- 6) Un grupo de A:A: nunca debe respaldar, financiar o prestar el nombre de A:A: a ninguna entidad allegada o empresa ajena, para evitar que los problemas de dinero, propiedad y prestigio se desvien del objetivo primordial.
- 7) Todo grupo de A:A: debe mantenerse completamente a sí mismo, negándose a recibir contribuciones de afuera.
- 8) A:A: nunca tendrá carácter profesional, pero los centros de servicio pueden emplear trabajadores especiales.
- 9) A:A: como tal nunca debe ser organizada pero se pueden crear juntas o comités de servicio que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven.
- 10) A:A: no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades, por consiguiente su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.
- 11) La política de relaciones públicas se basa más en la atracción que en la promoción, se necesita mantener siempre el anonimato personal ante la prensa, la radio, el cine.
- 12) EL anonimato es la base espiritual de todas las tradiciones, recordando siempre anteponer los principios a las personalidades.

Los doce pasos adaptados a la obesidad son :

(Según A:L:C:O: Asociación de lucha contra la Obesidad .)

- 1) En primera instancia el sujeto debe admitir que la ingesta de alimentos es excesiva, que el gusto por saborear y comer en exceso se había vuelto ingobernable.
- 2) El sujeto llega al convencimiento de que puede volver a tener ese autocontrol perdido sobre los alimentos y la forma de comerlos.
- 3) El único requisito para ser miembro (de A.L.C.O.) es querer dejar de ser gordo .

- 4) Autoconocerse conocer la naturaleza exacta de los defectos.
- 5) Elaborar un inventario moral de nosotros mismos. (Las causas de nuestra ansiedad)
- 6) Uno de los objetivos primordiales es : llevar el mensaje a otro obeso. y ayudarlo.
- 7) Buscar a través de la meditación el mejorar el contacto con la propia conciencia.
- 8) Elaborar una lista de alimentos prohibitivos y tener la voluntad de no ingerirlos.
- 9) Continuar siempre haciendo el inventario personal de como nos equivocábamos al alimentarnos.
- 10) La política de relaciones se basa en la atracción , más que en la promoción. (Mantener el anonimato ante la prensa, radio y cine)
- 11) El anonimato es la base, recordar siempre anteponer los principios a las personalidades.
- 12) Habiendo obtenido un despertar ante el comer compulsivamente , se tratará de practicar estos principios en todo momento.

La Obesidad es una enfermedad, luego entonces el obeso es un enfermo y no comelón, el obeso es todo aquel que se crea problemas cuando entra en contacto con los alimentos. La obesidad es una enfermedad mortal y lo que no ha sucedido hasta hoy, puede suceder mañana si se continúa comiendo como hasta ahora.

Todas estas técnicas utilizan la psicoterapia de grupo, la cual es una forma de tratamiento en la que se producen cambios benéficos en pacientes alterados desde el punto de vista emocional como resultado de sus interacciones con otros pacientes y por lo menos un terapeuta profesional capacitado en un ambiente de grupo.

Los resultados del tratamiento consisten tanto en el alivio de los síntomas como en resolución de los problemas intrapsíquicos e interpersonales. En este caso el problema de la obesidad se debe a problema emocional, ya que se descarta del tratamiento cuando es cuestión médica o endocrinológica.

Los instrumentos a los que recurre el terapeuta son experiencia clínica y teorías aplicadas de la psicodinámica individual y de los sistemas interpersonales.

Solo la Psicoterapia de grupo es apropiada o se recomienda como tratamiento para las personas con alteraciones emocionales, cuando sea un profesional adecuado el que valore su capacidad para funcionar en el ambiente de esta clase.

En los grupos de autoayuda la persona dirigente puede no ser un profesional, pero al ser esta una psicoterapia de grupo el dirigente debe ser un profesional, (ya sea un psiquiatra o psicólogo).

El apoyo y alivio de síntomas y la resolución de problema intrapsíquicos e interpersonales es la finalidad.

4. 2 PROPUESTA DE INTERVENCION PARA EL ADOLESCENTE OBESO.

Se propone intervenir al obeso adolescente tomando como base la Terapia Rogeriana ya que las condiciones terapéuticas hacen sentir al cliente en un ambiente muy humano y sobre todo que le dan armas para manejar problemas con decisión en el futuro.

El obeso cambia su visión sobre sí misma y acrecienta su autoestima, cuando se llega a este punto el cliente reorganizará su personalidad para re-estructurar su self no comerá en exceso, ahora será más selectivo al fijarse en lo que come.

4.2.1. FASES

El modelo consta de cuatro fases :

MODELO DE INTERVENCION PARA ADOLESCENTES OBESOS

FASE I :

**Grupos : 5 a 8 miembros
ambos sexos
sesiones semanales.**

Evaluación Inicial : Diagnóstico Diferencial.

**Eliminación : Exclusión de obesos con problemas como:
obesidad por problemas endócrinos, obesos
psicóticos, con retraso mental y psicópatas.**

Elección de objetivos.

FASE II.

**Proceso de Counseling : Liberación Emocional
Autocomprensión
Nuevas Decisiones y acciones**

**Autopercepción nueva del Self: Cambio del autoconcepto
y Autoestima.**

**Metas de tratamiento.
Técnica de Autocontrol.
Fortalecimiento.
Evaluación Final.**

FASE III: Seguimiento . Control posterior.

FASE IV : Prevención.

Durante la fase I : Se evalúa inicialmente a los integrantes del grupo, lo cuales pueden ser de ambos sexos. Esto hará más atractivo al grupo. No debe ser numeroso para que a todos les de tiempo de hablar. Entre 5 y 8 es apropiado. Las reuniones deben ser una vez por semana , para no perder contacto , ni interés.

Se evalúa a los integrantes, se procede al diagnóstico diferencial cuidando que sea obesidad exógena y se eliminan por medio de entrevista y tests los que tengan problemas de C. I. o sean psicóticos.

Se eligen los objetivos generales y específicos.

SEGUNDA FASE:

Se procede al centro de la terapia el " Consueing " con la catarsis de cada integrante. Durante esta fase el cliente debe llegar al insight y a la nueva toma de decisiones con sus respectivas acciones.

Para entonces se debe conseguir que cada integrante tenga una auto percepción nueva sobre su self, se le estarán dando armas para que se acreciente su autoestima.

TERCERA FASE:

Se señalan las metas a corto y largo plazo. Se habla sobre el autocontrol, lo más importante de esta fase es el fortalecimiento, para ello periódicamente tendrán que volverse a ver. Viene entonces la evaluación final.

CUARTA FASE .

El ejemplo que verán en los sujetos será la mejor prevención en otros miembros cercanos a cada cliente . Familiares, amigos, vecinos deben notar el cambio tanto físico como de su personalidad. ya que a nivel individual el individuo crece, se supera, se ve de otra manera y al verse así , también lo verán distinto los demás. La prevención a nivel grupal consistirá en que se volverán a ver, esto fortalecerá la voluntad.

La prevención a nivel social consistirá en que se está colaborando para que existan menos enfermos dentro de nuestra sociedad, ya que la obesidad es una enfermedad crónica e incurable. Porue no podrá volver a comer como antes, a menos que haga mucho ejercicio-

El nombre con el que se planea llevar a cabo esta propuesta es: A.O.A.

Adolescentes Obesos Anónimos.

- Se reúnen grupos de 6 a 12 adolescentes entre 13 y 20 años. Los cuales deben ser constantes, comienzan y permanecen juntos .
- Se aceptan de ambos sexos.
- Deben llenar solicitud y pre-requisitos para ingresar.
- Se calcula un promedio de 32 sesiones reuniéndose una vez por semana .
- La duración de la sesión será de dos horas.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Ser obeso en 2o. grado o sea tener un sobrepeso de un 20 al 30 % al peso ideal.
- Caer en el rango de edad entre 13 a 20 años.
- Ambos sexos.
- No importando posición social, ni religión.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Se descarta la obesidad endógena : La metabólica y la endócrina.
- Se descarta la obesidad genética.
- Queda excluidos retrasados mentales.
- Quedan excluidos los psicóticos , psicópatas.

Es por eso que deben llenar solicitud y prerequisites para ingresar.

Sin escribir apellidos ; para guardar anonimato.

FORMATO DE LA SOLICITUD

nombre : _____ edad : _____ sexo . _____
nacionalidad : _____ escolaridad : _____
trabaja : _____ estudia : _____
¿Tengo familiares obesos ? _____
¿ Quienes ? _____
¿ En la niñez fui obeso (a) ? _____

¿He recibido atención psiquiátrica alguna vez ? _____

Se les asigna grupo y horario. La primera sesión será para estructurar al grupo, luego integrarlo (utilizando alguna dinámica).

En las sesiones que siguen ,todos se pesan antes de comenzar la reunión, pues esta comenzará precisamente anunciando su peso para ver si se ganó o se perdió en Kgs.

Se estimulará con aplausos y/o premios a quienes bajaron de peso en la semana y se reprueba con diversas técnicas o penalidades formales a los que aumentaron.

Se debe poner gran énfasis en la autodisciplina.

Se estimulará la emulación como forma de motivar para la para la baja de peso.

Se felicitarán y congraciarán los progresos de adelgazamiento con respecto a la reunión pasada. se discuten los problemas para cambiar hábitos alimenticios.

Se abordarán temas relacionados con la problemática como "Actitudes frente a la Comida". Excusas y enfermedades relacionadas con la obesidad.

EXPERIENCIAS NEGATIVAS DEBIDAS A LA OBESIDAD

Se prosigue al intercambio de experiencias , en el que al tomar la palabra cada uno , ayudará al resto del grupo , sensibilizándolo , pues cada experiencia narrada , ya sea de sufrimiento, ridículo , humillación o menosprecio servirá para que los demás comiencen a tener aversión por la obesidad. Se incorporarán actividades recreativas y sociales como teatroterapia y psicodrama.

Se trabajará con un enfoque de reflexión, tomando conciencia de que la obesidad es una enfermedad.

Se reflexionará de todo lo que ahí se diga. Se debe lograr que todos hablen, uno a la vez y evitar diálogos simultáneos.

Se procurará no desviarse a temas ajenos a la obesidad.

Se tratará de dar soluciones y no consuelo, ni excusas. Se enseñará y crearán técnicas de control y autocontrol comprensibles y aplicables y no coercitivas.

Se evitarán actitudes críticas o de burla por parte de miembros del grupo. Ya se mencionó la exclusión de obesos psicóticos o con falta de contacto en la realidad.

Tampoco desadaptados sociales, delincuentes o psicópatas.

Los sujetos reciben apoyo emocional por parte del terapeuta y también por parte de los otros miembros del grupo que tienen síntomas o problemas similares.

La terapia que durante las sesiones siguientes se llevará a cabo es la centrada en el cliente en este caso los clientes del grupo. Los clientes son los obesos que de ninguna manera según Rogers se les llamará pacientes. Esta forma de terapia ha evolucionado partiendo del método de Rogers que tiene al cliente como centro. La situación de grupo pone de manifiesto lo fructuosa que es la relación interpersonal y ofrece una oportunidad inmediata para descubrir modos nuevos y más satisfactorios de relacionarse con la gente. Se ofrece la oportunidad para que el individuo se ponga en contacto más íntimo con otras personas para que poco a poco vaya tomando una mayor conciencia de aquellos aspectos de sí mismo que son importantes para sus relaciones con los demás.

El adolescente obeso aprenderá en una forma nueva y más madura lo que significa dar u recibir apoyo emocional, y comprensión.

El adolescente ayudará a los demás al mismo tiempo que él mismo recibe ayuda. (Esto tan solo ya es una experiencia terapéutica) Tiene como ventaja que algunas personas se expresan más fácilmente en una situación de grupo que en una relación binaria. En este caso al obeso se le exponen muchos sistemas de valores que expresan los miembros del grupo

identificándose el cliente con los que prefiera. y elige para sí el que más prefiera.

A nadie se le obliga, el individuo determina por sí mismo ingresar o no al grupo. Si un miembro del grupo interfiriera en la armonía debe salir y no admitirse. El grupo tiene libertad para elegir cualquier problema que juzgue de interés para la obesidad.

El terapeuta debe aceptar los sentimientos de los miembros del grupo, y reflejar él mismo estos sentimientos afianzando su contenido.

Cada miembro del grupo debe desempeñar un oficio terapéutico con respecto a los demás.

Cuando algún miembro del grupo bloquea los sentimientos que otros quieran expresar el terapeuta debe intervenir inmediatamente. debe haber empatía, genuinidad y cariño por parte del psicoterapeuta para que de resultado la psicoterapia.

Esta propuesta de intervención va encaminada a adolescentes, por ser la etapa en donde suelen fijarse los complejos (Adler) definiendo COMPLEJO = como el núcleo central de una experiencia repetitiva y en la niñez y adolescencia puede surgir el rechazo, burla, apodos continuos hacia la obesidad de los chicos.

Se hace tanto incapié en que a través de las relaciones interpersonales se puede detectar problemas en la personalidad y precisamente el adolescente obeso tiene dificultad de interacción, muestra introversión e inhibición, falta de seguridad, lo que interfiere en esa relación con los demás, es precisamente en la adolescencia donde se incrementa la relación con el sexo opuesto. La obesidad resulta un factor que detiene el comportamiento interaccional. (Miller y Rothblum, Barbour Journal Personality 1990 Vol. 58 (2) p. 365-380) citado en la revista Journal Personality.

Las Teoría de Erikson y se tomó como base por tratar la adolescencia tan concienzudamente y como una etapa en donde abundan focos de ansiedad que se prenden con mucha facilidad, desarrollándose entonces

mecanismos de defensa , uno de los cuales es comer en demasia , no saciarse , la masticación continua disminuye la ansiedad.

El autor hace notar que es la época de mayor peligro, de caer dentro del tabaquismo, alcoholismo, masturbación compulsiva, pandillas y cabría mencionar al comedor compulsivo. Todas estas conductas el adolescente las realiza por escape a la ansiedad (Walden , Brrown, Foster, Linowitz " International Journal of Eating Disorders 1991 Vol. 10 (4) p. 407-414) citado en la rev. International Journal.

Erikson nos dice : que al ser la adolescencia la etapa donde se puede caer en dependencias, el ser humano debe cuidarse en NO hacerse dependiente a la comida . Es muy importante entonces que se hable a los adolescentes de los problemas que conlleva el sobre peso.

Una vez que el programa se encuentre en marcha, se tratarán los objetivos, la meta individual será perder peso cada semana , la meta grupal no caer en tentaciones de comer aún cuando se asista a cenas, reuniones, comidas, cada miembro del grupo ayudará a los demás a no caer en antiguos hábitos . Porque realmente la meta es es el cambio de hábitos en la manera de alimentarse, hacerse selectivo en la elección de la comida.

Mientras más se aproxime al peso deseado. el reforzamiento ocurre en forma natural , es más fácil sostenerse en una dieta de mantenimiento que en una dieta de reducción.

La Intervención Psicológica se ampara en la teoría de Rogers ya que es una corriente humanista y dinámica no directiva. Con su hipótesis central de :

" No se puede enseñar a nadie directamente, solo se puede facilitar el aprendizaje " , a los obesos se les enseña en un clima de libertad, suscitando su interés.

Al apoyarse en Rogers , con esta propuesta el adolescente aprenderá un nuevo estilo en los hábitos alimenticios, a controlar la ingesta de grasas, a llevar a cabo ejercicios por medio de algún deporte.

El adolescente debe darse cuenta , aceptar que está obeso y que este desequilibrio acarrea problemas tanto físicos, sociales y psicológicos.

Debe hacer algo por sí mismo para salir de esa silueta estorbosa y llena de grasa.

Para esto , durante la terapia grupal, cada uno de los obesos , podrá manifestar libremente los sentimientos y actitudes que antes ha reprimido . Uno de los objetivos es que comprenda su yo sin defenderse ni justificarse.

Durante las sesiones que serán cuando menos cada 8 días cada miembro del grupo debe experimentar liberación emocional, por medio del proceso de Counseling deberán tomar nuevas decisiones y acciones.

El obeso no es un enfermo, ni paciente sino un cliente, ante todo se tiene enfrente a una persona , a un ser humano que sufre, en el que los sentimientos juegan un papel muy importante.

Sobre la liberación emocional se debe favorecer la catarsis, ya que el método catártico facilita la descarga emocional reprimida.

Ej: Si el paciente obeso dice :

- Ya no pude hacer la dieta por un problema que tuve con mi padre.

El terapeuta puede :

- 1) repetir con su padre.....
- 2) preguntar..... ¿ Qué tipo de problema tuvo ?
- 3) jerarquizar Caramba, así que tuviste un problema , fué muy serio ?

Cualquiera de las variantes citadas provoca la descarga emocional o catarsis.

Conviene discutir aspectos de la vida del obeso, buscando especialmente encontrar sucesos acaecidos en la época en que comenzó a engordar, comparándolos con situaciones del presente, buscando semejanzas y

diferencias. Entonces se puede ayudar al adolescente obeso con persuasión y reeducación y proveerlo de herramientas prácticas para manejarse frente a problemas concretos, pues si nó la información puede convertirse en meros razonamientos desprovistos de insight.

TECNICAS GRUPALES PARA OBESOS

Durante esta terapia se debe infundir en el grupo la tendencia a crecer y superarse a encontrar un equilibrio. Cada miembro del grupo tiene la capacidad de desarrollarse plenamente.

Se debe respetar a cada cliente y establecer la empatía en el grupo, se debe percibir al obeso , " a través de los ojos del obeso" Cómo se ve a sí mismo, se debe adoptar su marco de referencia interno.

El sistema de tratamiento para el adolescente obeso consiste en cambiar su self. Dentro de la teoría de Rogers se explicó cómo el self se forma a través de las experiencias: Cómo hacen sentir al niño , sus padres y adultos con quienes se encuentra, la escuela, los episodios que experimente.

Un niño se puede sentir feo, tonto , sin estarlo o serlo, el self entonces comienza a dañarse . Si está gordito y le ponen " la mantecada " " el cerdo" , se ríen, y burlan de él , su autoconcepto sufre un deterioro, su autoestima baja, si sucumbe o compensa comerá más aún, y el problema se agrava.

En el self interviene el presente, como lo tratan actualmente, si es una adolescente obesa, los muchacos no se fijarán en ella pues la obesidad es menospreciada. El como se siente un obeso en la calle, en su trabajo, en la playa, en un baño de vapor ? Se averguenza de su figura ? Tiene sentimiento de minusvalía ? (Jimenez Diaz de León y Malacara,1992) Las expectativas futuras , las metas , los objetivos en la vida tienen que ver con el self. Si el adolescente tiene hasta ahora un self seguro , sus metas serán altas, pero si está dañado , serán mediocres.

El self llega a la auto-realización, cuando hay un esfuerzo activo por parte del sujeto, al cambiar el self dañado, cambiará la autoestima, con

diferencias. Entonces se puede ayudar al adolescente obeso con persuasión y reeducación y proveerlo de herramientas prácticas para manejarse frente a problemas concretos, pues si nó la información puede convertirse en meros razonamientos desprovistos de insight.

TECNICAS GRUPALES PARA OBESOS

Durante esta terapia se debe infundir en el grupo la tendencia a crecer y superarse a encontrar un equilibrio. Cada miembro del grupo tiene la capacidad de desarrollarse plenamente.

Se debe respetar a cada cliente y establecer la empatía en el grupo, se debe percibir al obeso , " a través de los ojos del obeso" Cómo se ve a sí mismo, se debe adoptar su marco de referencia interno.

El sistema de tratamiento para el adolescente obeso consiste en cambiar su self. Dentro de la teoría de Rogers se explicó cómo el self se forma a través de las experiencias: Cómo hacen sentir al niño , sus padres y adultos con quienes se encuentra, la escuela, los episodios que experimente.

Un niño se puede sentir feo, tonto , sin estarlo o serlo, el self entonces comienza a dañarse . Si está gordito y le ponen " la mantecada " " el cerdo" , se ríen, y burlan de él , su autoconcepto -sufre un deterioro, su autoestima baja, si sucumbe o compensa comerá más aún, y el problema se agrava.

En el self interviene el presente, como lo tratan acualmente, si es una adolescente obesa, los muchacos no se fijarán en ella pues la obesidad es menospreciada. El como se siente un obeso en la calle, en su trabajo, en la playa, en un baño de vapor ? Se averguenza de su figura ? Tiene sentimiento de minusvalía ? (Jimenez Díaz de León y Malacara,1992) Las expectativas futuras , las metas , los objetivos en la vida tienen que ver con el self. Si el adolescente tiene hasta ahora un self seguro , sus metas serán altas, pero si está dañado , serán mediocres.

El self llega a la auto-realización, cuando hay un esfuerzo activo por parte del sujeto, al cambiar el self dañado, cambiará la autoestima, con

esto le estamos dando fuerzas sólidas para que sepa manejar cualquier tipo de problema, con la terapia Rogeriana se enseña a vivir plenamente el self debe desarrollarse al máximo y tender a crecer.

Cuando el self cambie y la persona se auto-valore más es cuando se intensifica el tratamiento , será progresiva la pérdida de peso, el adolescente pondrá todo de su parte para bajar de peso puesto que ahora le interesa su imagen , su silueta, su presencia, porque su autoestima está alta.

Durante la terapia Rogeriana , en el momento en que el individuo asimile que realmente es un obeso , que acepte que su YO padece obesidad y se estará dando parte del insight , hasta que comprenda el porque la compulsión a comer , se llegará al completo insight. Procediendo entonces a la elección de objetivos.

4.3 METAS

- Una razonable pérdida de peso semanal es de 1/2 Kg.
- Se debe establecer la cantidad total de Kgs, que la persona desea y debe perder.
- La finalidad del tratamiento es la de establecer hábitos de alimentación duraderos que mantengan el nivel de peso deseable, este procedimiento difiere marcadamente de las llamadas " dietas de impacto " que pueden ser muy efectivas para lograr una pérdida de peso rápido, pero que de ninguna manera aseguran que el peso no se recupere prontamente.

Por otra parte las dietas de impacto pueden ser muy aversivas para el adolescente (haciéndole creer que el control de peso es una experiencia innecesariamente dolorosa) aparte de que algunas de dichas dietas pueden tener efectos nocivos sobre la salud del paciente.

- El enfoque de esta dieta es el autocontrol destacando los pequeños logros en la pérdida de peso, la admisión de alimentos variados en su calidad nutritiva y gusto, así como las intervenciones psicológicas, las que hacen comprometerse al adolescente a conductas de alimentación apropiadas y relativamente fáciles (en ocasiones placenteras) , es un enfoque no doloroso de la dieta.

Durante las primeras sesiones se debe tomar nota del peso y a partir de éste momento se registra el peso diario. dado que el peso del cuerpo puede cambiar considerablemente en un solo día, conviene que éste se tome dos veces, antes del almuerzo y después de la comida. se debe utilizar la misma báscula a lo largo del programa.

SELECCION DE LA DIETA

Mientrasque muchos adolescentes tienen nociones de cuales son los alimentos que especialmente tienden a engordar, la incomprensión (primordialmente relacionada con el contenido calórico) puede sabotear cualquier dieta. Si bien no es necesario que los adolescentes se vuelvan unos expertos en nutrición, el conocimiento de ciertos fundamentos es de gran utilidad.

Para planear la dieta se recomienda un procedimiento de intercambio de alimentos con valor nutritivo, permitiendo la mayor flexibilidad posible. Para esto se tendrá la asesoría de la Lic. en nutrición Srita: Claudia Meneses.

Se le brindará al obeso ante todo apoyo psicológico el cual comprende tres tiempos:

- fortalecimiento
- Movilización y
- Control.

FORTALECIMIENTO :

Brindarle al obeso el suficiente clima afectivo, para que se sienta realmente apoyado, es mucho más importante saber :

- ¿ Qué paciente tiene una enfermedad ?
que saber
- ¿ Qué enfermedad tiene un paciente ?

El fortalecimiento comienza con el estudio semiológico cuando existe verdadera comprensión del obeso.

Fortalecer es tranquilizar, sin minimizar y explicar sin asustar.

En el primer tiempo del plan estratégico, el rol del terapeuta es como el de la madre, por eso se le puede llamar a este periodo también **MATERNALIZACIÓN**, una actitud que se asemeja al de una madre comprensiva que disminuye la intensidad de las ansiedades básicas.

Si un gordo está en tratamiento, cometió una trasgresión y exterioriza una conducta angustiada, está bloqueado, confundido, se debe estar preparado para escuchar algún problema, donde el obeso siente que explica su trasgresión, el terapeuta debe ayudar a ventilar el problema, y posteriormente ofrece información para reencausar al paciente a su dieta. Es aquí donde se debe ser como una buena madre que entiende y perdona sin hacerlo notar, el paciente obeso se siente aliviado, menos culpable, y continúa el tratamiento. Toda esta actitud terapéutica tiene fondo de la escuela humanística de Rogers.

El buen humor debe prevalecer siempre y es de un valor extraordinario, debe ser utilizado sobretodo, cuando el paciente obeso ingresa a algunos círculos viciosos donde come, rompe la dieta, se deprime y espera castigo.

Un aspecto de suma importancia durante el fortalecimiento es :
La identificación (consciente o inconsciente) que tiene el obeso con el terapeuta, es decir si se tienen actitudes constructivas con respecto al tratamiento del obeso, este las introyecta a través de un mecanismo de identificación. El obeso debe sentir calor humano.

2) MOVILIZACIÓN:

El obeso por las características de su enfermedad e independientemente del tipo de obesidad que se trate, tiende a explicar y autojustificar sus ganas de comer, sus trasgresiones y sus dificultades para adelgazar con diferentes excusas.

Estas excusas corresponden a fenómenos psicológicos de racionalización e intelectualización.

La RACIONALIZACION es el mecanismo por medio del cual, la persona ofrece razones falsas que parecen verdaderas para explicar su conducta, en el caso del obeso puede suceder que explique un aumento de peso por :

- retención de líquidos o
- Como porque estoy triste ! o
- Por el cumpleaños de mi padre.

Siendo lo verdadero haber comido más de lo debido. Tanto la retención hídrica como los problemas pueden existir pero no como la causa real. Lo importante es diferenciar esta situación de la mentira. La racionalización es un proceso inconsciente, un mecanismo de defensa estudiado por el Psicoanálisis, mientras que la mentira es un acto consciente y premeditado.

LA INTELECTUALIZACION es el mecanismo por el cual una persona explica un hecho por causas verdaderas que se transforman en falsas porque no son realmente conocidas y sentidas. Suele suceder que un obeso diga :

" Soy un enfermo, mi enfermedad es incurable, donde se incluyen factores genéticos, hormonales, psicológicos, familiares y sociales " y..... continúa comiendo . O sea que lo dicho es cierto pero está repetido como una mera información intelectual, como un conocimiento al servicio de dejar todo como está.

Es un mecanismo sutil y difícil de manejar, que nosotros agrupamos junto con las racionalizaciones y algunos engaños como excusas para no ver la realidad de las cosas.

Las excusas son parte de las características psicológicas del obeso y la movilización es la técnica que tiene que ser utilizada para romper dichas excusas. (No se debe confundir son sermones o agresiones).

MOVILIZAR es señalar la verdad sin enojarse y deshacer los engaños sin asumir una actitud condenatoria.

Para este segundo tiempo del plan estratégico su rol es como el de un padre firme y claro que hace valer su autoridad y su conocimiento para ayudar a su hijo.

El terapeuta debe reconocer dónde está el conflicto, dónde la excusa, y valorar si es el momento propicio para romperla, además si así fuera, pensar si es necesario proceder suave o bruscamente. existen personas que necesitan una fuerte sacudida de todo su andamiaje de racionalizaciones y engaños y otros en quienes solo lentamente se pueden introducir los conceptos.

CONTROL.

En realidad el control es una actividad necesaria, permanente y que se va realizando paralelamente al fortalecimiento y a la movilización, se puede decir que sin control no hay camino correcto para adelgazar, tal es la importancia de éste tiempo estratégico.

El adolescente obeso por las características de la enfermedad necesita de otro que controle lo que el no puede controlar y aún cuando esté mejorando, la supervisión periódica es necesaria. Es inútil apelar a la fuerza de voluntad del obeso para controlarse, es lo mismo que hablarle de fuerza de voluntad a un diarreico o a un asmático.

Cuidar a un individuo obeso significa supervisarlo, repetir las indicaciones, controlarlo, señalarle las trampas implícitas en su conducta, ayudarlo a entenderse y entender a los que lo rodean, en otros términos, evitar que el paciente baje la guardia frente a la presión de los componentes infantiles, fenómeno muy habitual cuando el tratamiento va bien encaminado.

El paciente obeso puede sentirse falsamente fuerte y omnipotente, pensando que ya no necesita ayuda pero se debe reiterar que un buen control trae como consecuencia la estabilidad del peso adecuado. Paralelamente a esto aunque parezca paradójico se debe señalar la posibilidad de una progresiva independencia afectiva. Hay que entender que es tan negativo que el paciente crea bastarse por sí solo como que

dependa totalmente del terapeuta. Control es supervisar sin someter , ni aburrir.

Resumiendo el esquema estratégico general queda:

	SI	NO
FORTALECER :	tranquilizar y explicar	minimizar y asustar
MOVILIZAR :	señalar la verdad	enojarse y perseguir
CONTROLAR :	supervisar , repetir.	someter y aburrir

El paciente obeso necesita apoyo, lo importante es que se le pueda ir demostrando que las dificultades que se le presenten son superables y que él tiene la capacidad de superarlas. Durante el proceso de adelgazamiento se le debe abrir nuevas perspectivas en su vida, que de una u otra manera lo alejen de la primitiva satisfacción infantil por la comida.

Utilizar actividades de recreación como coadyuvantes en la recuperación, hay autores por ejemplo que enfatizan el valor del ajedrez, para canalizar operativamente la agresividad.

Existen ciertas actividades que el paciente puede estar realizando y que conviene estimular, mientras que en otras oportunidades se deben proponer pasatiempos nuevos. (Estudiar fotografía, dedicarse a la filatelia, tocar un instrumento musical, así como la lectura.

Todo esto le ayudará a :

- Reemplazar la comida.
- Transformar el mundo que lo rodea
- Con la lectura ganar introspección con respecto a sus problemas para ponerlo en contacto con ciertas realidades o hacer que se interese por cosas distintas a sus propios problemas.

Al operarse cambios corporales en el obeso, debe también ir cambiando su filosofía frente a la vida. No se debe olvidar que todo paciente que rompe con esquemas estereotipados necesita rápidamente tener otros

modelos donde basarse para continuar luchando hasta conseguir su propio modelo.

4.4 PREVENCIÓN

Los padecimientos humanos son descritos y analizados con la finalidad de ser reducidos y/o erradicados antes de su aparición en el individuo o en la sociedad. Es deseable que ninguna afección se presente en el transcurso de la existencia del ser humano, ya que la vida se vulnera por la enfermedad, y desde la antigüedad se ha buscado la forma de evitarla, desde las viejas consejas hasta la medicina actual han generado formas de atender y prevenir (Lomnitz 1984)

Desde los griegos se reconoce la necesidad humana de aliviar el dolor, mitigar la angustia y prolongar la vida.

LA OBESIDAD es un padecimiento que ha generado diversas complicaciones, disminuyendo la calidad de vida y aumentando las tasas de mortandad. De lo que surge la pregunta ¿ Qué mecanismo puede ser utilizado para prevenir estos malestares.?

El objetivo de esta propuesta a nivel prevención sería :

- disminuir el número de obesos
- disminuir el número de madres que engordan a sus bebés (niño gordo, adulto gordo)

MEDIO PUBLICITARIO - Formular estrategias publicitarias para insistir que la obesidad es una enfermedad.

- Elaborar mensajes de información educativa sobre lo maligno del sobrepeso, la nutrición , los alimentos que se deben evitar, a través de radio, t.v., cine, carteles, periódico, auspiciados por el sector salud.

NIVELES DE PREVENCIÓN

Es importante aclarar que existen niveles de prevención

- A) **Prevención primaria** : Tiene por objeto evitar la aparición de nuevos casos de obesidad, reduciendo el consumo de grasas en la alimentación.
- B) **Prevención Secundaria** : Se propone descubrir los casos en sus comienzos y tratarlos antes de que aparezcan complicaciones graves, que puedan causar incapacidad y disminución de las complicaciones que trae la obesidad como infarto y problemas cardiovasculares, mediante un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado.
- C) **Prevención Terciaria** : Intenta reincorporar a la sociedad personas delgadas que en un pasado fueron obesas. Personas que han sufrido los efectos perjudiciales de graves problemas del sobrepeso. Las medidas preventivas reducen la incidencia y prevalencia de enfermedades.

4.5 CONCLUSIONES

La terapia para adolescentes obesos, es difícil pues existen aspectos difícilmente modificables como lo es la carga genético-metabólica y las experiencias infantiles tempranas. Pero sobre lo que más se debe enfatizar es en la prudencia sobre los trastornos psicológicos que se ocultan debajo de esa obesidad ya que pueden aparecer groceramente en el transcurso de un adelgazamiento inadecuado.

Para lograr el objetivo de diseñar una propuesta de intervención para el adolescente obeso, se concluye que la obesidad es un padecimiento multifactorial y que los elementos que influyen para el diseño y operación de este programa son :

La educación , atención , salud pública, medio ambiente, estilo de vida, detección temprana, análisis de población de alto riesgo.

La Educación es uno de los pasos iniciales y fundamentales para erradicarla y de ésta manera a su vez promover un estado óptimo de salud. Esta enseñanza se debe efectuar en :

- Maternidades para que las madres la prevengan en sus hijos.
- Jardines de niños, escuelas primarias y secundarias para formar hábitos correctos desde temprano y continuamente.
- Estudios superiores para que los conocimientos adquiridos sobre obesidad sean transmitidos adecuadamente.

En la esfera laboral se ha observado que la gente obesa tiene un menor rendimiento en cuanto al trabajo físico, el esfuerzo de movilizar un cuerpo más pesado conlleva a una mayor y más rápida fatiga y a un aumento de stress respiratorio con disminución de la eficacia e incremento en el número de accidentes de trabajo , motivados por la menor agilidad, tanto como por la circunstancia de que la mayoría de las instalaciones están planeadas y construidas teniendo presente a una persona de peso normal y no obesa.

La observación cotidiana, así como la mayoría de las encuestas en este ramo muestran que las personas obesas tienen un índice de ocupación

menor con relación a los no obesos. Por lo mencionado surge la necesidad de incorporar conocimientos básicos para la prevención de la obesidad en fábricas, gremios, ranchos, granjas, o sea a toda la provincia a través de medios de comunicación masiva como la T:V: , radio, revistas, diarios, etc.

La cantidad de personas que realizan actividades físicas para mantener en buen estado su organismo y en particular el aparato cardiovascular es en nuestro país muy exigua.

La inactividad física es un factor de riesgo para la enfermedad arterial coronaria, los estudios hemodinámicos demuestran que una buena actividad física determina una disminución de la frecuencia cardiaca en reposo y durante el ejercicio, permitiendo una mejor función del miocardio, elemento de gran ayuda, teniendo en cuenta la sobre carga que sufre el corazón del obeso.

El ejercicio regular permite : Cambios metabólicos y morfológicos en la musculatura periférica y cardiaca.

Mejoría en la perfusión cardiaca, abertura de vasos colaterales y agrandamiento de arterias coronarias.

Cambios electrofisiológicos en la musculatura periférica y cardiaca.

Mejor manejo de la tensión cotidiana. Disminuye el stress.

Mayor tolerancia a las frustraciones y preocupaciones del día.

Mejora el carácter ya que la persona está más alegre y feliz.

El individuo duerme mejor.

Pérdida de kilos supérfluos.

Lo expuesto precedentemente muestra algunos de los motivos por los que se debe impulsar activamente la realización de ejercicios físicos.

El gobierno debe colaborar, creando centros deportivos y gimnasios para la población y no sólo para determinados sectores, promoviendo el uso de bicicletas y fomentando el caminar, trotar y correr.

Finalmente la creación de un " Consejo Nacional contra la Obesidad " sería la manera correcta de poder enfrentar seriamente el problema de la obesidad.

Otra de las conclusiones a las que se llega es que siendo la obesidad un padecimiento multifactorial y pluriinfluenciado presenta ciertas manifestaciones conductuales como el abandono de sí mismo, lo que automáticamente hace bajar la autoestima , en el modelo de intervención se muestra una postura humanista a través del enfoque de Rogers se podría colaborar para que el self (sí mismo cambie) . El ascenso de la autoestima traerá como consecuencia un auto control hacia la forma de alimentarse.

Lo más importante del ser humano es su existencia y la capacidad de elegir. El pensamiento humanista que concibe al ser humano como un ente particular en constante proceso de desarrollo , y con la capacidad de movilizar sus recursos para dejar de ser obeso.

REFERENCIAS

- Boures en Cannon B. (1994) The Wildom of The Woman Body.NY: Northon.
- Díaz de León (1995) Revista mexicana de Psicología. Obesidad .Vol 12p 185-192
- Freud (1930) en Cueli y Reidl (1977) México:Trillas.
- Harrison (1991) Principios de Medicina Interna México: Interamericana
- Houssay, Lewis y Orion citados en Carmillot (1977)
- Jung 1940) citado por Cueli y Reidl (1977) Teorías de la Personalidad: Trillas.
- Malacara (1992) Desarrollo Psicosexual del Adolescente Obeso Vol 44 No. 4 Oct. Dic.
- Thomdike citado por Colmenares en Psicología p-44 México: Ducere.

BIBLIOGRAFIA

- Aberastury a. (1971) Adolescencia : Kargieman.
- Aceves M.(1981.) Psicología General.Cruz .SA.
- Allison. (1965) The Measurement of Attitudes about obese persons. International Journal of Eating Disorders .U.S.A: Heath. Editoria .Heath.
- American Psychiatric Association .(1995) Diagnostical and Satistical Manual of Mental Disorders. Barcelona D.S.M. IV : Mason.
- Anzicu . (1980) La Dinámica de los Pequeños Grupos Buenos Aires: Kapelus.
- Bolio R. (1994) Las Dietas Engordan, comer adelgaza. México: Atlitxco. Condesa.
- Bon W.(1978) Experiencies in Groups England .Tavistock Pub.
- Bruch H. (1975) Eating Disorders . New.York: Macmillan
- Bruch y Grandhijs (1962) Obesidad .México. Tes. UNAM RC. 628-298.
- Cannon B. (1964) The Wisdom of the Human Body. NY. Norton.
- Comenius (1892) El Gran Didáctico.
- Covian F.G. Nutrición y Salud Mitos Peligrosos(1989) Méx: Planeta.
- Cornillot A. (1977) Obesidad .Argentina : Médica Panamericana.
- Cueli y Reidl (1977) Teorías de la Personalidad -México: Trillas.

- Daniels (1893) Descripción de la Pubertad en Ceremonias y Culturas Primitivas. Madrid: Sevillana.
- Dorlan (1974) Diccionario de Medicina México. 26 Edición.
- Dublos R.(1975) El espejismo de la salud. Méx: Fondo Cultura Econ.
- Erikson E:H: (1963) Youth Change and Challenge .NY. Basic Books.
- Erikson E.H. (1966) Infancia y Sociedad: Horné. 2a. Edición.
- Federación Mundial de Salud Mental.(1982) Perspective Internationale Santé Mentales . France : Press Paris.
- Foreyt J. P.Obesidad (1994) .México. Tesis U.N.A.M.
- Freud S. (1923) Psicoanálisis. Stand Edition.
- Garrow.Energy Blalance in Man (1981) Gran Bretaña .Pergamon pres
- Gómez- Pérez Mitré G. (1993) Detección de Anomalías de la Conducta Alimentaria eb Estudiantes Universitarios Obesidad, Bulimia y Anorexia Nervosa .México.Revista Mexicana de Psicología.Vol.10 p.17
- Grandihjs. (1967) La Familia es el Propósito y Fin de la Vida Argentina
- Haegreaves D. (1978) Las Relaciones Interpersonales en la Educación" Madrid : Narcea.
- Hom Ph . (1991) Performans- Based intervention for non- purging bulimia. Some implications for the treatment of bringe eating and obesity. Psychology and Health vol. 5. (183-191)

- Hurlock E. (1970) Psicología de la Adolescencia. Argentina: Paidós.
- Jeffrey D. (1981) El Obeso. Argentina : Panamericana.
- Jimenez Díaz de León y Malacara (1992) La percepción de la Función y el Desarrollo del Adolescente Obeso. Rev. Mex. de Psicología. Vol. No. 4.
- Kessey R:E: (1981) A Set Point Theuro of Obesity, en K:D: Brownell Forey.
- Knight (1991) Obesity binge Eating Psychopatology México. Montignac p. 116.
- Klain y Rabkin : (1981) Anxiety new research and Changing Concepts NY. USA- Raven Press.
- Kimm Sue .(1991) Self Concept measures and child Obesity E.-U. Journal Peditrics. Vol. Feb.p. 19-24.
- Knight (1991) Obesity Binge Eating Psychopatology.
- Kramaer P. (1988) Autoestima. Mexico. Tesis Unam.
- Libby E. (1901) Análisis de la Experiencia en la Adolescencia.
- Mayer J. (1959) Obesity Pstgrad- med.
- Mayer J. 1974) Vinculos Ocultos : Obesidad, Herencia y Apetito . O.M.S. p. 25-26- Feb. marzo.
- Mendel (1992) Las Leyes de Mendel . México Bioquímica. UNAM.
- Mirell Carol .(1993) Social Interactions of Obese and Nonobesemen E.U. Journal Personality Jun Vol. (365-389)

- Hurlock E. (1970) Psicología de la Adolescencia .Argentina.: Paidós.
- Jeffrey D. (1981) El Obeso. Argentina : Panamericana.
- Jimenez Díaz de León y Malacara (1992) La percepción de la Función y el Desarrollo del Adolescente Obeso. Rev. Mex. de Psicología. Vol. No. 4.
- Kessey R:E: (1981) A Set Point Theuro of Obesity, en K:D: Brownell Forey.
- Knight (1991) Obesity binge Eating Psychopatology México. Montignac p. 116.
- Klain y Rabkin : (1981) Anxiety new research and Changing Concepts NY. USA- Raven Press.
- Kimm Sue .(1991) Self Concept measures and child Obesity E.-U. Journal Pedaotrics. Vol. Feb.p. 19-24.
- Knight (1991) Obesity Binge Eating Psychohopatology.
- Kramaer P. (1988)Autoestima Mexico. Tesis Unam.
- Libby E. (1901) Análisis de la Experiencia en la Adolescencia.
- Mayer J. (1959) Obesity Pstgrad- med.
- Mayer J. 1974) Vinculos Ocultos : Obesidad, Herencia y Apetito . O.M.S. p. 25-26- Feb. marzo.
- Mendel (1992) Las Leyes de Mendel . México Bioquímica. UNAM.
- Mirell Carol .(1993)Social Interactions of Obese and Nonobesemen E.U. Journal Personality Jun Vol. (365-389)

- Mitrany (1992) Desórdenes Alimenticios Bulimia Y Anorexia -Jornal of Adolescent Health . Rev. Journal.Vol. III.5.
- Montignac M. (1992) E Método Montignac.México: Oceano.
- Murua C.W. (1989) Obesidad. Asociación Argentina de la Obesidad Buenos Aires: Medicina Panamericana.
- Murphy G.(1960) Historial Introduccion to Modern Psychology New York. Versión Castellana Contemporanea. Buenos Aires. Paidos.
- Oñate M.P. (1989) . El Autoconcepto : Formación, medida e implicaciones en la Personalidad. Madrid : Narcea.
- Pascualinni El Libro de los Gordos. México : Argentina.
- Papalia D_E: (1990) Desarrollo Humano Mex: Interamericana.
- Porter S.(1994) La Mejor Forma de Mantenerse en Forma Méx: Posadas.
- Sachter S. (1971)Emnotion Obesity and Crimm. New York.Academy
- Penick S. Stunkard A.(1967) Nuevos conceptos sobre Obesidad. C:I:
- Rogers C. (1940) The Clinical Tretment of The Problem Child N.Y: Northon.
- Rogers C. (1970) Cuseling and Psychoterapy N.J: Tranesy.
- Rogers C. (1973) De la Psicoterapia a la Enseñanza Argentina : Nueva Visión.
- Rogers C.(1985) El Proceso de convertirse en Persona México.Paidos

- Rosenberg M (1979) La Autoimagen del Adolescente y la Sociedad. Buenos Aires. Paidós.
- Reidl y Cuelli (1977) Teorías de la Personalidad : Trillas.
- Rodríguez C. (1995)Distorsiones de la Imagen Corporal México .Rev Mex. de Psicología.
- Rogers C. El Proceso de convertirse en Persona. México. Paidós.
- Rogers C. Orientación Psicológica y Psicoterapia México. Paidós.
- Rousseau. J. 1762 Emil. de Naturaleza Psicológica del Adolescente 1882. Manieu.
- Sacristan G. (1976) Autoconcepto y Sociabilidad. Madrid . Inace.
- Schachter S.(1971) Emotion, obesity and Crim New York . Academy.
- Shedlin M. (1980) Autoestima México. Tesis . Unam.
- Shislak C. (1990) Body Weith and Bulimia as Discriminators of Psychologic al Characteristics among anorexic, Bulimie and obese Women EU. Rev. Journal Nor. Psychology Vol. III Nov.P-380-384 .
- Souza Martínez y Machorro (1983) México. La Enfermedad y la revención de la Salud Mental , México. Enfermera al Día.
- Spielling D:C: (1985) Nutrición. Argentina . Aires.
- Stuart R. (1981) El Autocontrol de la Obesidad. México. Tesis Unam.
- San Martín N. Salud y Enfermedad México. 3era. edición.Prensa Médica Mexicana.

- Schachter S.(1971) Emotion , Obesity and CeimEmotion, Obesity and Crim N:Y: Academy.
- Shedlin M.(1989) Autoestima. Tesis UNAM.
- Stunkard A.(1967) Obesity and the body Image . Psychiat 123: 11.
- Stuart R. (1990) El Autocontrol de la Obesidad .México. Tesis UNAM.
- Sullivan The Interpersonal Theory of Psychiatry . New York . Norton.
- Teevan R.C. (1972) Teorías sobre la Motivación . México. Trillas .
- Telch Agras.(1994) Desórdenes Alimenticios . Vol. 15 Rv. Psicol.
- Vigotsky L.S. (1988) El Desarrollo de los Procesos Psicológicos Su periores .México. Ed. Grijalvo.
- Williams P .(1993) International journal of Eating Disordersl. Jul.Rev. e.u. Rev. Jornal .(27-32)
- Zukerfeld. R. (1975) La Familia del Adolescente Obeso Congreso latir.oamaerciano de Psiquiatría Infantil.
- Zukerfeld R. (1975) Psicopatológicos agregados en la Obesidad Infantil. Tercer Congreso latinoamericano de Psiquiatría Infantil.