

Universidad de Belgrano  
Facultad de Humanidades  
Carrera Licenciatura en Psicología

---

**Factores psicosociales que intervienen en la obesidad y la  
depresión infantil.**

---

Alumno: Nicolás Darío Bursztyn  
Matricula: 402-21436

Tutor: Florencia Gregorio

Fecha: Febrero 2022

## **Índice**

Resumen	3
Introducción	3
Presentación del tema	3
Problema de investigación	4
Pregunta de investigación	5
Relevancia de la temática	5
Objetivos generales y específicos	5
Alcances y límites del trabajo	6
Antecedentes	6
Estado del arte	7
Marco Teórico	9
Apartado metodológico	10
Capítulo 1 – Obesidad y Depresión	11
1.1 ¿Por qué obesidad?	11
1.2 ¿Por qué depresión?	12
1.3 Obesidad y depresión	13
1.4 Niños	14
Capítulo 2 – Autoestima e Imagen corporal	17
Capítulo 3 – Contextos socio-ambientales	23
3.1 Contención Familiar	23
3.2 Factores socio-económicos	25
3.3 Factores socio-culturales: Estilos de vida saludables	27
Capítulo 4 – Construcción de la subjetividad	29
Conclusiones	34
Referencias bibliográficas	37
Anexos	43

## 2) Resumen

La obesidad y la depresión son actualmente dos de las patologías más propias de la época actual. Las causas de ambas enfermedades rara vez se explican monocausalmente, por ejemplo por factores biológicos. Más allá de que este componente debería contemplarse, consideramos que son los factores psicosociales los que incidirían en la aparición de ambas enfermedades.

El presente trabajo estudiará como los factores ambientales, psicológicos y sociales actuarían de forma conjunta en el desarrollo de la depresión y de la obesidad, en los niños. Consideramos que la percepción de la imagen corporal, la autoestima, el sostén familiar, las características de afrontamiento del sujeto, la actividad física repercute en los niños. Por otra parte, se indagará acerca de la interacción mente cuerpo y si el desarrollo de la depresión puede ser causa o consecuencia de la obesidad y viceversa.

**Palabras claves:** Ambiente -Autoestima - Depresión – Imagen corporal - Infancia – Obesidad-

## 3) INTRODUCCION

### a) Presentación del tema

La obesidad y la depresión son dos problemáticas muy características de la época actual en la que vivimos. Bien sabemos que las causas para desarrollar estas patologías pueden ser diversas y están relacionadas a factores biológicos y a factores psicosociales. El presente trabajo explorará los factores psicosociales predominantes en el desencadenamiento de la obesidad y la depresión en la infancia. A su vez se buscará evaluar cada uno de estos factores para determinar su incidencia de ellos en el desarrollo de estas problemáticas y si se influyen la obesidad y la depresión entre sí.

En primer lugar es importante mencionar que la obesidad y la depresión existieron siempre, sin embargo son problemáticas muy propias de los tiempos actuales. La obesidad, de hecho, no siempre fue considerada una enfermedad, en algunas culturas incluso era un valor y sinónimo de abundancia. Actualmente, en el siglo XXI sabemos que la obesidad no solo impacta en el cuerpo sino también en la salud mental. Vivimos en una época donde las redes sociales adquirieron una relevancia que pone a la imagen en un primer plano y los cuerpos pasan a tener un valor por sí mismos. No solo la obesidad, sino los trastornos alimentarios son patologías muy contemporáneas, asociadas a la salud y también a la salud mental. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la obesidad y al sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) superior a 25 se considera sobrepeso, y superior a 30, obesidad. (OMS, 2021)

La depresión forma parte del espectro de los trastornos del estado de ánimo y sus síntomas afectan principalmente la esfera afectiva con sensación de malestar, desesperanza,

irritabilidad, o frustración. Este trastorno mental también es un símbolo de la época ya que se observa un crecimiento en el diagnóstico año a año. Según la OMS la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (OMS, 2020)

Tanto en la obesidad como en la depresión se pueden pensar en la idea de patologías multicausales. Es decir, además de los factores genéticos, existen también factores ambientales y psicosociales que serán desencadenantes y agentes de mantenimiento en el caso de desarrollar estas patologías. Salinas (2014) plantea, en su tesis de maestría, como factores psicosociales a la autoestima, el grado de satisfacción y percepción de la imagen corporal, el tipo de funcionalidad familiar y la actividad física que influyen en la obesidad. Por otra parte, Pablo Guerrero (2000) nombró factores psicosociales vinculados a la depresión infantil a cambios en el ambiente, las características de afrontamiento de cada sujeto sobre todo para hacerle frente a las emociones y al estrés, y las características de la madre que bien pueden ser genéticas ya que se puede transmitir hereditariamente pero también es una patología que podría interferir entre la relación madre e hijo. Otros autores como Aguilar, Pérez y Díaz (2011) consideraron a factores psicosociales tales como la crítica y la vergüenza. Será objeto de estudio del presente trabajo determinar los factores psicosociales más preponderantes en este tipo de patologías para poder encontrar la incidencia en el surgimiento y desarrollo de estas

Respecto a la infancia, según la Convención de los Derechos del niño (Naciones Unidas, 1989, p.10), se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

## **b) Planteo del problema**

Como mencionamos anteriormente, tanto la obesidad como la depresión son problemáticas muy predominantes en esta época. Según la Organización Mundial de la salud en el año 2016 había más de 340 millones de niños y adolescentes (de 5 a 19 años) con sobrepeso u obesidad y 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos (OMS, 2021). A pesar de que existen múltiples investigaciones estudiando las variables propuestas como por ejemplo el trabajo realizado por Salinas (2014) que estudia los factores psicosociales en el sobre peso y la obesidad en jóvenes, aún no se han encontrado investigaciones que tengan en cuenta las tres variables en la población infantil, es un territorio a explorar en el que los resultados pueden ser sumamente útiles.

Como explica Martínez (2006, p.31), las consecuencias más graves de la obesidad aparecen en la edad adulta (de cada 3 niños obesos, uno seguirá siéndolo de adulto) debido a la grave comorbilidad asociada (diabetes, enfermedad cardiovascular, cáncer, etc.). Sin embargo,

como se puede apreciar, poco se hace hincapié aquí en las consecuencias psicológicas que puede traer en relación a la depresión.

Según el DSM-5 (2014), los niños que sufren de depresión suelen tener un riesgo alto de desarrollar trastornos depresivos unipolares y trastornos de ansiedad en la vida adulta. Sus relaciones sociales son inestables debido a que los ataques de cólera son recurrentes en diferentes ámbitos, esto involucra también una repercusión grande a nivel familiar. A pesar de esto, la familia es de suma importancia en lo que respecta a la adherencia al tratamiento.

En niños con sobrepeso u obesidad tienen más predisposición a tener problemas psicológicas o psiquiátricos en la vida adulta. Muchas veces la baja autoestima y problemas de conducta se asocian a la obesidad infantil. (Reilly J et al, 2003)

### c) Pregunta de investigación

En función de lo señalado en el punto anterior nos preguntamos ¿cuáles son los factores psicosociales preponderantes en el desarrollo de la obesidad y la depresión en la infancia? ¿Son comunes en ambas patologías? ¿Qué relación se podría evidenciar entre el desarrollo de la obesidad y la depresión en infancia?

### d) Relevancia de la investigación

Las conclusiones de este estudio podrían llegar a ser relevantes no solo para el tratamiento de los niños que sufren con estos problemas sino también para poder pensar en la prevención y la promoción de la salud en estos aspectos que podrán ser de mucha importancia para la salud mental y física de los niños. Además de servir para la atención primaria en salud, creemos que será de utilidad para el aporte del rol del psicólogo en esta clase de situaciones que son prevalentes en la actualidad y que podría ser fundamental para que estos trastornos puedan ser rehabilitados pensando en la adultez.

## **4) Objetivos**

### a) Objetivo general:

- Estudiar la incidencia de los factores psicosociales en el desarrollo de la obesidad y depresión infantil.

### b) Objetivos específicos

- Correlacionar la obesidad y la depresión en la infancia.
- Determinar la influencia de la imagen corporal y la autoestima en el desarrollo de la obesidad
- Evaluar la importancia de la contención socioambiental en los niños con depresión.

## **5) Alcances y límites**

El presente trabajo tomará como muestra niños y adolescentes, utilizando como parámetro de referencia la definición de la Declaración de los Derechos del Niño (1989). Es oportuno señalar que, si bien la psicología diferencia la niñez de la adolescencia en lo que refiere a la maduración física y emocional, consideramos que si bien hay aspectos madurativos que difieren en un niño de 3 años de un adolescente de 16, ambos se encuentran en pleno proceso de constitución subjetiva, por lo que cualquier factor externo podría tener efectos significativos.

También se incluirá el impacto de la autoestima, el grado de satisfacción y percepción de la imagen corporal, el tipo de funcionalidad familiar, la actividad física, las características de afrontamiento de cada sujeto sobre todo para hacerle frente a las emociones y al estrés en el impacto del desarrollo de la depresión y la obesidad en la infancia. Asimismo, se realizará un breve aporte sobre la relación de dichos conceptos en la sociedad de consumo.

Quedará excluido de la presente investigación factores psicosociales que no fueron mencionados en el párrafo anterior. Como también aquellas variables psicosociales que pueden aparecer en un contexto de permanente cambio.

Por último, se pretenderá estudiar lo que sucede en la infancia por lo que la presente investigación no podrá generalizarse los resultados de esto a la totalidad de la población.

## **6) Antecedentes**

Haciendo un repaso histórico sobre el concepto de obesidad podemos notar que no siempre fue considerado una enfermedad o una problemática. En el renacimiento, los reinos italianos, en concordancia con el resto de los reinos europeos de la edad media consideraban al sobre peso y a la obesidad como símbolos de prosperidad y riqueza, un canon de belleza que se puede notar en cualquiera de las pinturas de aquella época (Boullosa, 2010). En teoría, el reconocimiento de la obesidad como enfermedad fue establecido en 1948 por la OMS que la incluyó en su manual ICD sexta versión. Es interesante, por lo tanto, observar que la obesidad se especificó como una enfermedad y esto se ha mantenido durante todo el proceso de actualización. Así, en 1975, la versión ICD 9 tenía "obesidad y otros cuadros de hiperalimentación" registrada en las categorías E65-67. El ICD 10 la introdujo formalmente en la década de 1990. Por tanto, durante más de la última mitad del siglo pasado la OMS ha reconocido a la obesidad como una enfermedad. Luego de la primera consulta especial de obesidad en 1997, la OMS reconoció a la Obesidad como enfermedad (James, 2008). En Argentina, la ley 26.396 (2008) correspondiente a la prevención y control de los trastornos alimenticios entre los cuales se encuentra la Obesidad fue publicada en el 2008. Según la Organización Mundial de la Salud la obesidad entre los niños y los adolescentes se ha multiplicado por 10 en los cuatro últimos decenios. (OMS, 2021a)

A la hora de pensar en la depresión podemos mencionar en el año 450 A.C a Hipócrates quien refirió al término melancolía (bilis negra) para referirse a la depresión, siendo la primera alusión científica y realizando las primeras referencias conceptuales y clínicas de esta enfermedad. Más tarde, la psiquiatría francesa en el Siglo XIX Pinel, Esquirol y Baillarger aportaron mayor precisión a este tipo de alteración. Esquirol refirió en ese entonces que la melancolía es un delirio parcial crónico sin fiebre, determinado y mantenido por una pasión triste, debilitante o depresiva. A finales de ese siglo, en 1896, Kraepelin en su tratado de enfermedades mentales, agrupo y clasifico todos los síndromes depresivos y fue el primero en considerar que la manía y la depresión formaban parte de una misma enfermedad. Fue Leonhard, casi medio siglo más tarde en en 1957 quien diferenció a las depresiones unipolares y bipolares. (Zoch Zannini, 2002)

Actualmente, según la OMS la depresión afecta a 264 millones de personas y es una de las principales causas de discapacidad. En muchos casos incluso puede llegar al suicidio. Cada año se suicidan 800 000 personas por esta causa y es la segunda causa de muerte en un grupo etario entre 15 y 29 años. En la última década aumentaron los casos un 20% convirtiéndose en la mayor causa de discapacidad del mundo. (OMS, 2021b)

Desde hace muchos años, existen dos concepciones diferentes acerca de la infancia. Una de las concepciones ligada al infante como sujeto de minoridad o sujeto de necesidades, y una concepción más actual referida a un sujeto de derechos. El primer discurso constituye al sujeto como menor, y el segundo se podría considerar como niño. La primera concepción refiere al modelo tutelar de menores, establecido por la Ley de Patronato de menores “la cual define al sujeto menor de edad, como alguien como alguien minusválido e inmaduro para poder tomar sus propias decisiones, quien es Objeto jurídico de protección”. Es decir, el niño, jurídicamente llamado “menor”, se objetaliza en pos de su protección. Con el pasar de los años, el paradigma con respecto a los infantes fue cambiando y se llegó a considerar al niño como un sujeto de derecho. Entonces llegamos a la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño que eleva a los niños a la categoría de sujetos de derechos, estableciendo una serie de derechos universales específicos para la niñez. De esta manera se sustituye en concepto de “menor” por “niño”. (Fernández, 2010)

## **7) Estado del Arte**

Las estadísticas y los datos como mencionamos antes según la OMS marcan que tanto la obesidad como la depresión son dos enfermedades que vienen siendo cada vez más protagonistas de los tiempos que corren.

En 2015, una investigación planteada en México estudió la importancia del papel psicológico, socioeconómico, familiar, biológico y ambiental en el exceso de peso en niños entre 8 y 15 años y concluyó que los factores más preponderantes para el sobre peso en niños son los biológicos sobre todo si los padres tenían sobre peso, principalmente las madres, pero también fueron importante los factores ambientales que plantea la investigación como la dieta y la actividad física (Aguilar, Pérez y Díaz, 2011)

Salinas (2014) por su parte, a través de una investigación de campo también estudió la influencia de los factores psicosociales en jóvenes y pudo mostrar entre otras cosas que la autoestima baja podría tener alguna incidencia en el sobre peso o la obesidad pero que la relación no es significativa, sin embargo si es importante la imagen corporal percibida por los adolescentes que muchos de ellos presentan peso normal y se perciben con sobre peso, y algunos con sobre peso se perciben obesos, debido a la insatisfacción corporal.

En 2016 también se estudiaron los factores psicosociales relacionados a la depresión y se encontraron algunos resultados como que las experiencias tempranas de la vida podrían predisponer al desarrollo de la depresión en el adulto, y que la inadaptación y la comunicación social podrían llevar a la desesperanza que podría desembocar en esta enfermedad (Vázquez, 2016).

En 2009, se realizó un estudio donde se concluyó que los factores psicosociales desempeñan un papel importante en la aparición de la depresión, y agregan que el estudio de estos dará evidencia de cómo prevenir el trastorno (Cantero-Téllez y Ramírez-Páez, 2009). Las variables psicosociales que mencionaron en dicha investigación fueron las exigencias laborales, el entorno de trabajo, nivel de estrés. También se midió en función al nivel socioeconómico, donde encontraron una relación que a menor nivel socioeconómico se está expuesto a mayores situaciones de estrés y mayor preponderancia a desarrollar enfermedades crónicas.

Por último, una investigación planteada por Vargas Reyes (2020), plantean que la presencia de la depresión en la edad escolar se ha relacionado con problemas en el ajuste psicosocial, presentando los niños sintomatología depresiva, dificultades en el ámbito familiar y escolar. Además, agregan, que el estado nutricional del ser humano siempre ha sido importante, pero en la actualidad ha adquirido mayor importancia, debido al mal estilo de vida de las personas, a sus profesiones, a su educación y a su alimentación, que han propiciado un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, afectaciones mentales, sociales y trastornos nutricionales. Según sus resultados obtenidos pudieron determinar que existe una asociación entre depresión y obesidad y sobrepeso que es estadísticamente muy significativa. También concluyen que la obesidad debe ser un problema de la salud pública en la etapa infantil porque afecta la calidad de vida de los menores y desarrollan patologías que se subestiman por tratarse de niños pero que tendrían repercusión en la vida adulta.



## 8) Marco teórico

A lo largo de la historia la obesidad sufrió cambios en su concepción y en su valorización social. Actualmente, es considerada una enfermedad que se presenta entre los límites de la medicina, la nutrición, la psicología y el ámbito de lo sociocultural. Esta enfermedad es considerada hoy en día una enfermedad de gran prevalencia y, en buena parte de casos, crónica, pero al mismo tiempo con un fuerte componente social, de estilo de vida y de hábitos alimentarios (Medina, Aguilar, Solé-Sedeño, 2014). Para este trabajo se supondrá por obesidad a una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Un índice de masa corporal (IMC) superior a 25 se considera sobrepeso, y superior a 30, obesidad. (OMS, 2021)

Según la OMS la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. (OMS, 2020). En el DSM-5 aparecen trastornos depresivos tales como el trastorno de desregulación disruptiva del ánimo, el trastorno de depresión mayor, la distimia, el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por sustancia o medicamento y el inducido por alguna otra afección médica. Como hemos mencionado este trabajo se centra en niños y el único trastorno específico de niños en el DSM V es el trastorno de desregulación disruptiva del ánimo, que será el que tomaremos en consideración para el desarrollo de este trabajo. Este trastorno es una irritabilidad crónica, grave y persistente. Esta irritabilidad grave tiene dos manifestaciones clínicas relevantes y la primera son los accesos a cólera frecuentes que ocurren típicamente en respuesta a frustración y pueden ser verbales o conductuales. Deben ocurrir frecuentemente y en diferentes ambientes como por ejemplo en casa y el colegio, y deben ser inapropiados para el desarrollo. El diagnóstico no se debe hacer previo a los 6 años ni tampoco después de los 18. (DSM, 2014)

Entenderemos por niño, tal como se explicita en el artículo I de la Convención de los Derechos del Niño, a todo ser humano menor a 18 años de edad salvo que, en virtud de la ley le sea aplicable, haya alcanzado la mayoría de edad. (Naciones Unidas, 1989, p.10). Esta definición es pertinente también debido a que el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo no puede ser diagnosticado a seres humanos que sean mayores a 18 años, por lo tanto, es un trastorno depresivo que aplica a niños.

Por último, consideraremos los factores psicosociales propuestos por Salinas (2014) que son autoestima, el grado de satisfacción y percepción de la imagen corporal, el tipo de funcionalidad familiar y la actividad física. Y adicionaremos también porque pienso que será pertinente para el desarrollo algunos de los factores psicosociales propuestos por Guerrero (2000) como, las características de afrontamiento de cada sujeto sobre todo para hacerle frente a las emociones y al estrés.

## 9) Apartado metodológico

### a) Procedimiento:

El presente trabajo realizará una revisión bibliográfica de tipo descriptivo y explicativo, con el fin de poder comprender y relacionar las variables psicosociales que intervienen tanto en el desarrollo de la obesidad y de la depresión en los niños. Para lograr este propósito se seleccionará literatura actual y clásica, trabajos científicos de investigación y de campo así como también materiales con contenido histórico, y libros. Estos trabajos serán recopilados de Google Academics, Scielo, ResarcheGate, Redalyc, Mediagraphic entre otras para lograr recolectar suficiente material para responder al problema de investigación de la tesina.

El propósito de la tesis es buscar material lo más actual posible para poder realizar una conclusión con la mayor precisión posible. También se tratará de buscar posiciones contrapuestas que planteen diferentes posturas para poder enriquecer el trabajo y poder lograr una posición superadora.

### b) Índice comentado

A continuación, se detallarán los títulos y contenidos que se encontrarán en los tres capítulos que componen la presente tesina.

- Capítulo I: Obesidad y depresión: Se piensa que la obesidad puede ser causa o consecuencia de la depresión. En este tramo de la tesina se buscará mediante información recolectada en diversos trabajos científicos buscar si realmente existe una relación lineal donde la obesidad puede ser causa de la depresión y la depresión de la misma manera puede llegar como consecuencia de la obesidad. Se centrará como toda la tesis en demostrar esto en niños.
- Capítulo II: Autoestima e imagen corporal: Siendo estas dos de las variables psicosociales predominantes en el desarrollo de la obesidad infantil se buscará explorar más acerca de estos conceptos y hacer una revisión sobre si son realmente determinantes para desarrollar obesidad infantil.
- Capítulo III: Contención Socio Ambiental: Muchas veces los trastornos mentales y también la obesidad suele ser desarrollada como respuesta a un entorno familiar que no responde a las demandas que requiere el infante. Este capítulo buscará ver la influencia de la familia en ambas patologías en la infancia.
- Capítulo IV: Construcción de subjetividad: Presentaremos un recorrido por diferentes autores que desarrollan este concepto y su articulación con la obesidad y la depresión.

# Capítulo 1: Obesidad y depresión

*“El cuerpo humano es el carruaje, el yo, el hombre que lo conduce; el pensamiento son las riendas y los sentimientos los caballos”*

Platón

## 1.1 ¿Por qué obesidad?

En Argentina el problema de la obesidad infantil es preocupante y tiene un crecimiento sostenido a lo largo de los años. Respecto de la prevalencia en niños, niñas, la Secretaría de Gobierno de Salud se encuentra desarrollando la segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) y la Tercera Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE). La última información disponible de la ENNyS 2019 evidencia que 41,1 por ciento de los chicos y adolescentes de entre 5 y 17 años tiene sobrepeso y obesidad en Argentina. En los niños de 0 a 5 años, el exceso de peso alcanza el 13,6 por ciento, una cifra elevada ya que se tiene en cuenta que el exceso de peso esperado para esta edad es de 2,3 por ciento. (Ministerio de Salud, 2019)

Según registros de la OMS (2021a), la obesidad infantil está tomando proporciones alarmantes en muchos países y supone un problema grave que se debe abordar con urgencia. Esta enfermedad puede afectar a la salud inmediata de los niños, al nivel educativo que puede afectar también la calidad de vida. Los niños con obesidad tienen muchas probabilidades de seguir siendo obesos en la edad adulta y corren el riesgo de sufrir enfermedades crónicas. Además, la OMS propone que la prevención y el tratamiento de la obesidad exige un enfoque en el que participen todas las instancias gubernamentales y en el que las políticas de todos los sectores tengan en cuenta sistemáticamente la salud, evitando efectos sanitarios nocivos y, por tanto, mejoren la salud de la población y la equidad en el ámbito sanitario.

Un artículo de la revista médica *Herediana*, publicado en Lima, Perú en el 2018, destaca que la obesidad infantil representa uno de los problemas más importantes de salud pública del siglo XXI. La OMS reportó un incremento global de niños entre 0 a 5 años que padecen sobrepeso u obesidad, pasando de 32 millones en 1990 a 42 millones en el año 2013; en países en vías de desarrollo, la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil entre los niños en edad preescolar supera el 30%. La investigación expresa que, si se mantienen las tendencias actuales, el número de lactantes y niños pequeños con sobrepeso aumentará a 70 millones para 2025. Se calcula que el 80% de los niños y adolescentes obesos seguirán presentando esta patología en la edad adulta, lo que resulta preocupante tanto por la enfermedad en sí como también por ser un factor de riesgo de otras enfermedades desde edades tempranas, entre ellas su asociación con trastornos psicológicos. Algunos de estos trastornos mencionados en la investigación son la ansiedad, la depresión, la discriminación y el bullying sufrido, la baja autoestima, entre otros. (Ortega Miranda, 2018)

Desde el Hospital Italiano, la doctora Granados en 2004, planteaba que complejidad de la obesidad radica en la multiplicidad de aristas que lo componen. Para su resolución se necesita

trabajar a nivel poblacional, familiar y personal. Su tratamiento implica la realización de cambios profundos en ámbitos tan variados como salud, educación, publicidad y seguridad, solo por mencionar los más importantes. Si bien en los últimos años se han realizado muchos cambios en este sentido tanto a nivel mundial como en nuestro país, los esfuerzos no son suficientes y los resultados no se acercan a los necesarios. (Granados, 2004)

En función de lo mencionado, lo que se pretende enfatizar en el presente trabajo, es la multiplicidad de causas que son necesarias para llevar a desarrollar esta enfermedad. No obstante, si bien consideramos de suma importancia los factores hereditarios, genéticos y biológicos en el desarrollo de la enfermedad, no son los únicos que la determinan. Es por eso que se desarrollarán los factores psicosociales que intervienen para entender también la relevancia de lo social, lo psicológico y lo ambiental como determinantes aportando una mirada más integral que podrá ser útil para pensar la prevención.

## **1.2. ¿Por qué depresión?**

“Las depresiones representan después de las enfermedades cardíacas, el mayor problema sanitario si se considera la mortalidad prematura y los años de vida útil que se pierden por incapacidad” dice Hornstein (2020). Además, artículos de revistas importantes como Efe Salud plantean que en el año 2030 la depresión será la primera causa de discapacidad en jóvenes y adultos. (Rojín Guitan N, 2020).

Los números son alarmantes, en la última entre 2007 y 2017 los casos de depresión aumentaron 18% a nivel mundial y actualmente es la primera causa de muertes por suicidios. Hasta el 2017 eran 800 000 la cantidad de suicidios por depresión (Efe, 2017)

Además de estos datos en crecimiento, se le sumó una variable que fue la pandemia debido al COVID-19 donde la población mundial ha tenido que lidiar no solo con el riesgo a contraer el virus sino también, con la presencia de la muerte cercana y largas cuarentenas que provocaron el aislamiento de muchas personas de sus entornos. Según Hernández Rodríguez J (2020), el COVID-19 repercute negativamente sobre la salud mental de las personas de la población general, y en particular de los grupos más vulnerables. La incertidumbre asociada a la enfermedad, más el efecto del distanciamiento social, el aislamiento, la cuarentena pueden agravar la salud mental de la población.

Entonces, teniendo en cuenta la situación contextual que estamos atravesando y sin desconocer la importancia de los factores biológicos esta tesina buscara pensar la depresión desde el paradigma de la complejidad. De esta manera, tal como propone Hornstein (2020) poder entender el desequilibrio neuroquímico presente en las depresiones como consecuencia de la acción conjunta, y difícilmente deslindable, de la herencia, situación personal, la historia, los conflictos neuróticos y humanos, la enfermedad corporal, las condiciones históricas sociales, las vivencias, los hábitos y el funcionamiento de organismo.

### 1.3 Obesidad y depresión

Siguiendo el recorrido de lo planteado anteriormente, damos cuenta de que tanto la obesidad como la depresión son flagelos propios de esta época. La pregunta que surge entonces es ¿Hay factores comunes en la obesidad y la depresión? ¿La obesidad infantil puede derivar en depresión en la adultez?

Ortega y Miranda en el artículo que realizaron en 2018 expresan que en diversos estudios se ha mostrado la asociación directa entre obesidad y depresión, remarcando que la depresión no sólo es consecuencia, sino también puede preceder a la obesidad, y que la misma se presenta más en mujeres que varones (Ortega Miranda, 2018).

También estudio de Medina Montaña que se centró en los hábitos alimenticios de los niños en la escuela concluyó que estos no comen saludablemente en las horas de sus estudios, independientemente de la presencia de sobrepeso u obesidad. Podríamos tomar esto como una alarma ya que muestra a la obesidad como tema social, pero no solo sobre los niños con sobrepeso sino desde un lugar de prevención y concientización hacia todos. (Medina Montaña, R et al, 2012)

Continuando con la misma línea, un artículo del 2016 de la Universidad autónoma de Juárez Tabasco, México, propone que la obesidad es un problema de salud pública, debido a su morbilidad y prevalencia muy alta en diversos países que se ve en niños y adultos por igual. En este trabajo menciona que esta patología es una enfermedad crónica que suele aumentar su riesgo en adolescentes porque es factor de riesgo para muchas enfermedades coronarias. Con respecto a su relación con la depresión el artículo menciona que la obesidad trae consecuencias en el aspecto psicológico de las personas, ya que debido a su sobrepeso empiezan a ser discriminadas desde muy jóvenes con una gran reducción en su autoestima. A si mismo, las personas con obesidad se sienten deprimidas debido al rechazo al no poder lograr estándares físicos establecidos por la sociedad. Incluso se muestran tímidos al relacionarse con personas en nuevos escenarios. (García-Falcioni, R et al, 2016)

La revista psicológica y psicopatológica de España se propuso a investigar el perfil psicológico de niños con obesidad. Para esto, tomaron una muestra de 89 chicos entre 9 y 16 años (44 niños con sobrepeso y 45 sin sobrepeso) y fueron evaluadas las variables de ansiedad, depresión, autoestima y satisfacción corporal. Respecto a la depresión, que es el tema de la presente monografía los resultados que se obtuvieron en este artículo fueron contradictorios. Por una parte, se puede observar que niños con obesidad o sobrepeso presentan más síntomas de depresión que los niños con peso normal. Pero por otra parte, otros estudios no han encontrado evidencia que corrobore este resultado. Además, parece que la relación entre obesidad y depresión no va sólo en una dirección, sino que algunos estudios han encontrado que los niños diagnosticados de depresión tienen más probabilidades de desarrollar obesidad en la adultez.

Es decir, los datos conseguidos a través de este artículo no indicaron significativas diferencias entre el grupo de los niños con sobrepeso y los que no tienen sobrepeso. Sin embargo, se encontró una relación significativa entre sintomatología depresiva e insatisfacción corporal en el grupo sin obesidad/sobrepeso, mientras que en el grupo con obesidad/sobrepeso esta relación no apareció. Cebolla, Baños, Botella, Lurbe y Torró dan posibles explicaciones acerca de porque no existiría esta relación lineal que tiene que ver con que una vez que la obesidad/sobrepeso se ha establecido en los niños, la relación entre la insatisfacción corporal y la depresión cambia, es decir, que esta relación no tiene una estructura lineal. Quizá haya una variable que este mediando entre estos factores. Una explicación alternativa es que la insatisfacción corporal del grupo con sobrepeso tiene una estructura diferente que el grupo que no tiene, y los instrumentos utilizados no son suficientemente sensibles para capturar esta sutileza. (Cebolla, A et al, 2011)

Otra investigación que se dio en México, se propuso a estudiar la posible asociación entre los constructos insatisfacción corporal, autoestima y depresión en niñas con obesidad. Para esto se tomó una muestra de 231 niñas que se las clasificó en 3 grupos según su índice de masa corporal (obesidad, sobrepeso y peso normal). El estudio partió de 3 hipótesis a verificar: 1) las niñas con obesidad tendrían más insatisfacción corporal y depresión, y menos autoestima que sus pares con sobrepeso y con peso normal; 2) las niñas con obesidad con mayor insatisfacción corporal tendrían menor autoestima y más síntomas de depresión comparadas con las niñas obesas con menos insatisfacción corporal y con las niñas con peso normal (con insatisfacción corporal elevada y no elevada), y 3) la insatisfacción corporal mediaría entre la obesidad y la autoestima, pero no entre la obesidad y la depresión. Los resultados dieron cuenta que las niñas con obesidad presentaron mayor insatisfacción corporal que las niñas de peso normal pero no que las niñas con sobrepeso y que no hubo diferencias entre los grupos en relación con la autoestima y la depresión. Ante la falta de asociación entre la obesidad y la autoestima, y entre la obesidad y la depresión, una posible podría ser que la psicopatología de los niños y adolescentes no es un fenómeno estático, sino un proceso de cambios constantes a lo largo de la vida. Así, se entiende que la expresión de la psicopatología es más tenue en edades tempranas. Se podría pensar que por esta razón las niñas con obesidad sí mostraron más insatisfacción corporal que las que tenían sobrepeso y peso normal, pero no más depresión ni menos autoestima. Finalmente, este estudio concluyó entonces que las niñas con obesidad están insatisfechas con su cuerpo, pero la obesidad, por sí misma, no conlleva baja autoestima ni síntomas de depresión. En cambio, cuando la insatisfacción corporal se exagera sí se asocia con la baja autoestima y los síntomas de depresión de las niñas sin importar su índice de masa corporal. No obstante, la insatisfacción corporal no media la relación entre la obesidad y la autoestima, ni entre la obesidad y la depresión. (Contreras-Valdez, J et al, 2016)

En León, México, se estudió acerca de los factores psicosociales asociados a niños con sobrepeso y obesidad. En lo que respecta a la depresión, se partió de la hipótesis que los niños y adolescentes obesos tienen menos autoestima y mayor tendencia a la depresión. La presencia de depresión en la adolescencia influye para que tengan mayor índice de masa corporal al ser adultos. Para este trabajo se realizaron controles escolares sobre 130 niños con sobrepeso para

evaluar la asociación entre la presencia de sobrepeso y obesidad y factores psicológicos, sociales, biológicos y ambientales. Los resultados en el estudio marcaron que no se encontraron asociaciones entre los factores psicosociales y el exceso de peso en niños. Se asocian factores biológicos como el tener padres con exceso de peso, principalmente la madre, así como los factores de dieta y actividad física. La importancia de estos últimos es que son altamente modificables con la educación. (Aguilar-Navarro, H et al, 2011)

Respecto al tema central del presente capítulo uno de los enfoques más interesantes es el que se plantea en la Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. En principio se plantea que los infantes con obesidad o sobrepeso presentan un mayor riesgo de sufrir aislamiento, intimidación, insultos y burlas que sus pares de contextura física normal. Como consecuencia de este hostigamiento o acoso o “bullying”, surge el estrés emocional, el bajo rendimiento escolar, el ausentismo y la dificultad para tener amigos, además de que se ve comprometida la capacidad de adaptación psicosocial en general, lo cual incrementa los sentimientos de ansiedad y depresión, disminuye la autoestima, y da lugar a problemas de conducta. Para estudiar esto hubo una investigación que consistió en determinar la asociación entre la depresión y el estado de nutrición en escolares. Este estudio concluyó con que las repercusiones de la obesidad van más allá del ámbito físico; esta tiene consecuencias emocionales graves y muchas de ellas irreversibles, con impacto en el escolar que la padece y en su entorno. El estudio refleja que los escolares también se deprimen y que los portadores de obesidad tienen más riesgo de ello, por lo que hay que considerar, diagnosticar y tratar la depresión infantil que es distinta a la depresión adulta y requiere también otro tratamiento. Uno de los principales aportes de la investigación es que hay que tratar a esta depresión infantil como parte integral del escolar con obesidad y no aisladamente. (López-Morales, C et al, 2014).

Para finalizar el recorrido, un estudio piloto para intervenir motivacionalmente con niños obesos y sus familias. El objetivo de aquí era analizar los resultados de una intervención motivacional con modificación de los hábitos alimentarios, los estilos de vida y los trastornos emocionales en niños obesos de 6 a 12 años y sus familias. Para esto se incluyeron 11 niños que se los evaluó previo y posterior al tratamiento. Los resultados marcaron que el programa disminuyó el índice de masa corporal, aumentó la adherencia a la dieta y disminuyó la ansiedad en los niños, además se redujo el peso y la ansiedad en los adultos que acompañaron en el programa a los niños. (Tárraga-López, P et al 2017)

La epidemia de obesidad podría anular muchos de los beneficios sanitarios que han contribuido al aumento de longevidad en el mundo. En la figura 1 (ver anexos) se muestra la prevalencia mundial de niños menores de 5 años con sobrepeso. En África, el número de niños con sobrepeso u obesos casi se ha duplicado desde 1990, al haber pasado de 5,4 millones a 10,3 millones. En 2014, de los menores de 5 años con sobrepeso, el 48% vivía en Asia y el 25% en África. Si bien en algunos entornos la prevalencia de la obesidad en lactantes, niños y adolescentes se ha estabilizado, en cifras absolutas hay más niños con sobrepeso y obesidad en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos. En la figura 2 (ver anexos) se muestra la prevalencia mundial de sobrepeso por región de la OMS y por grupo

de ingresos del Banco Mundial. Los datos sobre prevalencia entre niños más mayores y adolescentes están actualmente en fase de verificación y la OMS los publicará en 2016. Hasta la fecha, los progresos en la lucha contra la obesidad infantil han sido lentos e irregulares.

La obesidad tiene consecuencias físicas y psicológicas para la salud durante la infancia, la adolescencia y en la edad adulta. De por sí, es causa directa de trastornos de salud en la infancia, en particular complicaciones gastrointestinales, osteomusculares y ortopédicas, la apnea del sueño, y la manifestación temprana de enfermedades cardiovasculares y diabetes de tipo 2, así como las afecciones concomitantes de estas dos últimas enfermedades no transmisibles. La obesidad en la infancia puede contribuir a dificultades conductuales y emocionales, como la depresión, y también conducir a la estigmatización y a una socialización deficiente, y reducir el nivel educativo que puede alcanzar el niño.

Habiendo visto los resultados del compendio de investigaciones podemos afirmar que existen puntos en comunes entre la obesidad y la depresión sin embargo esto no se da de manera lineal. Es decir, a pesar de que existe una relación entre ambas patologías no se dan de forma directa. Así como la obesidad puede ser una de las causas de la depresión, se puede dar a la inversa. Por otra parte, en este recorrido realizado en las diferentes investigaciones se puede destacar la presencia de los factores psicosociales que intervienen en esta relación y que van a ser determinantes para el desarrollo de la presente tesina. En los siguientes capítulos se desarrollarán algunos de estos factores psicosociales con el objetivo de clarificar y poder aportar información que sea útil para pensar tanto a la obesidad como a la depresión desde la infancia.

#### **1.4 Niños**

Como aclaramos anteriormente en el marco teórico entenderemos por niño, tal como se explicita en el artículo 1 de la convención de los derechos del niño, a todo ser humano menor a 18 años de edad salvo que, en virtud de la ley le sea aplicable, haya alcanzado la mayoría de edad. (Naciones Unidas, 1989, p.10). Esta definición engloba tanto a niños como a adolescentes y podemos pensar que los procesos psicológicos que ocurren entre estos grupos etarios no son similares por lo tanto tendrán una manera diferente de vivir los procesos de depresión y obesidad. Un niño tiene su aparato psíquico en construcción tema que desarrollaré más adelante en el capítulo de construcción de subjetividad y el adolescente sufre transformaciones tanto psíquicas, como sociales y corporales que también serán de gran influencia para pensar la obesidad y la depresión y que se desarrollará en el capítulo de autoestima e imagen corporal.

Ahora bien, ¿Por qué esta tesina se focalizará en este grupo etario? Es una etapa determinante en la vida donde desde diferentes marcos teóricos se puede justificar la elección, es decir, si pensamos desde lo psicodinámico podemos pensar en el narcisismo infantil, la trama idílica, la narcisización que se dan en esta instancia de la vida y son constitutivas. Si pensamos desde lo cognitivo conductual es el momento evolutivo donde se van armando los esquemas nucleares constitutivos del sujeto. Es un momento del desarrollo donde son fundamentales los factores psicosociales propuestos en esta tesina.



## Capítulo 2: Autoestima e imagen corporal

*“El cuerpo humano no es más que apariencia y esconde nuestra realidad. La realidad es el alma”*

*Victor Hugo*

El primer capítulo de la presente tesina se manifiesta que el problema de la obesidad infantil y la depresión no son temas monocausales sino por lo contrario son multifactoriales. La autoestima y la imagen corporal que tiene el niño de sí mismo son planteados en las diferentes investigaciones como dos de los factores psicosociales más predominantes que existen en la relación entre obesidad y depresión.

Nathaniel Branden, en su libro “El poder de la autoestima” (1993) define a la autoestima como la experiencia de ser aptos para la vida y para sus requerimientos. Más concretamente consiste en dos puntos que aclara el autor. 1. En la confianza en nuestra capacidad de pensar y afrontar los desafíos de la vida, 2. En la confianza en nuestro derecho a ser felices, el sentimiento de ser dignos, de merecer, de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y a gozar de los frutos de nuestros esfuerzos. Además agrega que la autoestima es una necesidad muy importante, e indispensable para el desarrollo del ser humano. El no tener una autoestima positiva impide el crecimiento psicológico. Cuando se posee actúa como sistema inmunológico de la conciencia, dándole fortaleza y capacidad de regeneración. Cuando baja, disminuye la resistencia ante las adversidades y una persona se podría derrumbar ante situaciones que en un sentido más positivo del uno mismo podría vencer.

Massazena (2017) su vez, en su trabajo sobre autoconcepto y autoestima toma lo propuesto por Freud en Introducción al Narcisismo (1914) quien utilizó el término alemán “Selbstgefühl”, puntualizando que tiene dos significados: conciencia de una persona respecto de sí misma (sentimiento de sí), y vivencia del propio valor respecto de un sistema de ideales (sentimiento de estima de sí); siendo este último lo que se denomina autoestima. De esta manera, una parte del sentimiento de sí es primaria, el residuo del narcisismo infantil; otra parte surge de la omnipotencia corroborada por la experiencia (el cumplimiento del ideal del yo), y una tercera de la satisfacción de la libido de objeto (Freud, 1914). En la misma línea, Hornstein (2020) dice que una historia, los logros, la configuración de vínculos, los proyectos (individuales y colectivos) que desde el futuro alimentan al presente, confluyen como ríos en la autoestima.

Tomando los conceptos tanto de Freud, como de Hornstein y Branden podemos comprender que la autoestima también está regulada por múltiples factores que terminan por definir a la conciencia de una persona respecto a sí misma, la confianza en uno para poder afrontar las vicisitudes de la vida.

A pesar de que en investigaciones que estudiaron los factores personales, familiares y académicos en niños y adolescentes con baja autoestima llegaron a conclusiones generales donde no existen relaciones significativas entre esas variables con los niveles de autoestima. O que las variables familiares no se relacionan de forma significativa con los resultados finales (Navarro et al, 2006), podemos cuestionar la forma en que se definieron operativamente las

variables ya que se realizaron de una forma cuantitativa y no cualitativa. Es decir, las variables familiares que toma este estudio tienen que ver con la cantidad de hermanos, o el tipo de estructura familiar y no con la calidad del vínculo. A diferencia, otra investigación que se estudió de manera cualitativa, tenía por objetivo investigar la sobreprotección familiar en edad escolar, entre sus conclusiones muestra que una de las consecuencias principales de la sobreprotección es que el niño termine incapacitado en todo su desarrollo afectivo, psicológico y social ya que los niños sobreprotegidos no asumen responsabilidades ni desarrollan sus capacidades porque no les dejan, el padre y la madre les hacen las tareas y deciden por ellos. Esto tiene como resultado que los niños suelen sentir miedo, inseguridad y autoestima baja. (Olivos, Urtrecho 2020)

Otra investigación de carácter cualitativo estudia los contextos socio ambientales para definir las dimensiones de la autoestima en niños y adolescentes. En esta ocasión se tuvo en cuenta tanto contextos socioambientales como componentes psicológicos para la exploración de la autoestima. La carencia de competencia social y de asertividad, la depresión y la ansiedad, la autoimagen negativa y el estrés son algunas de las variables que se asocian fuertemente a la baja autoestima. Los modelos explicativos en torno a este concepto coinciden en la identificación de algunos componentes que la determinan. Entre ellos está el componente psicológico inherente que es constituido por elementos cognoscitivos, emocionales y conductuales, y también existe el componente contextual determinado por características socioambientales. La investigación determinó que en el caso de los niños las dimensiones psicológicas inherentes tienen mayor peso que los contextos, y que el peso de lo ambiental tiene esta relacionado sobre todo al ámbito familiar. Por su parte, los resultados en adolescentes determinaron que aunque lo psicológico inherente es importante, lo contextual también tiene un gran peso. Lo contextual en el caso de estos últimos no refiere solo a la familia sino también en función a su grupo de pares (Niebla, Guzmán 2001).

Los resultados de esta investigación pueden relacionarse con los planteos Berger y Luckmann en "La construcción social de la realidad" (1967) donde plantean que la socialización primaria es la primera que el individuo atraviesa en la niñez por medio de la cual se convierte en miembro de la sociedad y de esta manera constituye la estructura básica de la persona. El niño se identifica con los otros significantes quienes podríamos considerar la familia y comienza a internalizar roles y actitudes por lo que podemos entender que en niños el peso de lo inherentemente psicológico tenga más peso y que se le otorgue más peso al entorno familiar. En la socialización primaria no existe ningún problema de identificación, ninguna elección de otros significantes, son los adultos los que disponen las reglas del juego, porque el niño no interviene en la elección de su otro significativo, se identifica con ellos casi automáticamente. Por esta razón el mundo internalizado en esta socialización se implanta en la conciencia con mucha más firmeza que en los mundos internalizados en socializaciones secundarias. La socialización primaria crea en la conciencia del niño una abstracción progresiva que va de los roles y actitudes de otros específicos a los roles y actitudes en general. Esta abstracción se denomina el otro generalizado. Cuando logra incorporar esta abstracción comienza la socialización secundaria. La socialización secundaria, siguiendo a los autores, es la internalización de submundos institucionales o

basados sobre instituciones. Su alcance y su carácter se determinan por la complejidad de la división del trabajo y la distribución social concomitante del conocimiento. Mientras que la socialización primaria no puede efectuarse sin una identificación con carga emocional del niño con sus otros significantes, la mayor parte de la socialización secundaria puede prescindir de esta clase de identificación y proceder electivamente con la sola dosis de identificación mutua que interviene en cualquier comunicación entre los seres humanos. Esto explicaría entonces también que los adolescentes se identifican con sus pares. De todas maneras, esto también se desarrollará más adelante con Grassi y Córdova.

La Imagen corporal es otro de los conceptos que tendría incidencia en la obesidad infantil y la depresión. Cabe aclarar que cuando nos referimos a este concepto estamos haciendo referencia a la dimensión psíquica del cuerpo, es decir no entendemos al cuerpo como algo meramente biológico sino también atravesado por lógicas sociales, políticas, económicas, vivencias subjetivas de cada uno, el lugar que se le da a cada uno previo a su nacimiento, por eso entendemos al cuerpo también en esa relación con los otros significativos.

Dolto (1984) define al esquema corporal como una realidad de hecho, como el modo carnal de vivir el contacto con el mundo físico. Las experiencias de la realidad dependen de la integridad del organismo, de sus lesiones transitorias, neurológicas, musculares, óseas y también de las sensaciones fisiológicas viscerales o circulatorias. En principio, Dolto propone que el esquema corporal es el mismo para todos los individuos de una especie humana pero la imagen del cuerpo es propia de cada uno ya que está ligada al sujeto y a su historia. La imagen del cuerpo entonces es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales y está atravesada por el lenguaje.

Vaquero Cristóbal et al (2013) realizaron una revisión bibliográfica respecto a este concepto debido a que, en los países desarrollados, existen estándares de belleza basados en modelos prodelgadez, que son interiorizados por los adolescentes y los jóvenes, suponiendo un factor de riesgo para el desarrollo de alteraciones de la imagen corporal y su percepción. En este caso, y en la misma línea que Dolto, definen a la imagen corporal como la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta. Por tanto, la imagen corporal no está necesariamente correlacionada con la apariencia física real, siendo claves las actitudes y valoraciones que el individuo hace de su propio cuerpo. Aquellos sujetos que, al evaluar sus dimensiones corporales, manifiestan juicios valorativos que no coinciden con las dimensiones reales presentan una alteración de la imagen corporal. De esta forma podríamos decir entonces que la imagen está formada por componentes perceptuales, cognitivos, afectivos y conductuales.

Córdova(2010) dice, haciendo referencia a Freud, que “donde soma era, cuerpo debe advenir” (p. 55, 2010). Esta frase sirve para poder pensar la creación del cuerpo del infans y luego lo que sucederá en la adolescencia al tener que reapropiarse de su propio cuerpo que sufre transformaciones como así también su psique. El cuerpo en sus inicios es un soma, una estructura orgánica viviente y así continuará hasta el encuentro con el Otro. Ser tocado y corporizado por este otro significativo, por sus deseos y sus significantes será constitutivo para

que la constitución del cuerpo como integración psicosomática. Antes de nacer el infans tendrá su representación en el psiquismo materno, se lo designará con un nombre, se lo sueña, se lo es dotado de atributos. Luego de nacido se lo investirá con los primeros envoltorios corporales, esas ropitas preparadas anticipadamente como representación topológica de un cuerpo no constituido como tal. A su vez el infans es hablado, recibe un baño de lenguaje del Otro materno que, con sus cuidados, sus olores, la mirada, las caricias, los besos y la alimentación irán trazando en ese cuerpo naciente una geografía libidinal, superficies, bordes corporales. En este tiempo se irá constituyendo un cuerpo en el doble encuentro originante con el propio cuerpo y los procesos psicosomáticos maternos.

Es importante reconocer que de los 0 a los 18 años los estadios de los niños son muy diferentes y no es lo mismo la imagen corporal de un niño que de un adolescente. Con la llegada de la pubertad, el cuerpo infantil se transforma abruptamente en un territorio invadido y gobernado imperativamente por la sexualidad genital. La apropiación de este nuevo cuerpo se irá marcando a partir del encuentro con nuevos cuerpos, también en proceso de escritura de lo propio en el otro y por el otro; dado que lo propio no es sin la otredad. En ese interjuego social se irá posibilitando la creación del “nuevo cuerpo” adviniendo en su dimensión de alteridad. El adolescente con sus ropas añade una impronta personal y social a la superficie del cuerpo en proceso de apropiación. Utiliza ropas viejas y gastadas, zapatillas sucias y olorosas que representaría partes de su antiguo cuerpo niño yacente en el cuerpo adolescente. La tendencia a retener los viejos objetos es un gesto que apuntala provisoriamente el sentimiento de continuidad, amenazado por las transformaciones corporales. (Córdova). La adolescencia es un momento de transformaciones y cambios de organización, reorganización y neo organizaciones, es decir, incorporar nuevos elementos des-ordena lo establecido dando lugar a organizaciones nuevas. La vida psíquica encuentra distintos momentos en los que se trata de inscribir, incorporar, metabolizar lo heterogéneo y así, re-organizar, re-ordenar, des-ordenar lo previo. La subjetividad trabaja la adolescencia produciendo transformaciones. (Grassi y Córdova 2010).

Joyce Mc Dougall (1996) también se refirió a la constitución de la imagen corporal y la integración de psiquis y cuerpo. El autor refiere en un cuerpo para dos que existe una fantasía primordial en los seres humanos donde surge el deseo de volver a ser uno con la madre-universo de la temprana infancia. Más allá de que el cuerpo biológico se origine en la vida intrauterina de la madre esto se prolonga imaginariamente en el recién nacido y va a ser constitutivo para su funcionamiento psicosomático. Es por eso que desde el primer momento la madre con sus cuidados y su intuición buscara aportarle alivio y sueño a su bebé con su ritmo del cuerpo y su mantenimiento del contacto corporal. A partir de esto el niño irá encontrando una diferenciación progresiva entre el cuerpo propio y el de su madre. Cabe aquí para esta diferenciación mencionar a Winnicott y sus conceptos de ambiente facilitador y madre suficientemente buena que serán desarrollados en el capítulo próximo. McDougal plantea que paralelamente a esta diferenciación del cuerpo también se va distinguiendo lo psíquico de lo somático, y se va produciendo una lenta desomatización de la psiquis donde existe una doble búsqueda un tanto paradójica: Por un lado, el bebe tratará de recrear la ilusión de unidad corporal y mental con la madre y por otro lado

luchará con todos los medios que dispone para diferenciar su cuerpo y su ser e ella. (Mc Dougall 1996)

Tanto la autoestima como la imagen corporal entonces son construcciones subjetivas (concepto que será desarrollado en el capítulo 4) en donde intervienen variables intrasubjetivas y intersubjetivas. No solo interviene lo biológico y lo hereditario, sino que también existen cuestiones sociales, ambientales, emocionales, vinculares, económicas y políticas. Da Silva Vento junto con Sousa Melo (2019) estudiaron dilemas de la gestión de sí de personas sometidas a la cirugía bariátrica, una de las técnicas indicadas para el tratamiento de la obesidad, aunque la OMS recomienda que esta técnica sea adoptada solo como último recurso. Uno de los participantes de la muestra refería que posterior a la operación su cuerpo había cambiado pero su cabeza seguía siendo de gordo. Aquí se puede ver que lo importante no es solamente el cuerpo sino la reconstrucción subjetiva y holística que se debe hacer con los pacientes a la hora de tratar la obesidad, con nuevos hábitos y necesidad de que ellos empiecen a controlar también sus pensamientos. Sentimientos de culpa y vergüenza son los que suelen expresar el fracaso de la gestión de sí de pacientes sometidos a este tratamiento. En este mismo trabajo, mientras algunos pacientes expresaban dificultades para reconocer su nuevo cuerpo de acuerdo con las orientaciones médicas, otros de ellos expusieron el hecho de no reconocerse a sí mismos en esta nueva apariencia

A sabiendas de esta información es necesario entonces pensar a la obesidad más allá de la restricción de alimentos y el aumento de actividad física. Más allá de que son factores importantes también se debe pensar en por ejemplo los medios de comunicación, tanto en los tradicionales como en los nuevos. Según Mazur y Radziewicz-Winnicki (2015) muchos estudios han mostrado la posible correlación entre el tiempo que los niños miran televisión, el incremento del índice de masa corporal y un comportamiento nutricional no saludable. Este comportamiento suele asociarse con menos consumo de frutas y verdura y un aumento de “picoteo” (ingesta de comida poco saludable). En colegios por ejemplo de Estados Unidos las compañías de marketing han desarrollado estrategias exclusivamente para los colegios y más del 20% de los institutos ofrece comidas rápidas. Por otra parte, los nuevos medios de comunicación (celulares, computadoras, redes sociales, juegos) tienen publicidad segmentada donde le ofrecen a los niños por ejemplo alimentos de bebidas azucaradas o comidas poco nutricionales. Otro estudio de Contrera-Rojas (2014) estudió la influencia de las publicidades de moda en la autoestima de adolescentes y concluyó que estas publicidades afectan a toda la población, pero mayormente a adolescentes por el motivo que estos están definiendo su personalidad. Además, agrega que los actores con cuerpos perfectos hacen tener a los jóvenes una idea equivocada de lo que otros aprecian y eso afecta directamente a la autoestima donde muchas veces se terminan provocando desórdenes alimenticios.

Otra investigación que se propuso a estudiar el perfil psicopatológico de niños con sobrepeso u obesidad en tratamiento de pérdida de peso concluyo que, sobre una muestra de 89 niños, de los cuales 45 tenían peso normal y 44 sobre peso, estos últimos mostraron mayor insatisfacción corporal, baja autoestima académica y corporal, y niveles de ansiedad más altos.

La variable que mejor discriminó entre los dos grupos fue la satisfacción corporal. Este estudio también obtuvo datos en cuanto a la depresión sin embargo no indicaron diferencias significativas entre los grupos. A pesar de eso, se encontró una relación significativa entre sintomatología depresiva e insatisfacción corporal en el grupo sin obesidad/sobrepeso, mientras que en el grupo con obesidad/sobrepeso esta relación no apareció. (Cebolla et al, 2011).

Es pertinente, en este capítulo, mencionar que existen movimientos que tratan de cuestionar las maneras en que la sociedad y la cultura presentan y observan al cuerpo humano. Movimientos como el Body positive, que según Connie (2019) surge como respuesta para controlar y “arreglar” a los organismos no normativos, quienes consideran como cuerpos rebeldes a los que no cumplen con los estándares clásicos. El movimiento defiende la aceptación independientemente de su discapacidad, tamaño, género, o aspecto. Surge entonces como desafío desafiar los estándares de belleza y uno de sus pilares centrales defiende que la belleza es una construcción de la sociedad y que esta construcción no debería determinar la autoestima de cada uno. Un objetivo claro del movimiento es mejorar el bienestar psicológico del individuo, especialmente de aquellos que adolecen una imagen negativa de su propio cuerpo. Los integrantes del movimiento buscan la autoaceptación (Drake, 2018). Este tipo de movimientos podemos pensarlos como un arma de doble filo. Por un lado, cuestionar las construcciones sociales y poder aceptar el cuerpo independientemente del peso, tamaño, o aspecto es un progreso muy importante debido a que como venimos mencionando anteriormente la relación entre obesidad y depresión no es lineal, sino que esta mediada por la autoimagen, la autoestima y la construcción subjetiva de cada uno. Por lo tanto, podríamos pensar que las consecuencias psicológicas de la obesidad tendrán menos impacto. Sin embargo, también existe un componente biológico y el sobrepeso es un factor de riesgo importante para enfermedades no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, diabetes, trastornos del aparato locomotor y algunos cánceres (OMS, 2021a). Que exista un movimiento que cuestione los constructos culturales y fomente la aceptación del propio cuerpo puede llevar también a que un grupo de personas que en otro momento podrían buscar un peso más saludable, se mantengan en el sobrepeso solo por el hecho de pertenecer a un movimiento y eso sería contraproducente.

Entonces, si pensamos a la obesidad como una enfermedad causada por muchos factores entonces consideramos esencial animar a los padres y a los niños a utilizar juntos los medios de comunicación y ayudar a los niños a crear habilidades para filtrar el flujo de información, para que analicen críticamente lo que les es dado. Además a nivel estatal es momento de pensar en la sociedad y los agentes interesados sobre el impacto negativo de los niños a la negativa influencia de los medios de comunicación, que es una forma de abuso emocional (Mazur y Radziewicz-Winnicki, 2015). De todas formas, tanto la contención familiar y social, como la construcción de la subjetividad son temas que serán desarrollados en los próximos capítulos.

## Capítulo 3 – Contextos socio-ambientales

La propuesta de esta investigación fue indagar factores psicosociales que intervienen en el desarrollo de la obesidad infantil y la depresión. A pesar de que es un tema que atraviesa todos los capítulos de la presente tesina, creemos que los contextos socioambientales requieren un capítulo aparte.

### 3.1 Contención familiar.

La génesis del sujeto comienza antes de su nacimiento biológico, en las representaciones transgeneracionales y deseos conscientes e inconscientes que los adultos a cargo del niño sostienen. Luego de que el sujeto efectivamente haya nacido tiene una dependencia vital que lo aliena al deseo del otro adulto y constituye una posición donde el yo está fusionado imaginariamente a ese otro (Schejtman, 2015). Si pensamos esto mismo desde autores como Winnicott, el niño no puede existir sólo psicológica o físicamente y necesita un cuidador que se tome el trabajo de traerle al niño el mundo en forma constante, comprensible y de una manera limitada, adecuada a las necesidades del pequeño. De esta manera va a permitir que se produzca una ilusión. Es necesario generarle al infans en un primer momento esta sensación de omnipotencia, permitiendo la ilusión, para luego ayudarlo a elaborar progresivamente la desilusión. Los principales cambios se producen en la separación de la madre como rasgo ambiental percibido de manera objetiva. Si no hay una persona que sea la madre, la tarea del desarrollo del niño resulta complicada. La función de lo ambiental implica aferrar, manipular y presentar el objeto según el autor. Un bebé es sostenido y manipulado de manera satisfactoria y, dado esto por sentado, se le presenta un objeto sin violar su legítima experiencia de omnipotencia. El resultado puede ser que el bebé sepa usar el objeto y sienta que se trata de un objeto subjetivo, creado por él. Por lo general el bebé cuando ve a la madre se ve a sí mismo. La madre lo mira y lo que ella parece se relaciona con lo que ve en él. (Winnicott, 1971). Otro concepto a destacar de Winnicott, para pensar el tema de la contención, es el ambiente facilitador. El autor menciona que el proceso de maduración va a depender de un ambiente facilitador, por ejemplo, para poder desarrollar la aptitud de usar un objeto, es preciso que el sujeto haya desarrollado una capacidad que le permita usarlos, esto, forma parte, del principio de la realidad. El ambiente desempeña un papel fundamental y vital. La función ambiental, implica: aferrar, manipular y presentar el objeto. El niño, puede responder a estos ofrecimientos ambientales, siendo el resultado, la máxima maduración personal. con respecto al ambiente refiere a la confiabilidad, a la confiabilidad humana. Sin la provisión humana sería imposible concretar los progresos evolutivos, que ha heredado como tendencias. En donde, en un primer momento madre y bebe eran una unidad va ir surgiendo, con el logro madurativo, una diferenciación de la madre y de los objetos considerados no-yo, en donde este bebe, ya diferenciado, pueda incorporar y contener elementos no-yo. El Yo del bebe va a ser sólido si el apoyo de la madre fue sólido.

Continuando el recorrido teórico, vale destacar los aportes de Kohut (1977), quién se pregunta si se puede considerar como punto de origen del si-mismo, rudimentario y original del

niño, el momento, en donde convergen las potencialidades innatas del bebe, y las expectativas del objeto del si-mismo sobre este. Al comienzo de la vida el bebe no puede tener ninguna percepción reflexiva sobre si-mismo, no es capaz de experimentarse como una unidad, cohesiva en el espacio ni perdurable en el tiempo. No obstante, se encuentra fusionado a través de la empatía mutua con un medio que si experimenta como si tuviera un si-mismo, que no solo anticipa la autopercepción posterior del niño, sino que comienza a canalizarlo en direcciones específicas. Asimismo, cuando la madre ve por primera vez al niño, y está en contacto, a través de todos los sentidos sensoriales, comienza un proceso, que establece el si mismo de una persona, que continua en la niñez, y en menor intensidad, en la edad adulta. La supervivencia psicológica requiere un medio psicológico específico capaz de dar respuestas empáticas.

Investigaciones como las de René Spitz que en 1945 realizó un estudio comparativo entre dos grandes grupos de niños. El primero estaba integrado por grupos de reclusas internadas en la nursery del instituto penal, y el segundo formado por niños internados sin sus madres en un orfanato en la misma región. En ambos grupos eran básicamente idénticas las condiciones de higiene y de alimentación. Es decir, la parte material de los cuidados eran similares para ambos grupos, sin embargo, el hecho de que una niñera se ocupará al mismo tiempo de diez chicos del segundo grupo hacía que estos recibieran menos provisiones afectivas. Los niños que tenían carencia afectiva pasaron rápidamente a tener lo que Spitz llamó síndrome de Hospitalismo o depresión analítica (Guillén, 2005). Además, las investigaciones de Spitz fueron importantes para los desarrollos de otros autores como Bowlby con la teoría del apego. La tesis fundamental de esta teoría es que el estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño y luego la forma en la que se vincula un adulto, es determinada en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto (persona con la que se establece el vínculo). Por lo tanto, el apego podría ser entendido entonces como el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres (o cuidadores) que le proporciona seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo de la personalidad. (Bowlby, 1988)

Ahora bien, en la adolescencia, en la mayoría de los casos, el adolescente se opone a los padres, a los adultos, a las autoridades. Winnicott considera la crisis de la adolescencia como “la adolescencia solo dura un tiempo y el tiempo es su remedio natural”, y agrega que no se trata de combatir la crisis de la adolescencia, ni de curarla, sino de acompañarla, y si supiéramos como, de explotarla para que el sujeto tenga de ella el mejor partido posible. También señala los efectos de las carencias del medio familiar. El conflicto del adolescente con su familia es a veces latente, a veces patente, pero siempre presente. Cuando los padres hacen intervenir a un analista, éste corre peligro de verse envuelto en el conflicto si no pone cuidado. Lo más favorable es que el adolescente pueda elegir de forma independiente un analista, incluso a espaldas de los padres (Mannoni, 1986)

Entonces, con esto último señalado podemos ver una diferencia grande entre lo que es la contención familiar en niñez y en adolescencia, el rol del ambiente pasa a configurarse de otro modo, y aparecen otras redes de contención que empezarán a tener cada vez mayor peso específico. Kancyper (2000), plantea que en el adolescente se apodera la necesidad de dejar de



ser “a través” de los padres para llegar a ser él mismo, y eso requiere el abandono de una imagen idealizada y arcaica parental para encontrar ideales nuevos de otras figuras. Es por eso que el adolescente debe tolerar su enfrentamiento con el duelo y la revisión de los patrones establecidos, para formar opiniones, ideas e ideales de sí mismo, que lo conducirán a su propia cosmovisión cuestionadora. Lo más claro para el adolescente es que necesita alejarse de aquello que hasta ese momento constituyó su fuente de seguridad: sus identificaciones parentales y su ideal del yo. En la búsqueda de nuevas formas de identificación es donde aparece el lugar de la amistad, que surge con mayor fuerza en este momento del desarrollo. El amigo favorece el acto de la confrontación del adolescente con sus padres y hermanos, al posibilitar el desasimiento de las figuras parentales y fraternas que representa una de las operaciones más necesarias y dolorosas del desarrollo humano. El amigo como objeto intrapsíquico auxiliar del sujeto opera como un otro Yo estructurante que reconoce y consiente las diferencias que se recortan de lo semejante, entablando con él un encuentro empático y horizontal en las relaciones intersubjetivas. Esta nueva figura que surge de la amistad confirma y refuerza la identidad del sujeto, la enriquece al cuestionarla en sus supuestos saberes y certezas, introduce la posibilidad de una separación, la creación de un ‘entre’ dentro del funcionamiento psíquico del sujeto. La presencia de un objeto interno amigo opera como una barrera a la dislocación del sujeto favoreciendo una relación de confianza en la integración de su sentimiento de sí. (Kancyper, 2014).

La familia juega un rol fundamental dentro del proceso de desarrollo integral de los niños como guía en el descubrimiento del entorno que lo rodea, como ejemplo en el manejo de las emociones y de las relaciones interpersonales, como ente modelador de la conducta estableciendo la diferencia entre lo bueno y lo malo, influencia en la auto concepción del niño o niña, su autoestima y para la generación de valores como el respeto, la tolerancia, el compromiso, la responsabilidad o la amistad. A medida que el niño crece y experimenta nuevas relaciones dentro y fuera de su círculo familiar va adquiriendo nuevas habilidades, capacidades, conductas y comportamientos. (Cando Yaguar y Campaña Toapanta, 2017).

Consideramos entonces que es importante que exista un ambiente facilitador donde el niño tenga las facilidades, la contención y las herramientas para crecer brindadas por el entorno, sin embargo, también es sumamente importante el momento de desilusión porque es lo que va a crear la independencia, vencer miedos y poder empezar a ganar autonomía. La sobreprotección también lleva a que los niños puedan tener por ejemplo baja autoestima como mencionábamos en el capítulo anterior.

### **3.2 Factores socio-económicos**

Como venimos haciendo hincapié a lo largo de la presente las patologías abordadas tienen un origen multicausal y los factores socioeconómicos tienen también su influencia para el desarrollo de estas.

Es indudable que los factores económicos tienen una influencia determinante sobre el nivel de salud de la población. Existe un porcentaje de la sociedad que ve afectado su acceso a la atención en salud, en donde los factores educacionales determinan una mayor vulnerabilidad y riesgo en el ámbito sanitario, incluyendo la obesidad. El acceso a los alimentos no es un tema menor para el tema abordado. Los alimentos saludables suelen ser más caros que aquellos que no lo son. Alimentos de necesidad básica (como la leche, los cereales, carnes, entre otros) se encuentran disponibles en “distintas versiones”, siendo aquellas más reducidas en grasas, sodio y carbohidratos, las más caras. Otro factor que ha influido es la desaparición de las pequeñas y medianas empresas que abastecían a la familia, apareciendo los grandes supermercados, con una amplia variedad de productos al alcance de distintos bolsillos, produciendo alimentos de marcas ‘secundarias’ a menor precio. Como se ha mencionado, las desigualdades e inequidades influyen directamente en el estado de salud de la población, siendo la más desposeída la que sufre las peores consecuencias. Esto se debe tanto a las diferencias en el acceso a una educación, a los servicios de salud, al acceso a una alimentación saludable y posibilidades de actividad física, así como a la información de lo que es un estilo de vida saludable. Entonces las personas de niveles socioeconómicos bajos enfrentan limitaciones estructurales, sociales, organizacionales y financieras para hacer decisiones de vida saludable. (Heying Pepper, 2008)

Una investigación desarrollada en Medellín en 2012 se propuso a estudiar los factores sociales y económicos asociados a la obesidad en adultos y concluyeron que la obesidad es mayor en personas de estrato bajo y medio, en comparación con aquellas de estrato alto. También encontraron que afecta en mayor proporción a las personas con nivel de escolaridad primaria que quienes tienen estudios secundarios. Estos últimos a la vez están aún más afectados que quienes estudios universitarios. La probabilidad de padecer obesidad es mayor entre quienes viven en familias con ingresos menores a 777 dólares que entre aquellos que devengan mayores ingresos. Estos datos hacen visible un gradiente social de la obesidad en relación con el nivel educativo, al estrato social y los ingresos familiares. (Álvarez Castaño et al, 2012).

Por otra parte, Figueroa Pedraza (2009) se propuso a investigar sobre la obesidad y la pobreza. Las tendencias de aumento y de las diferencias sociales en la obesidad, hacen que las minorías y aquellos estratos de la población con menor nivel educativo y socioeconómico puedan ser los más afectados. En los pobres la obesidad se asocia, entre otros, a episodios de desnutrición en la edad temprana, incluso durante la vida intrauterina, a factores alimentarios, socioculturales y de género. El autor de esta investigación propone que la relación entre la obesidad y la condición socioeconómica es muy variable y compleja, ya que la asociación es diferente en contextos socioeconómicos distintos y puede quedar disimulada por varios factores (ejercicio físico, dieta, factores psicológicos, herencia, factores socioculturales) que influyen en la asociación. Tanto el nivel socioeconómico podría condicionar la presencia de obesidad, como la obesidad podría tener consecuencias sociales en el individuo (si la movilidad social es el factor más relevante, es la obesidad la que condicionaría la posición social del individuo). El concepto de movilidad social surge surge a la luz de estudios que indican que la obesidad es un estigma

que produce discriminación social, haciendo que los individuos más obesos desciendan en la escala social, o sea, existencia de un mecanismo en el cual la obesidad ejerce un efecto negativo sobre la clase social. (Figueroa Pedraza, 2009)

En Chile en 2020, realizaron una investigación que estudió la relación entre la obesidad en menores de 6 años, el nivel socioeconómico y las características del entorno. Los resultados de la investigación dieron cuenta de que el porcentaje de personas en condición de pobreza por ingresos se correlaciona de manera significativa con la prevalencia de obesidad y sobrepeso. (Doberti Herrera, Rodríguez Osiac, 2020).

### **3.3 Factores socio-culturales: Estilos de vida saludables.**

Los hábitos y el contexto de la gente han cambiado: asociado a la urbanización, hoy se camina mucho menos, el incremento de la inseguridad en las calles dificulta la utilización de espacios públicos que para la recreación y actividades deportivas, especialmente para niños. Los niños en vez de salir a jugar después del colegio, se quedan sentados frente al televisor. El sedentarismo se hace cada vez más presente en la población y es uno de los factores esenciales para el desarrollo de la obesidad. Cada vez son menos los hábitos de recreación y ocio al aire libre, y como contra cara, cada vez son más las oportunidades de ocio frente a una pantalla. Incluso los trabajos cada vez se hacen físicamente menos exigentes, cada vez más trabajos se realizan únicamente pasando horas frente a una computadora. El aumento en la compra de bienes como electrodomésticos, automóviles, televisores, juegos de video entre otros, ha impactado en una disminución de la actividad física de la población chilena, especialmente de los niños. El ejercicio también trae beneficios músculo-esqueléticos importantes, que otorgan mayor independencia al individuo. La actividad física es beneficiosa en todos los grupos de edad y sexo, siempre y cuando sea practicada regularmente, independiente de cuando la persona haya comenzado a adoptar un estilo de vida más activo físicamente, ya que siempre se está a tiempo para obtener beneficios. Además la actividad física regular tiene otros beneficios endocrinológicos, metabólicos y en el sistema inmune, reduciendo el riesgo de desarrollar diabetes, hipertensión arterial, , reduce la depresión y la ansiedad y mejora el sueño. (Heying Pepper, 2008)

El desarrollo urbano también es un tema importante que no suele ser tan considerado, y es mucho más relevante de lo que se puede pensar. Durante muchos años la relación entre desarrolló urbano y salud fue descartada, sin embargo casi todas las decisiones de planificación urbana tienen un impacto en la salud de las personas. El hecho de proveer parques seguro para realizar actividad física promueve el bienestar físico y mental. Además, por ejemplo, el aumento de tráfico, el aumento de autos, promueve la falta de contacto entre las personas de un mismo barrio, y trae consigo aparejado el aislamiento, que suele ser un factor importante para el desarrollo tanto de obesidad como de depresión. El aumento de vehículos motorizados también favorece el estilo de vida sedentario. Que la población tenga seguridad en las calles es un tema central para la promoción de actividades y el contacto entre las personas de un mismo barrio. La desconfianza lleva al aislamiento y al sedentarismo, logrando que uno se sienta más seguro

teniendo una relación con un desconocido por medio de una pantalla. (Heying Pepper,2008).

Claramente y como venimos desarrollando la alimentación también es un factor importante y tiene sus condicionantes. La creciente urbanización, el proceso de industrialización y el ritmo de vida moderno ha provocado cambios en la industria alimenticia. La explosión de la comida rápida, el aumento de los precios de los alimentos ricos en proteínas y vitaminas (carnes, frutas y verduras, cereales, pescados, etc.) provocó que la dieta actual se caracterice por comida rica en grasas saturadas y altas calorías. (Heying Pepper, 2008). Según el Informe Mundial de Salud 2002 (54), se estima que el bajo consumo de frutas y verduras causa alrededor del 31% de enfermedades coronarias isquémicas y un 11% de infartos en el mundo. En términos generales, 2,7 millones de vidas podrían ser potencialmente salvadas cada año si se incrementa lo suficiente el consumo de frutas y verduras. (OMS, 2002)

Los hábitos saludables que se desarrollan durante la infancia y la adolescencia suelen persistir durante toda la vida, y en este sentido, las escuelas son un lugar perfecto para promocionar este tipo de conductas, que no sólo tienen beneficios sobre la salud, sino sobre otros factores como el rendimiento académico (Álvarez-Bueno et al., 2017).

Por último, si hablamos de factores culturales es necesario hacer alusión a los estándares de belleza que exige la sociedad. El cuerpo es un intermediario entre el “yo” y los “otros”, sirviendo como elemento de representación individual y social, en cada cultura adopta valores determinados. Hoy, la imagen es de un cuerpo delgado, ágil y esbelto que demuestre a los demás que puede consumir alimentos escogidos y tiene tiempo para ir al gimnasio o hacer deporte. En estudios realizados principalmente en Europa y Estados Unidos, reportan que las aspiraciones sobre el ideal de la belleza (influenciado por la publicidad y los medios de comunicación) ejerce una fuerte presión sobre las mujeres por “ser perfectas”, lo que hace sentir inferiores a la mayoría, al no lograr este estándar. El impacto de los medios en la construcción del “cuerpo ideal” está vinculado al prestigio social y a definiciones de belleza articuladas con la necesidad de aceptación de parte de la sociedad. (Heying Pepper, 2008)

La publicidad, a la que hacíamos referencia previamente, tiene como objeto el promover el consumo, la compra de imágenes, y así, estilos de vida, de status, que proveerían ciertos productos, de belleza, de alimentación o de servicios. La aspiración por un modelo de cuerpo, lleva al consumo de alimentos especiales para “belleza”, a cremas y productos a tratamientos, o servicios (peluquería, masajes, gimnasio y otros). De esta manera las industrias de “belleza” se benefician, siendo el miedo y la inseguridad lo más rentable del mercado. (Heying Pepper, 2008)

## Capítulo 4: Construcción de la subjetividad

*“El mundo no es. El mundo está siendo. Mi papel en el mundo, como subjetividad curiosa, inteligente, interferidora en la objetividad con la que dialécticamente me relaciono, no es sólo el de quien constata lo que ocurre sino también el de quien interviene como sujeto de ocurrencias.”*

*Paulo Freire*

La constitución de la subjetividad implica que el sujeto posee herramientas que le permiten reorganizar sus representaciones acerca de sí mismo, de los otros y de su lugar en la sociedad. Esto le permite ser capaz de representar, simbolizar, comunicar, pensar. Revisar sus biografías y sociales. (Briuoli, 2007).

Mead (1968) hace una distinción entre organismo y persona. Plantea que en los animales hay ausencia de pensamiento y predominio de experiencias sensoriales como un mero “estar ahí”. La diferencia fundamental es que un organismo puede registrar su experiencia, e incluso experimentar los objetos, pero nunca va a tener conciencia de sí. La conciencia de sí es la capacidad de tomarse como objeto para sí, por lo tanto, puede ser la persona objeto de reflexión para sí mismo. Según el autor, no existe una persona desde el nacimiento, sino que surge en actividad social. El lenguaje es una vía central, requisito para el desarrollo del self porque lo que sostiene Mead es que el individuo solo puede ser objeto para si mismo a través de la conducta lingüística. Siempre nos experimentamos a nosotros mismos de forma indirecta. La conciencia de si esta mediatizada por actitudes de las otras personas y la comunidad en su conjunto. Esto puede ser de dos formas. Desde el punto de vista particular de otro concreto del mismo grupo social (A modo de ejemplo: cuando te habla tu madre o un profesor. La otra forma de pensarse a sí mismo a través del otro generalizado, es decir desde las actitudes generalizadas de todo el grupo social al que pertenecemos (Mead, 1968). Los conceptos de Mead son útiles para poder pensar la subjetividad en la obesidad y la depresión. El hecho de que podamos pensar en la autoestima y la imagen corporal como lo desarrollado en el capítulo 2, tiene que ver necesariamente con la posibilidad que tiene la persona de ser objeto de sí y poder tomarse como objeto de pensamiento. El contexto ambiental (capítulo 3), tanto de los otros concretos de la comunidad como la incorporación del sí mismo son los que van a marcar la forma de experimentarnos a nosotros mismos, por eso vuelvo a hacer hincapié no solo en la contención familiar, sino en la incorporación de los elementos culturales que consumimos.

En la misma línea, Stern (1991), plantea que los primeros dos meses de vida se constituye un sentido de sí mismo emergente que el infante es capaz de integrar experiencias de diferente índole sensorial. En palabras de Mead, un organismo. Entre los 7 y los 15 meses de vida se constituye el sí mismo subjetivo (Stern, 1991). El sentido del si mismo subjetivo es uno de los sentidos del self en el cual el niño descubre que tiene una mente y que los otros también la tienen. Por lo tanto, entiende que los otros tienen intenciones y afectos. Además, que estos otros pueden tener un estado mental similar al suyo y que si no es de esa manera pueden alinearse. Posibilidad de intersubjetividad, es decir que las experiencias subjetivas pueden

compartirse con otros. El self subjetivo entonces pone en evidencia 3 áreas preverbales que evidencian la prueba de intersubjetividad que son la *interatencionalidad* (implica atención conjunta, y capacidad de compartir el foco de atención), *interintencionalidad* (intenciones conjuntas y compartidas) y *interafectividad* (donde le atribuye tener afectividad a otro). (Stern, 1991). De esta manera encontramos que la construcción de la subjetividad la encontramos antes de la incorporación del lenguaje. Incluso Schejtman (2020) propone que la génesis del sujeto humano comienza aún antes de su nacimiento, ya que comenzó en las representaciones y deseos conscientes e inconscientes que los adultos tienen sobre el niño.

Freud (1923) en *El yo y el ello* teoriza tres instancias psíquicas que se van desarrollando en la persona a partir de que nace. En un primer momento somos puro Ello, en ese momento donde aún no existen las otras instancias psíquicas. El Ello es puro inconsciente y se rige por el principio del placer. Cuando esta instancia psíquica comienza a modificarse por el influjo del mundo exterior es cuando surge el Yo. El yo entonces media entre el principio de placer y principio de realidad, ya que recibe el influjo del mundo exterior ya la vez es producto del ello que no tiene nada que ver con el afuera. Más adelante aparece el Súper Yo como una instancia psíquica que tiene que ver con la autoridad y con la voz de la consciencia juzgadora. El yo entonces está sometido a tres vasallajes, es decir, a filtrar las pulsiones del ello, a intentar mediar respecto a los imperativos crueles del Súper Yo, y a lidiar con el mundo exterior. Lacan (1988), sostiene que es por una identificación de una imagen que el sujeto adquiere un yo, porque el otro tiene un cuerpo y yo soy como ese otro que tengo un cuerpo. A partir de ahí desarrolla el estadio del espejo, donde el interés lúdico del niño entre los 6 y los 8 meses frente a su imagen reflejada en un espejo. El niño reconoce su imagen reflejada en el espejo, se interesa por ella, le gusta. Esto es un observable. No solo le interesa, sino que también expresa júbilo, se alegra. Ese efecto de alegría tiene que ver con la completud contrasta con lo que siente el niño a nivel fisiológico, un inacabamiento fisiológico. Le da una primera imagen alienada de totalidad. La imagen alienada es el yo porque el sujeto se experimenta en esa imagen como Yo pero en el lugar del otro reflejado en el espejo. Esa totalidad no es producto de una maduración fisiológica, sino que es producto de una imagen que le viene de afuera.

Como se puede ir viendo en el recorrido teórico, para la construcción del Yo, de la subjetividad, del sí mismo, es necesario por una parte un carácter biológico, hereditario, que se pone en interjuego, en relación con el mundo exterior, a sus demandas con esos otros. La subjetividad se constituye por medio de la intersubjetividad también, y nunca está acabada esa construcción, sino que siempre se puede seguir construyendo.

Silvia Bleichmar (2010), propone que el aparato psíquico está abierto a lo real, es decir, un aparato psíquico está constituido por permanentes inscripciones del exterior que nos someten constantemente al embate de la realidad. Diferencia al aparato psíquico de la subjetividad. Si pensamos en términos Freudianos el aparato psíquico está constituido por el Yo, el Ello y el Superyó, mientras que la subjetividad corresponde solamente a la parte consciente y preconscious del Yo. La subjetividad entonces tiene dos ejes decisivos que son la autopreservación y la autoconservación. La primera de estas tiene que ver con la necesidad de

mantener nuestra identidad, mientras la segunda está relacionada a la necesidad de mantenernos con vida. Bleichmar agrega que en épocas de paz no existen demasiadas contradicciones entre las funciones autoconservativas y autopreservativas, sin embargo, la realidad exterior en la que vivimos hoy de temor, desconfianza, miedo, la realidad socioeconómica, puede desequilibrar estas funciones produciendo un estallido del Yo. La subjetividad según la autora se inscribe en modos históricos de producción de sujetos, es decir lo que soy, lo que debo ser, lo que no debo ser, todo eso va formando un ensamble. Esto se instaaura a través de los modos de la cultura en la que el sujeto está inmerso y es la que regula las interacciones entre deseos y subjetividad. El yo entonces está conformado por enunciados sociales, que traducen de una manera muy compleja valores y deseos que permiten la instauración de la subjetividad. La función del Yo es tratar de regular todo esto y manejar desde ahí las preguntas de quien soy y hacia donde quiero ir.

Como venimos haciendo hincapié, la subjetividad es algo en permanente construcción y reconstrucción, no es algo fijo, a pesar de que muchas veces los cambios se dan de manera gradual. La intervención de la realidad exterior hace que en todo momento estemos reorganizando nuestras representaciones de nosotros mismos. En la adolescencia se producen momentos de transformaciones y cambios. Desorden, reorganización y neo organizaciones aparecen ante la incorporación de lo nuevo, lo distinto, lo hetero. Lo puberal-adolescente trabaja para su incorporación y homogenización, de lo que proviene de distintas fuentes: De un campo estrictamente intrasubjetivo, como lo son los cambios corporales y las vicisitudes de la historia personal. De un campo de intersubjetividad, que abarca las relaciones familiares, el círculo más amplio, con quienes se comparte un periodo histórico, político y social. De un campo que, vía transmisión generacional de la vida psíquica, toma una dimensión trans subjetiva que conecta con las generaciones precedentes. Es interesante este momento de la vida de reconstrucción, de reorganización y de neoorganización debido a que estas nuevas formas de organizarse se deben no solamente a cambios en la realidad exterior sino también a la realidad interna. (Grassi Córdova, 2010) El sujeto sufre transformaciones del cuerpo, de la psique, de su entorno social y debe metabolizar todo eso que le está sucediendo para poder subjetivarlo. El proceso del adolescente trae consigo también duelos de la infancia. Sin embargo, lo que se duela no se deja atrás necesariamente sino que se transforma y se integra.

Otro autor que habla del Yo, su construcción y su creación es Bruner (2003). Este autor plantea que no hay un determinado Yo el cual está esperando ser representado, no es evidente, sino que nosotros construimos y reconstruimos el Yo constantemente para poder responder a los requerimientos de las situaciones en las que nos encontramos. Para esto, nos guiamos constantemente con nuestros recuerdos y experiencias previas. *Hablar de nosotros mismos como la invención de un relato acerca de quién y qué somos*. Plantea que estas historias no son creadas de la nada, sino que las historias creadoras del Yo se van acumulando, envejeciendo y dividiéndose en géneros. No van envejeciendo solamente porque crecemos, sino porque tenemos q adaptarnos a nuevas situaciones. Para llegar a esto, Bruner define a la creación del Yo como un arte narrativo donde se da una articulación entre su lado interior y su lado exterior.

Siendo el lado interior lo innato, propio de nuestra especie y el lado exterior lo que proviene de fuentes externas como la aparente estima de los demás y las expectativas que desarrollamos a partir de la cultura. Además, dice también que los actos narrativos se dirigen a crear al Yo y son guiados por los modelos tácitos e implícitos de lo que éste debería ser y no debería ser. Todas las culturas tienen ciertos modelos y presupuestos sobre la identidad. De todas maneras, estos preceptos dejan un espacio para la libre expresión, de manera que la creación del Yo es el instrumento principal para afirmar nuestra unicidad. La unicidad la distinguimos al diferenciarnos de los demás cuando comparamos las descripciones que nos hacemos de nosotros mismos con las que otros brindan de sí mismos. Además, Bruner plantea que en los momentos de hablarle a los demás sobre nosotros mismos y hablarnos a nosotros sobre nosotros mismos, no es fácil, estos relatos creadores del yo están basados en como creemos nosotros que los demás piensan que deberíamos estar hechos. Existe un pacto autobiográfico implícito que forma la narración pública del yo. *La identidad se vuelve una cosa pública, de forma que el yo también es el otro.* (Bruner 2003)

Entonces, la narrativa es un rasgo esencial humano y distintivo del género. Es nuestra forma natural de usar el lenguaje y medio para comprender la interacción entre hombres. Creamos y recreamos nuestra identidad mediante la narrativa, de manera que el Yo es un producto de nuestros relatos, así la identidad no puede avanzar sin la capacidad de narrar. Las narraciones que nos contamos a nosotros mismos se fundan en la cultura en la que vivimos, más allá de que le asignemos al cerebro la tarea de conseguir nuestra identidad, somos expresiones de nuestra cultura desde el principio. (Bruner 2003)

Winnicott (1964) señala que la etapa de proceso de integración se podría denominar la etapa de "Yo Soy". Remarca que es el significado del "Yo" y del "Yo Soy" el que se altera en con la disociación psico-somática. La escisión de la psique del soma es un fenómeno retrogresivo que emplea residuos arcaicos en el establecimiento de la organización de las defensas. (1964, p.20). Contrariamente, la tendencia hacia la integración psico-somática es una parte de movimiento hacia adelante en el proceso de desarrollo.

El autor señala que debería ser posible clasificar la enfermedad psicósomática según la teoría de los procesos de maduración, en la que se incluyen dos ideas fundamentales: por un lado, un estado primario no integrado, con una tendencia hacia la integración. En el que, siguiendo a Winnicott, este resultado dependería de dos situaciones: el reforzamiento del Yo de la madre basado en su capacidad de adaptación, dando al YO del Infante una realidad en dependencia, y, por otro lado, el fracaso maternal que deja el Infante sin lo esencial para la operación de los procesos de maduración. La otra idea refiere a que la integración psico somática o la realización del "morar dentro" de la psique en el soma, a proseguir con el goce de la unidad psicósomática en la experiencia.

Lo esencial que describe Winnicott (1964) es que en el proceso de integración el Infante, con un desarrollo sano, aumenta su asidero en la posición "Yo soy" en su desarrollo emocional, y luego no solo el goce del funcionamiento corporal refuerza el desarrollo del yo, sino que también el desarrollo del shock refuerza el funcionamiento corporal (influye el tono muscular la



coordinación la adaptación a los cambios de temperatura, etc.) (1964, p.21). El psicoanalista remarca que, si el desarrollo fracasa en estos sentidos resulta en una inseguridad del “morar dentro” o lleva la despersonalización. Esto se debería que el “morar dentro” se ha tornado un rasgo que puede perderse. Winnicott (1964) utiliza a expresión “morar dentro” para describir el moral del así que el soma o viceversa.

El motivo por el cual hemos de mencionar este trabajo de Winnicott se debe a que hay una estrecha vinculación entre la estructura psíquica de un paciente psicósomático, con la de un paciente con obesidad. Si bien en la presente investigación la variable ha relacionar es la depresión, tanto en la estructura psíquica de un psicósomático como en el de un niño con obesidad, nos encontramos con una estructura yoica débil, en la cual hay una dificultad para integrar la psique y el soma, teniendo como consecuencia, en el en ambos casos a presentar síntomas de despersonalización, generando una falta de “unidad”. Ahora bien, la depresión en la obesidad infantil sería ¿consecuencia de una falta de unidad? ¿Contemplando que el primer vínculo con la madre es la lactancia?

## Conclusiones

Los datos y cifras mencionadas a lo largo de la presente tesina, como que desde 1975 en adelante se ha triplicado la obesidad en todo el mundo, o que en 2016 había más de 41 millones de niños menores de 5 años con sobrepeso y el 39% de las personas adultas tenía sobre peso mientras otro 13% sufría de obesidad (OMS, 2021a). O por ejemplo datos como que el 5% de los adultos padecen depresión, que es la principal causa de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad, o que tiene riesgos altos de suicidios (OMS, 2021b) muestran un preocupante crecimiento en las últimas décadas tanto de la obesidad y la depresión tanto en la población general, como en niños. Así mismo, ambas enfermedades no son solo prevalentes en determinados sectores sociales sino que el aumento se da tanto en clases sociales altas, como en clases sociales bajas y en países desarrollados como Estados Unidos y también en Latinoamérica.

En un primer momento, partimos de la hipótesis que la obesidad infantil podría tener relación en el desarrollo posterior de un cuadro de depresión. Este dato se pudo confirmar a lo largo de la tesis. No obstante, quedarse con eso sería un tanto reduccionista. La relación entre obesidad y depresión no es lineal, es bidireccional, y es multifactorial. La obesidad podría ser un factor que incida en el desarrollo de la depresión, así como la depresión podría ser importante para el desarrollo de la obesidad. Sin embargo, la presente tesina demuestra que ninguna de las dos patologías tiene un origen monocausal entonces decir que una se desarrolla a partir de la otra podría ser en parte cierto, pero definitivamente sería insuficiente. Además de los factores genéticos y hereditarios debe existir un contexto psicoambiental que también esté dado para que se desarrollen estas enfermedades.

Mazulla y Gomez, (p 194, 2011) proponen las bases psicopatológicas para tratar los trastornos emocionales. El autor propone tres elementos que para que una persona desarrolle depresión: Es necesario que la persona cuente con una *vulnerabilidad psicobiológica* (proceso endógeno que se mantiene latente pero se puede activar por medio del estrés). Es decir, para desarrollar la depresión es necesario contar con una base hereditaria que se activará o no según el contexto, y lo ambiental. Los *factores desencadenantes* son justamente los que activarán a esa vulnerabilidad latente. Y por último es necesario que existan *agentes de mantenimiento* que son mecanismos externos e internos que harán a la enfermedad persistir (2011). El autor propone entonces que somos seres biopsicosociales que justamente necesitamos de una predisposición biológica para desarrollar estos trastornos, y eso que traemos biológicamente será luego activado o no por los factores psicológicos y sociales que serán también fundamentales estos aspectos para la mantención. En la obesidad sucede igual.

Entonces, como seres biopsicosociales teniendo o no la predisposición biológica entra en juego lo psicológico y lo social. La insatisfacción corporal y la autopercepción de la imagen corporal serán determinantes a la hora del desarrollo de la obesidad. Tanto la insatisfacción corporal como la imagen que uno mismo tiene del cuerpo son dos conceptos en donde interviene la psiquis y el soma. Como mencionábamos anteriormente entre la obesidad y la depresión hay

elementos mediadores. La forma en que uno se ve a uno mismo será uno de los principales elementos para que la obesidad termine siendo un trastorno psicológico. A su vez, estos dos conceptos que parecieran ser meramente psicológicos están sumamente atravesados por los patrones esperables por la sociedad y la cultura. Un ejemplo de esto es que investigaciones tomadas por la presente tesina como por ejemplo la que estudia el perfil psicopatológico de niños con sobrepeso u obesidad en tratamiento de pérdida de peso, realizada en España en 2018 (Cebolla et al, 2018) hacen un estudio donde dividen en grupos toman como muestra a un grupo de niños con sobrepeso/obesos y otro de niños con peso normal. ¿Acaso existe el peso normal? La sociedad normaliza y los excluidos quedan cada vez más afuera. Sin embargo, como hemos visto esos mensajes que se transmiten de la sociedad normalizadora son incorporados por los niños en las diferentes instituciones.

Aquí es donde toma importancia el contexto socioambiental en el que viven los niños. La contención familiar será de fundamental importancia a la hora de que el niño se sienta protegido, pero a su vez que vaya progresivamente a medida que va creciendo haciéndose cada vez más independiente. También empiezan a tener relevancia los grupos sociales a los que pertenece en la adolescencia. Muchas veces en la infancia las conductas suelen ser vías de escape para cosas que no pueden decir con sus palabras. Los escapes de los niños pueden venir por mala conducta, por el medio ambiente o también se puede dar por medio de los alimentos. En ambos casos podría tratarse de que tanto la obesidad y la desregulación disruptiva del ánimo son respuestas de los niños a un mensaje que todavía no puede ser verbalizado. Por otra parte, también es importante el contexto socioeconómico donde será importante más presencia de las políticas públicas en sectores más bajas con campañas e información de concientización de estas enfermedades. Muchas veces la obesidad puede pasar justamente a normalizarse como un poco de sobre peso y si se hiciera prevención las consecuencias en la vida de los niños serían otras. Lo mismo con la conducta. Muchas veces se aduce que es “normal” en los niños para no ver lo que está pasando en el trasfondo de ese niño. Por otra parte, es sumamente importante que se piense una concientización de los factores socio culturales, los estilos de vida y, los medios de comunicación masiva. En redes sociales existen muchas personas que cuentan su propia experiencia tomando un rol de experto en el tema cuando realmente lo que están haciendo es desinformar pero con un alcance que un medico o un psicólogo no tienen por lo que hay que tomar cartas en el asunto también en ese sentido.

Si bien el presente trabajo no pretende dar una respuesta al tratamiento ni de a la obesidad ni de la depresión si se puede pensar en un cambio de paradigma donde el tratamiento de la obesidad no esté relacionado únicamente con la restricción de alimento y el aumento de actividad física porque eso es completamente reduccionista. A pesar de que va a ser sumamente útil un tratamiento de la obesidad y también de la depresión en niños debe tener en cuenta los factores sociales, psicológicos y ambientales además de las conductas. Es inminente que en los niños se trabaje no solo con el hecho de “aprender” a alimentarse sino también con la construcción de su subjetividad, con la autoestima y con la percepción de la imagen corporal. Esto llevaría a las personas a tener mayor seguridad y aunque tuvieran un peso que no es

saludable no desarrollarán un trastorno psicopatológico. Consideramos que la construcción de la subjetividad no tiene fin siempre está reconstruyéndose sin embargo los cimientos que se dan en la niñez y luego su reconstrucción en la adolescencia serán determinantes en la vida adulta.

A su vez y como fuimos desarrollando en la presente tesina no solo la obesidad y la depresión pueden tener sus correlaciones entre sí sino que también comparten muchos de los factores psicosociales para su desarrollo. Es decir, que según la vulnerabilidad psicobiológica que tenga cada sujeto sumando una baja autoestima, una percepción de la autoimagen negativa, una mala contención familiar, y, los factores socioeconómicos y socio culturales podrían funcionar como factores desencadenantes y agentes de mantenimiento de cualquiera de las dos patologías, aunque no aparezca la otra.

Movimientos como el Body positive ayudan a tomar conciencia de la importancia que es la autoestima y la forma de narrarnos a nosotros mismos nuestra historia, sin embargo, también hay que estar atento que los discursos alternativos no sean una forma de enorgullecerse de un peso que podría no ser saludable y llevar a otras enfermedades no transmisibles. Es importante el movimiento siempre y cuando se haga hincapié en llevar periódicamente los análisis correspondientes con los médicos. Así mismo es importante enfatizar como se menciona en el capítulo 4 el concepto de Bruner (2003) de unicidad y encontrar que a pesar de que la cultura nos determina somos sujetos activos que pueden modificar la experiencia y no somos determinados únicamente por el exterior sino que lo que determina es aquello que hacemos con lo que nos es dado.

Los resultados y la información brindada en la presente investigación pone de manifiesto la necesidad de aumentar el acceso a la información sobre alimentación y nutrición sobre los determinantes y consecuencias de la obesidad. También es necesario *actualizar estrategias públicas* como la Ley 26.396, que aborden el ambiente físico, económico y sociocultural, posibilitando una mejor alimentación y incorporación de la actividad física.

El enfoque debe estar dirigido a todas las clases sociales, considerando de forma particular los grupos socioeconómicos más desfavorecidos. De la misma manera se debe buscar una forma integral para poder abordar psicológicamente y trabajar con los niños de manera que se trabaje también con sus fortalezas. En adolescentes ya mediatizados por la cultura y con una constitución del psiquismo mucho más avanzada que los niños atravesando un proceso de cambios no solo corporales, sino psicológicos y sociales también se debe pensar en un abordaje multidisciplinario con nutricionistas, psicólogos y un abordaje político social.

## Referencias Bibliográficas

- Aguilar Navarro,H; Pérez Cortes, P; Díaz de León González, E y Cobos-Aguilar, H. (2011). Factores psicosociales asociados a sobrepeso y obesidad en niños de 8 a 15 años. *Revista Pediatría de México*, 7-23. Disponible en la WEB: [https://www.researchgate.net/profile/Hector-Cobos-Aguilar/publication/236122618\\_Factores\\_psicosociales\\_asociados\\_a\\_sobrepeso\\_y\\_obesidad\\_en\\_ninos\\_de\\_8\\_a\\_15\\_anos/links/00b7d5162fb1d0e790000000/Factores-psicosociales-asociados-a-sobrepeso-y-obesidad-en-ninos-de-8-a-15-anos.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Hector-Cobos-Aguilar/publication/236122618_Factores_psicosociales_asociados_a_sobrepeso_y_obesidad_en_ninos_de_8_a_15_anos/links/00b7d5162fb1d0e790000000/Factores-psicosociales-asociados-a-sobrepeso-y-obesidad-en-ninos-de-8-a-15-anos.pdf) (fecha de acceso: 15 de octubre de 2021)
- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana
- Álvarez Castaño, L.E; Goetz Rueda, J.D; Carreño-Aguirre, C. (2012). Factores sociales y económicos asociados a la obesidad: los efectos de la inequidad y de la pobreza. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* Vol. 11(23), 98-110. Disponible en WEB: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54525297007> (fecha de acceso: 16 de Enero de 2022)
- Álvarez Bueno, C; Pesce, C., Cavero Redondo, I; Sánchez-López, M; Garrido Miguel, M; Martínez-Vizcaíno, V. (2017). Academic Achievement and Physical Activity: A Meta-analysis. *Pediatrics* Vol 140, I (6). Disponible en la WEB: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/140/6/e20171498/38200/Academic-Achievement-and-Physical-Activity-A-Meta> (fecha de acceso:18 de octubre 2021)
- Berger, P; Luckmann, T. (1967). La construcción social de la realidad. Ed. Amorrortu (Buenos Aires)
- Boullosa, N (2010). Sobre la percepción histórica de la obesidad y el sobrepeso. Disponible en la WEB: <https://faircompanies.com/articles/sobre-la-percepcion-historica-de-la-obesidad-y-el-sobrepeso/> (fecha de acceso: 11 de octubre de 2021)
- Bowlby, J. (1988). Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Ed. Paidós.
- Branden, N. (1993). El poder de la autoestima. Ed. Paidós.
- Bruner, J. (2003). La fábrica de historias. Derechos, literatura, vida. México. FCE.
- Cabrera Guillen, M.J. (2005). El Hospitalismo según René Spitz. Universidad de Azuay. Ecuador. Disponible en la WEB: <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/988/1/05450.pdf> (fecha de acceso: 5 de noviembre de 2021)
- Candado Jaguar, M. E; Campaña Toapanta, L. R. (2017). La Sobreprotección Infantil. Tesis de Licenciatura En Ciencias de la Educación. Universidad Técnica de Cotopaxi. Disponible en la WEB: <http://repositorio.utc.edu.ec/bitstream/27000/4316/1/PI-000476.pdf> (fecha de acceso: 11 de septiembre de 2021)
- Cantero-Téllez, E, & Ramírez-Páez, J; (2009). Factores psicosociales y depresión laboral: una revisión. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(6),627-636. (Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745517008> fecha de acceso 17 de Octubre de 2021).
- Cebolla, A; *Baños, R; Botella, C; Lurbe, E; Torró, M.I.* (2011). Perfil psicopatológico de niños con sobrepeso u obesidad en tratamiento de pérdida de peso. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, [S.l.]*, v. 16, n.2,125-133.
- Cetkovich, M. (2016). Cada vez hay más chicos y Adolescentes Diagnosticados con Depresión. Disponible en: <https://www.favaloro.edu.ar/vez-mas-chicos-adolescentes-diagnosticados-cuadros-depresion> (fecha de acceso: 6 de enero de 2021)
- Contreras Valdez, J.A, Hernández Guzmán, L; Freyre, M.A. (2016). Insatisfacción corporal, autoestima y depresión en niñas con obesidad. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 7(1), 24-31.

Disponible en la Web: <http://risisbi.uqroo.mx/handle/20.500.12249/955> (fecha de acceso: 20 de agosto de 2021)

Connie, R. (2019). Are all bodies good? Redefining femininity through discourses of health, beauty, and gender in corporate positivity. Tesis de Doctoral. Universidad Estatal de Virginia: Estados Unidos) Disponible en la WEB: <http://hdl.handle.net/10919/89894> (fecha de acceso: 14 de agosto del 2021)

De Mendilaharsu, S.A; De Suaya, G.B; Gines, A; Fernandez, A; Neme, J.C; Probst,E. (1980). El cuerpo en Psicoanálisis. En: Revista Uruguaya de Psicoanálisis N° 61, 33-49.

Drake, V. E. (2017). The Impact of Female Empowerment in Advertising (Femvertising). Journal Of Research in Marketing, Vol 7 n°3, 593-599. Disponible en la WEB: <https://core.ac.uk/download/pdf/229163714.pdf> (fecha de acceso: 11 de agosto de 2021)

Dolto, F. (1984). La Imagen Inconsciente del Cuerpo. Ed. Paidós (2015).

EFE. (2017). Los casos de depresión aumentan un 18% en el mundo en la última década. Disponible en la WEB: <https://www.efe.com/efe/america/sociedad/los-casos-de-depresion-aumentan-un-18-en-el-mundo-la-ultima-decada/20000013-3188037> (fecha de acceso: 22 de septiembre 2021)

Fernández, J. (2010). Funcionamiento familiar y tendencia a la apropiación en familias temporarias. Tesina de licenciatura en Psicología. Universidad del Aconcagua. Mendoza, Argentina. Disponible en la WEB: [https://repositoriosdigitales.mincyt.gov.ar/vufind/Record/BDUDA\\_09cbb00f6954a171f6e8e1357292d6de](https://repositoriosdigitales.mincyt.gov.ar/vufind/Record/BDUDA_09cbb00f6954a171f6e8e1357292d6de) (fecha de acceso: 22 de septiembre de 2021)

Mazzulla M, Gomez, B; (2011).Capítulo 7: Abordaje de trastornos emocionales. Paisajes de la psicoterapia. Modelos, aplicaciones y procedimientos. Ed. Polemos.

Freud, S. (1923). CXXV El Yo y EL Ello. Obras Completas de Sigmund Freud Tomo III (1916-1938) (4ta Reimpresión, pp. 2701-2721). Madrid: Biblioteca. Nueva, Ediciones 1981.

García Falconi, R; Rivas Acuña; Hernández Sánchez, J.E; García Barjau, H; Braqbien Noygues, C. (2016). Ansiedad, Depresión, Hábitos Alimentarios y Actividad en Niños con Sobrepeso y Obesidad. Horizonte Sanitario, n°15 Vol 2, 91-97.

Granados, N. (2004). Obesidad en niños y adolescentes, la clave es la prevención. Nutrición pediátrica. Hospital Italiano de Buenos aires. Disponible en la Web: [https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias\\_attachs/47/documentos/12811\\_106\\_HI3-10%20Editorial%20Granados.pdf](https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/12811_106_HI3-10%20Editorial%20Granados.pdf) (fecha de acceso: 8 de septiembre de 2021)

Grassi, A; Córdova, N. (2010). Adolescencia: Reorganización y Nuevos Modelos de Subjetividad. En: Entre Niños, Adolescentes y Desvíos Parentales. Disponible en la WEB: <https://bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/adolescencia/grassi/Grassi%20-%20Adolescencia,%20reorganizacion%20y%20nuevos%20modelos%20de%20subjetividad.pdf> (fecha de acceso: 28 de agosto de 2021)

Grassi, A; Córdova, N. (2010). La creación del Cuerpo Adolescente. En: Entre Niños, Adolescentes y Desvíos Parentales. Disponible en la WEB: [https://nanopdf.com/download/la-creacion-del-cuerpo-adolescente\\_pdf](https://nanopdf.com/download/la-creacion-del-cuerpo-adolescente_pdf) (fecha de acceso: 3 de enero de 2022)

Guerrero, P. (2000). La depresión también puede ser infantil. Journal of Parents and Teachers n° 255, 9-11. Disponible en la WEB: <https://revistas.comillas.edu/index.php/padresymaestros/article/view/2455> (fecha de acceso: 3 de enero de 2022)

- Herrera Doberti, T; Rodríguez Osiac, L. (2020). Relación entre el sobrepeso y la obesidad en menores de seis años y el nivel socioeconómico y las características del entorno en comunas de Chile: estudio ecológico. En: Medwave: Revista Biomedica 20 (3).  
<https://www.medwave.cl/link.cgi/medwave/estudios/investigacion/7883.act?ver=sindisenio>  
 (fecha de acceso: 6 de enero de 2022)
- Hernández Rodríguez, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. Medicentro Electrónica, 24(3), 578-594. Disponible en la WEB:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432020000300578&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578&lng=es&tlng=es). (fecha de acceso 04 de enero de 2022).
- Heying Pepper, E. (2008). El contexto social y los condicionantes de la obesidad en Chile: las políticas públicas y su implementación. Tesis de licenciatura en sociología. Chile
- James, W. (2008). WHO recognition of the global obesity epidemic [Reconocimiento de la OMS de la epidemia mundial de obesidad]. International Journal of Obesity, 32, 120–126.
- Kancyper, L. (2000). La Confrontación Generacional. Buenos Aires, Lumen, 2003.
- Kancyper, L. (2014). Carolina y la nube, el lugar de la amistad en el proceso analítico en la adolescencia. En: Amistad, una hermandad elegida. Buenos Aires, Lumen.
- Kohut, H. (1977). La Restauración Del Si Mismo. (2da Reimpresión) Bs. As: Paidós (1999).
- Lacan, J (1988). El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En: Escritos I (14 ed. Corr. y aum). México” Siglo Veintiuno.
- Ley 26396 de 2008. Trastornos alimentarios. Fecha de promulgación: 3 de septiembre 2018. Boletín Oficial n° 31481. Disponible en la WEB: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26396-144033> (fecha de acceso:11 de agosto de 2021)
- León, M.P; Infantes Paniagua, A; Gonzalez Martí, I; Contreras, O. (2018). Prevalencia de Sobrepeso y Obesidad Infantil y su Relación con Factores Sociodemográficos. Journal of Sport and Health Research n°10( supl 1), pp. 163-172. Disponible en:  
[http://www.journalshr.com/papers/Vol%2010\\_suplemento/JSHR%20V10\\_supl\\_06.pdf](http://www.journalshr.com/papers/Vol%2010_suplemento/JSHR%20V10_supl_06.pdf) (fecha de acceso: 11 de enero de 2022)
- López-Morales, C.M; Pascalis-Orozco, J; González-Heredia, R; Brito-Zurita, O.R; Sabag-Ruiz, E. (2014). Depresión y estado de nutrición en escolares de Sonora. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 52(1),64-67. Disponible en la WEB: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=49405> (fecha de acceso: 12 de enero de 2022)
- Martínez, J. (2006). Obesidad y alimentos funcionales: ¿son eficaces los nuevos ingredientes y productos? [publicación electrónica] Revista de Medicina vol.50, n°4. Disponible en:  
<http://www.unav.es/revistamedicina/> (fecha de acceso 11 octubre de 2021)
- Mannoni, O. (1986). La crisis de la adolescencia. Ed. Gedisa
- Massenzana, F. (2017). Autoconcepto y autoestima ¿Sinónimos o constructos complementarios? [publicación electrónica]. Revista de investigación en psicología social vol.3 n° 1. Disponible en:  
<https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/psicologiasocial/article/view/2336/1984> (fecha de acceso 22 de septiembre de 2021)
- Mazur A., Radziewicz-Winnicki I (2015). Obesidad y medios de comunicación. Ed. Child and Adolescent Obesity.

- Mc Dougall, J. (1996) Un cuerpo para dos. En Lectura de lo psicosomático.
- Medina Montaña, R; Moreno Pérez, V; Romero-Velarde, E. (2012). Comparación del consumo de alimentos durante el horario escolar en niños de 6 a 11 años de edad con sobre peso u obesidad y con peso saludable. Respyn Revista Salud Pública y Nutrición vol.13, n°3. Disponible en la WEB: <https://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/310> (fecha de acceso: 13 de octubre de 2021)
- Mead, G. (1968). Espíritu, persona y sociedad. Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Medina, F; Aguilar, A; Solé-Sedeño, J. M. (2014). Aspectos Sociales y Culturales sobre la Obesidad: Reflexiones Necesarias desde la Salud Pública. En: Revista Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria vol.34, n°1, 67-71.
- Ministerio de Salud Y Desarrollo Social De la Nación Argentina. (2019). El 41,1 por ciento de los chicos y adolescentes tiene sobrepeso y obesidad en la Argentina. Disponible en la WEB: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-411-por-ciento-de-los-chicos-y-adolescentes-tiene-sobrepeso-y-obesidad-en-la-argentina> (fecha de acceso 20 de diciembre de 2021)
- Naciones Unidas. (1989). Convención sobre los Derechos del Niño. Fecha de promulgación: 27 de septiembre de 1990. Disponible en: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf> (fecha de acceso: 20 de agosto de 2021)
- Navarro, E; Tomás J.M; Oliver, A. (2006). Factores Personales, Familiares y académicos. En Niños y Adolescentes con baja Autoestima. [versión electrónica]. Boletín de psicología, No 88. Disponible en la WEB: [https://www.researchgate.net/profile/Jose-Tomas-4/publication/28171007\\_Factores\\_personales\\_familiares\\_y\\_academicos\\_en\\_ninos\\_y\\_adolescentes\\_con\\_baja\\_autoestima/links/0912f50f046c01c4a8000000/Factores-personales-familiares-y-academicos-en-ninos-y-adolescentes-con-baja-autoestima.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jose-Tomas-4/publication/28171007_Factores_personales_familiares_y_academicos_en_ninos_y_adolescentes_con_baja_autoestima/links/0912f50f046c01c4a8000000/Factores-personales-familiares-y-academicos-en-ninos-y-adolescentes-con-baja-autoestima.pdf) (fecha de acceso: 11 de septiembre de 2021)
- Olivos Julón, D.M; Urtrecho Ruíz, E.C. (2020). La Sobreprotección Infantil en la Edad Escolar. Tesis de Licenciatura en Psicológica. Universidad de Cajamarca. Perú. Disponible en la WEB: <http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/1492/TRABAJO%20DE%20INVESTIGACION%20PDF.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (fecha de acceso: 10 de enero de 2022)
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Informe sobre la salud en el mundo 2002. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67455> (fecha de acceso: 21 de marzo 2021)
- Organización Mundial de la Salud. (24 de marzo de 2016). Informe de la Comisión Para Acabar con la Obesidad Infantil. Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_8-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_8-sp.pdf) (fecha de acceso 22 de agosto de 2021)
- Organización Mundial de la Salud. (13 de septiembre de 2021). Depresión. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression> (fecha de acceso: 28 de octubre de 2021)
- Organización Mundial de la Salud. (9 de Junio de 2021). Obesidad. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (fecha de acceso 28 de octubre de 2021)
- Ortega Miranda, E.G. (2018). Alteraciones psicológicas asociadas a la obesidad infantil. Revista Médica Herediana vol.29, n°2, 111-115. Disponible en la WEB: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2018000200009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2018000200009&script=sci_arttext) (fecha de acceso: 12 de enero de 2022)

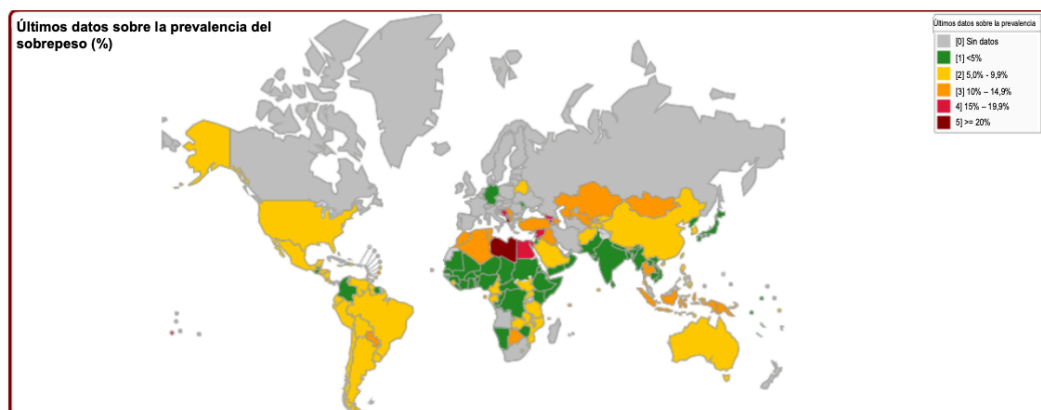


- Pedraza Figueroa, D. (2009). Obesidad y pobreza: marco conceptual para su análisis en Latinoamérica. [publicación electrónica] Saúde e Sociedad v. 18, n. 1. Disponible en la WEB: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000100011> (fecha de acceso: 18 de enero de 2022)
- Rojín Guitan, N. (2020). La depresión será en 2030 la primera causa de discapacidad en jóvenes y adultos. [versión electrónica] Efe Salud. Disponible en la WEB: <https://www.efesalud.com/depresion-2030-primera-causa-discapacidad-jovenes-adultos/> (fecha de acceso 17 de agosto de 2021)
- Reilly, J.J; Methven, E; McDowell Z.C; Hacking, B; Alexander, D; Stewart, L; Kelnar C.J. (2003). Health consequences of obesity. [Consecuencias en la salud de la obesidad] Arch Dis Child vol. 88(9), 748-52.
- Salinas, J. (2014) Influencia de los factores psicosociales en el sobrepeso y obesidad en jóvenes. Tesis de Maestría en ciencias en salud pública. Universidad autónoma de Nuevo León. León, México. Disponible en la WEB: <http://eprints.uanl.mx/4376/> (fecha de acceso: 13 de enero de 2022)
- Schejtman, C. (2015). ¿Es posible establecer un diagnóstico en psicoanálisis en la infancia? [versión electrónica]. Controversias en Psicoanálisis de niños y adolescentes N° 16. Disponible en la WEB: <https://www.controversiasonline.org.ar/PDF/anio2015-n16/3-SCHEJ-ESP.pdf> (fecha de acceso: 23 de agosto de 2021)
- Schejtman, C. (2020). Revisión de los tiempos de estructuración psíquica. Facilitaciones u obstrucciones en el desarrollo. Propuestas para una clínica en niñez y adolescencia. En: Fascículo UB. Cátedra de Clínica de niños y adolescentes año 2021.
- Stern, D. (1991). El mundo interpersonal del infante. Paidós, reedición 2009.
- Tárraga López, P.J; Tárraga, M; Loreto, M; Panisello Royo, J.M; Rosich Domenech, N; Castell Panisello, E; Carbayo Herencia, J. A. (2017). Resultados de una intervención motivacional con niños obesos o con sobrepeso y sus familias: estudio piloto. Revista Española de Nutrición Humana y Dietética vol.21, n°4, 313-319.
- Vargas Reyes, Y. (2020). Depresión asociada a sobrepeso y obesidad en niños de 8 a 12 años adscritos en la UMF 93. Tesis de diplomatura en la Universidad de Medicina Familiar. Universidad Autónoma del estado de Mexico. Toluca, México. Disponible en la WEB: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/111041> (fecha de acceso: 7 de enero de 2022)
- Vaquero Cristóbal, R; Alacid. F; Muyur, J.M; López Miñaro, P.A. (2013). Imagen Corporal: revisión bibliográfica. Nutr. Hosp. vol.28, n.1, 27-35. Disponible en la WEB: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112013000100004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000100004) (fecha de acceso: 18 de diciembre de 2021)
- Vázquez Machado, A. (2016). Los factores psicosociales y la depresión. Revista Médica Multimed Vol. 20 n°3, 586-602. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/202/247> (fecha de acceso 15 de diciembre de 2021)
- Winnicott, D. (1971). Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño. En: Realidad y Juego. Buenos Aires. Ed. Gedisa.
- Winnicott, D.W. (1964). La enfermedad Psicosomática en sus aspectos positivos y negativos. En: Revista Uruguaya de Psicoanálisis N° 61, pp.11-22.

Zoch Zannini, C (2002). Depresión. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/depresion2005.pdf> (fecha de acceso: 19 de diciembre de 2021)

# **ANEXOS**

Figura 1.

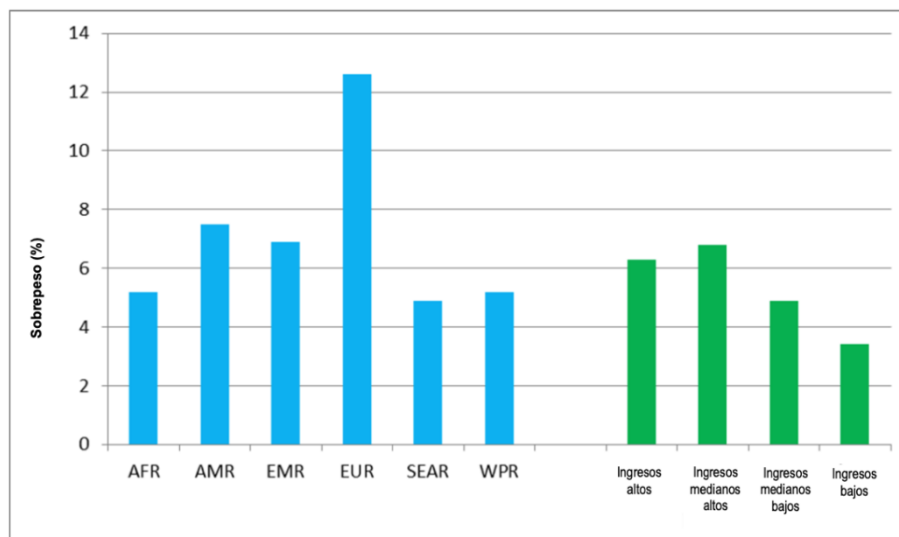


Las denominaciones empleadas en este mapa y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas de puntos representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo. Todos los derechos reservados. Copyright – OMS 2015.

Fuente: Herramienta de seguimiento (<http://www.who.int/nutrition/trackingtool>)

Figura 2

**Figura 2. Prevalencia del sobrepeso en menores de 5 años, por región de la OMS y por grupo de ingresos del Banco Mundial, estimaciones comparables, 2014**



AFR=Región de África, AMR=Región de las Américas, SEAR=Región de Asia Sudoriental, EUR=Región de Europa, EMR=Región del Mediterráneo Oriental, WPR=Región del Pacífico Occidental.

Fuente: UNICEF, OMS, Banco Mundial. Joint Child Malnutrition Estimates. (UNICEF, Nueva York; OMS,