

Consecuencias psicológicas en niños con obesidad producto de la estigmatización social

Introducción

El objeto de estudio que se desarrolla en el presente trabajo es el abordaje de las consecuencias psicológicas que padecen los niños con obesidad a partir de la estigmatización social que sufren cotidianamente. Desde el punto de vista cultural y dentro de un contexto histórico, político y económico, toda sociedad establece una determinada imagen ideal que se espera que sea aceptada y cumplida por los miembros que la integran. En lo que se refiere a la obesidad, ésta provoca que las personas marquen a los individuos que la padecen con diversos prejuicios que carecen de fundamentos racionales. Las conductas derivadas de la cultura y las creencias se adquieren en la infancia y raramente son cuestionadas en la adultez, considerándose las como un conocimiento obvio (Montero, 2001).

Muchos comportamientos y actitudes sociales provocan que gran cantidad de personas con obesidad se sientan responsables de inducir su enfermedad. La persona que la padece, debe lidiar con la paradoja social, donde el estilo de vida actual que impera en nuestra sociedad, nuevos hábitos de alimentación y el sedentarismo, favorecen en muchos individuos el desarrollo de la obesidad, pero al mismo tiempo la misma sociedad es la que castiga al obeso.

La estigmatización hacia la persona con exceso de grasa no se originó en estos tiempos. Aristóteles consideraba que debido a que la obesidad no era saludable, las personas que tenían el peso adecuado actuaban con ética, y por lo tanto los obesos eran indulgentes (Jiménez Cruz, 2008). Resulta importante plantear que ni la delgadez es sinónimo de belleza, ni la obesidad tiene connotaciones negativas en todas las culturas. La obesidad representa uno de los principales estigmas sociales. Podría definirse el estigma como la adjudicación a una persona de una particularidad que representa una identidad devaluada en un contexto social específico, a quienes se les fórmula erradamente, por lo que se retan a la discriminación y el prejuicio (Jiménez Cruz, 2008).

Al ser inocultable la obesidad para la persona que la padece, la determina a vivir y a comportarse de manera diferente. La obesidad puede llegar a constituirse en el centro de su sistema de valores, del cual quedan excluidas otras cualidades como la inteligencia o la simpatía. El sujeto entonces, suele desarrollar a lo largo de su vida actitudes evitativas en referencia a ciertas situaciones que le resultan desagradables como por ejemplo, comprarse ropa, ir a la playa, pesarse, tomarse fotos, mirarse al espejo (Villaseñor Bayardo, Ontiveros Esqueda, Cárdenas Cibrian, 2006; Del Valle García, 2010). Pareciera que este espejo sería para la persona con obesidad la sociedad en la que vive y la imagen que ésta le devuelve sería de rechazo, discriminación y estigmatización.

La Organización Mundial de la Salud ha denominado a la obesidad como la epidemia del Siglo XX. En el año 2010, alrededor de 43 millones de niños menores de cinco años de edad tenían sobrepeso. Si bien el sobrepeso y la obesidad tiempo atrás eran apreciados como un problema propio de los países de ingresos altos, en la actualidad ambos trastornos se están acrecentando en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los ambientes urbanos. En los países en progreso están viviendo cerca de 35 millones de niños con sobrepeso, mientras que en los países desarrollados esa cifra es de 8 millones (Redondo Figuero & Noriega Borge, 2011).

En cuanto a su definición, se considera a la obesidad como un exceso de tejido adiposo en el cuerpo, tanto en niños como en adultos; se caracteriza por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto de energía; se considera una enfermedad crónica con un componente genético importante y representa, en la actualidad, un problema mundial de salud pública (Acosta Enríquez, 2009).

Se ha observado que socialmente se culpa a la persona de ser obesa por considerarlo un acto voluntario. Muchas veces la sociedad supone que el obeso ha elegido el placer en lugar que la salud. La identidad del niño obeso está atravesada por el ser gordo, adjetivo que estigmatiza y condiciona todo su accionar provocando mayor ansiedad, que frecuentemente los lleva a comer compulsivamente. La ansiedad, en tanto, podría definirse como el conjunto de reacciones físicas y psicológicas que ocurren ante la presencia de un peligro. Éste no solo puede ser objetivo y externo sino también de signo interno y subjetivo, e inclusive por miedos inconscientes (Silvestre & Stavile, 2005).

La ansiedad normal surge como respuesta frente a exigencias de la vida cotidiana. El comer, o más precisamente el masticar, al implicar un gasto de energía, se transforma en una manera de reducir la ansiedad. Si el comer comienza a ser utilizado habitualmente como recurso anti ansiedad, con el tiempo la persona aumentará de peso y se establecerá un círculo vicioso donde la ansiedad se reducirá comiendo y por ende se incrementará su peso. Esto generará motivo de alarma y preocupación y tal situación conllevará a la aparición de la ansiedad nuevamente, por lo que una vez más se comerá como mecanismo compensador (Días Encinas & Enríquez Sandoval, 2007).

Los niños y las niñas que presentan obesidad son catalogados por sus pares como incapaces de y excluidos de, por no responder a lo que se considera valioso o importante. Debido a esto, presentan un mayor riesgo de sufrir aislamiento, insultos, intimidación, burlas e incluso agresión física, maltrato (Del Valle García, 2010).

Diversos estudios afirman que entre los niños, consideran al obeso con cualidades negativas como tonto, sucio, feo, descuidados, poco confiables y mentirosos. Otros mencionan que prefieren amigos con algún tipo de discapacidad antes que niños con sobrepeso. Esta constante discriminación que padecen los obesos como resultado de la estigmatización social se evidencia en un estudio realizado (Montero, 2001; Richardson, Hastorf, Goodman & Dornbusch, 1961; Goodman, Richardson, Dornbusch y Hastorf, 1963) en el cual a niños y adultos de peso normal se les mostraron imágenes de:

- ✓ niños normales;
- ✓ niños utilizando muletas o aparatos ortopédicos en uno de sus miembros inferiores.
- ✓ niños en silla de ruedas con la parte inferior de su cuerpo cubierta por una sábana.
- ✓ niños con pérdida de uno de sus brazos.
- ✓ niños con desfiguración facial peri bucal.
- ✓ niños obesos.

Cuando los individuos de peso normal fueron invitados a seleccionar aquellas imágenes que le agradaran menos, eligieron en primer término a los

obesos, siendo una de las explicaciones más frecuentes el considerarlos responsables de su discapacidad, a diferencia de los otros grupos de dismórficos que fueron considerados como víctimas de la fatalidad y del medio ambiente (Montero, 2001).

Estos estigmas repercuten de manera negativa en la calidad de vida del que la padece y en su entorno, ya que influyen de manera directa, por ejemplo, en la socialización, en el bajo rendimiento escolar propiciando el aislamiento, la baja autoestima, la depresión y la ansiedad entre otras cosas. Así mismo, investigaciones presentan la relevancia que tiene la familia para la supervivencia del individuo y el moldeamiento de su personalidad. López & Macilla (2000) argumentan que la familia juega un papel determinante en la génesis de los problemas alimenticios y la obesidad puede ser proporcionada por una dinámica familiar disfuncional.

Los efectos de esta discriminación varían de acuerdo con cada persona. En lo que se refiere a niños, debe tenerse presente que es en esta etapa donde se empieza a forjar su personalidad y a relacionarse con sus pares y el mundo. Por ello, las consecuencias de la estigmatización pueden ser irreversibles.

El Grupo Internacional de Trabajo sobre Obesidad (IOTF) de la OMS estima que son cuatrocientos mil niños los que son diagnosticados cada año como obesos. En la actualidad representa la enfermedad crónica nutricional no transmisible más frecuente, constituyendo uno de los problemas crecientes en la Salud Pública mundial. Su frecuencia afecta de manera significativa a la población argentina, cuya prevalencia oscila entre 4,1% y 11% (Pérez, Sandoval, Schneider & Azula, 2008).

Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer, a edades más tempranas, enfermedades no transmisibles como la diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, alteraciones metabólicas, respiratorias, hepáticas, ortopédicas, neurológicas, ginecológicas, dermatológicas, además de ciertos tipos de cáncer.

La obesidad, también tiene un gran impacto sobre la personalidad y el desarrollo psicosocial de la persona que la padece. Los problemas psicosociales son una causa muy importante de morbilidad en la obesidad infanto juvenil. Mientras que otras comorbilidades pueden surgir a partir de la adolescencia o adultez, los trastornos emocionales y conductuales de la

obesidad son inmediatos y aparecen desde la niñez temprana, con graves repercusiones en etapas posteriores (Martínez- Pedroza Monje, 2011).

Muchas son las causas que podrían adjudicarse al padecimiento de la obesidad. Algunos autores se limitan a determinar que esta enfermedad se debe a la ingesta excesiva de calorías y a conductas sedentarias. Otros hablan de cambios ambientales y de estilos de vida, como el crecimiento económico, la urbanización y la globalización de los mercados alimentarios. Estos cambios han provocado que se haya incrementado con el paso de los años, estímulos que incitan a que los niños realicen más actividades sedentarias, tales como ver televisión o jugar a los videojuegos, en lugar de actividades al aire libre. También sucede con la ingesta de alimentos. La conocida comida rápida fue desplazando a la comida elaborada. Esto se debe en parte, a que actualmente ambos padres trabajan, por lo que muchas veces resulta más fácil y rápido consumir alimentos industrializados que los elaborados por ellos mismos. Podría decirse, entonces, que la sociedad actual propicia un ambiente altamente obesogénico, por lo que resulta muy difícil el planteo de estrategias que ayuden al cambio de estilos de vida que contribuyan a resolver el problema de la obesidad.

La gordura es el segundo motivo de estigmatización en la Argentina, después de la pobreza, a pesar de que el 49,6% de la población sufre diversos grados de sobrepeso. Según el registro del Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo las denuncias por discriminación a causa del sobrepeso crecieron 150% (Himitian, 2012).

El estigma social de la obesidad tiene un efecto negativo sobre el auto concepto de sujeto. Las consecuencias psicosociales de la obesidad derivan de la marginación, rechazo y prejuicio de la sociedad. Este desprecio que desde la infancia comienza a padecer la persona obesa, le produce un daño irreparable en la valoración de su imagen corporal y autoestima. A la vez el estrés que sufre el niño obeso por esta estigmatización social puede llegar a ser más peligroso que las morbilidades médicas.

El origen multicausal de la obesidad evidencia la necesidad de realizar un análisis de la responsabilidad individual, familiar y de la sociedad en su conjunto en el desarrollo de esta patología que es causa de enfermedad y muerte en la población actual. Las implicaciones éticas de la sociedad se relacionan con situaciones claramente ambivalentes. Por un lado, la comida

se utiliza como un elemento de premiación y reconocimiento y por otra parte se estigmatiza a la gordura y se discrimina desde la niñez hasta la edad adulta a la persona que la padece (Nava Chapa, Veras Godoy, Ortiz Espinosa & Martínez Campos, 2010).

Tratar la obesidad es llegar tarde: el porcentaje de recaídas y fracasos es alto. Prevenir la obesidad es una dura tarea que implica modificar hábitos alimentarios y estilos de vida del conjunto de la sociedad (Carrascosa, 2006).

Recorrido histórico social sobre la concepción de la obesidad

La única certeza que se tiene de la existencia de la obesidad en la prehistoria es a partir del hallazgo de estatuas de la edad de piedra representando la figura femenina con exceso de volumen en sus formas. La evidencia más famosa es la Venus de Willendorf, cuyo torso era el de una mujer con obesidad abdominal, simbolizando probablemente la fecundidad. Hipócrates, la gran figura de la medicina griega en el Siglo V a.C. reconoció por primera vez a la obesidad como una enfermedad y afirmó la importancia del ejercicio y la buena alimentación para el tratamiento de la misma. Señaló también que la muerte súbita se daba más frecuentemente en personas con obesidad y que una de las consecuencias de esta enfermedad era la infertilidad en las mujeres. Por otro lado, Galeno durante el Siglo II d.C. identificó dos tipos de obesidad: moderada e inmoderada. La primera la consideraba como algo natural, mientras que la segunda como mórbida. Veía a la obesidad relacionada con un estilo de vida inadecuado (Luckie, Cortés & Ibarra, 2009).

La cultura cristiana, en tanto, condenaba la glotonería, por lo que en el siglo V, San Agustín y en el siglo VII, Gregorio I incorporaron la glotonería como uno de los siete pecados capitales. A comienzos de la Edad Moderna, en Europa ya había mayor disponibilidad y acceso a la comida, por lo que la glotonería ya se asociaba claramente con la obesidad. La persona con esta enfermedad comenzaba a ser estigmatizado al identificarse a la gula con el sujeto que comía y bebía sin medida.

En los siglos XVI y XVII como también en otras épocas anteriores, el sobrepeso y la obesidad eran símbolo de fecundidad y atractivo sexual como también de salud y bienestar. Esto ha quedado plasmado a través de diversas pinturas realizadas por ejemplo, por el famoso artista Peter Paulus Rubens

(1577-1640). Se comentaba que para ser modelo suya, la mujer debía pesar por encima de las 200 libras. Esto marca claramente la valoración positiva cultural y social de la obesidad en esta época (Foz, 2004).

En Estados Unidos, luego de la Primera Guerra Mundial, se produce un cambio abrupto en el ideal de belleza femenino, ponderando figuras andróginas, sin formas, de extrema delgadez. En 1908, el diseñador francés Paul Poiret introdujo la revelación del nuevo cuerpo para las mujeres, cuyo mensaje subliminal fue “el cuerpo con grasa no es moda” (Luckie, Cortés & Ibarra, 2009). Tras la Segunda Guerra Mundial, este ideal de delgadez se hubo afianzado y se extendió hasta la actualidad. Como consecuencia de todo esto, la obesidad ha sido estigmatizada social y culturalmente. En el siglo actual, los datos relativos al incremento de la obesidad resultan preocupantes no sólo porque este aumento se refleja en la población adulta, sino también en la población infantojuvenil. La OMS lidera junto a diversas instituciones y sociedades científicas una llamada internacional para luchar contra el sobrepeso y la obesidad (Foz, 2004).

Cambios en el estilo de vida

En la actualidad, la obesidad es, en la mayoría de los casos, el resultado de cambios en los estilos de vida de las personas y grupos sociales. El vivir en una sociedad globalizada, industrializada y con un gran crecimiento tecnológico fomenta la presencia de un ambiente altamente obesogénico, donde la gran oferta de nutrientes hipocalóricos, junto con el predominio del sedentarismo y el desarrollo tecnológico que hace innecesario el esfuerzo físico en la vida diaria, sean ejes centrales de esta problemática (Martinez Rubio, 2005).



imagen tomada con fines académicos de <https://us.123rf.com/450wm/lenm/lenm1206/lenm120600035/13898795-ilustraci-n-de-un-ni-o-con-sobrepeso-en-los-videojuegos.jpg?ver=6>

En lo que se refiere al sedentarismo, la progresiva disminución de espacios recreativos y actividades al aire libre que fomenten la actividad física, ha llevado a que el niño pase más tiempo realizando actividades sedentarias tales como mirar televisión o jugar con los videojuegos. Datos del *National Health Examination Survey* han demostrado que el número de horas que un niño ve la televisión está íntimamente relacionado con el riesgo a desarrollar obesidad. La televisión suele anunciar

alimentos con alto contenido calórico (aperitivos), por consiguiente, los niños que ven más horas de televisión tienen más posibilidad de consumir estos alimentos mientras están delante del televisor (Azcona San Julián, Romero Montero, Bastero Miñon & Santamaría Martínez, 2005).

Se ha incrementado la tendencia, en los anuncios comerciales destinados a los niños, el uso de personajes de los medios favoritos de éstos para ayudar a vender productos alimenticios, que en su gran mayoría están incluidos en las categorías de evitar o consumir muy escasamente dentro de la pirámide nutricional. Por ello es necesario el abordaje de las estrategias publicitarias, especialmente las que tienen como objetivo a los niños que son considerados como vectores inductores al consumo con alto poder de decisión. Y no solamente se trata de los anuncios televisivos, sino también de los envases atractivos, de las promociones y regalos asociados al consumo de determinados productos (Martínez Rubio, 2005).

Otro factor importante que incide de manera negativa en la calidad de vida de la sociedad actual es el crecimiento tecnológico, el cual está también íntimamente ligado al sedentarismo. La creación del automóvil, la televisión, la computadora, los ascensores, las ventanas automáticas de los autos, las podadoras con asientos, entre otros, contribuyeron a incentivar un estilo de

vida sedentario que relega el ejercicio a un segundo plano. El desarrollo tecnológico ha hecho innecesario el esfuerzo físico en la vida cotidiana de la mayoría de las personas (Walters Pacheco, Serrano García & Echegaray, 2007).

En lo que respecta al cambio en la alimentación, resulta necesario definir primeramente a la conducta alimentaria como el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos (Domínguez Vásquez, Olivares & Santos, 2008). Las investigaciones en referencia a la conducta alimentaria infantil han encontrado que el grupo familiar más directo, en especial las madres, tienen una influencia preponderante en la manera en como el niño se comporta en relación con su alimentación. Son ellas las primeras que proporcionan al niño la estructura básica de relación con la comida, debido a que es la encargada de ofrecer determinados alimentos y evitar otros, distribuir las comidas durante el día y limitar las cantidades de éstos (Dias Encinas & Enriquez Sandoval, 2007).

Las industrias de la alimentación, en tanto, no son ajenas al desarrollo de la obesidad infantil. Los tamaños de las raciones ofertadas han aumentado en muchas ocasiones y si bien es cierto que nadie está obligado a consumirlas, su presencia puede incitar a ello (Yeste, Garcia Reyna, Gussinyer, Marhuenda, Clemente, Albisu, et al, 2008). Tal situación reafirma la importancia de los adultos en la educación y creación de buenos hábitos de alimentación.

Dinámica Familiar

Existen hallazgos recientes que sostienen que el componente genético contribuye significativamente a la obesidad. Por ejemplo, en las familias donde ambos padres son obesos, aproximadamente el 70% de los niños y niñas también lo son. No obstante, los hábitos alimentarios y la actividad física son, desde etapas muy tempranas, influenciados por los hábitos familiares. Los niños aprenden de sus padres cómo alimentarse y a ser activos o inactivos. Dichos hábitos, que se establecen desde la infancia, tienden a persistir en la edad adulta (Walters Pacheco, Serrano- García & Echegaray, 2007). El vínculo madre-niño es de suma importancia no sólo por los vínculos emocionales sino también por el modelo que se configura y que se desarrollará en el tiempo (Castañeda Chang, 2005).

Desde que el niño comienza a alimentarse, este acto se convierte en una de las primeras formas de socializarse. La madre, alimentando, satisface y vincula. Sin embargo, una respuesta estereotipada por parte de ella en relación con el suministro de alimento ante cualquier manifestación emocional, no le permitiría al niño distinguir el hambre de otras sensaciones internas, lo que lo llevaría en un futuro a calmar cualquier sensación a partir de la ingesta de alimentos. (Remesal Cobreros, 2008).

Al estudiar la relación entre padres e hijos a la hora de la comida, se encontró que un alto porcentaje de padres inducen a sus hijos a comer más allá de las señales de autorregulación innatas, en un intento de ofrecer una buena nutrición a sus hijos (Domínguez – Vásquez, Olivares & Santos, 2008).

Ruiz Medina (2009), propone algunas cosas que serían necesarias evitar:

- Obligar al niño a comer más de lo que puede.
- Premiar un buen comportamiento con golosinas y otros alimentos calóricos.
- Castigar al niño sin comida por si presenta alguna conducta desfavorable.
 - Festejar cualquier acontecimiento importante de la vida del niño ofreciéndole “Comida basura”.

Es importante que la comida no sea considerada como un premio o un castigo. Por otro lado, el papel determinante que juega la familia en la génesis de la problemática de la obesidad, puede también ser proporcionada por una dinámica familiar disfuncional, en donde el sujeto obeso funciona como un medio para aminorar los conflictos y tensiones que se originan por dicha dinámica. La obesidad de los niños y niñas se encuentra asociada con la salud mental de los demás miembros de la familia y con el funcionamiento deficiente de ésta (Días- Encinas & Enriquez- Sandoval, 2007).

Consecuencias Psicológicas producto del estigma social

Ansiedad

La ansiedad podría definirse como el conjunto de reacciones físicas y psicológicas que ocurren ante la presencia de un peligro. La respuesta frente a la ansiedad aparece por primera vez en el nacimiento. La ansiedad no solo aparece ante peligros externos y objetivos, sino también por otros de carácter interno y subjetivo (González Martínez, 2010).

Si el comer se convierte en algo habitual para saciar la ansiedad, con el tiempo se engordará, incluso estableciéndose en algunas personas un círculo vicioso donde la ansiedad se reduce comiendo y por ende, engordando, y este aumento de peso generará un motivo de alarma, por lo que nuevamente surgirá la ansiedad y una vez más ésta será controlada a partir del mecanismo compensador que será el comer (Rojas & Alfageme, 2005). El tipo de ansiedad que se encuentra más relacionada con la obesidad es la ansiedad generalizada, es decir, aquella que está presente permanentemente pero a niveles no muy elevados (González Martínez, 2010). La obesidad surgiría como un mecanismo defensivo, no sólo para calmar la ansiedad sino también para cubrir una sensación de vacío. Debajo de aquel cuerpo robusto, un niño obeso esconde mucha fragilidad frente a la cual come compulsivamente llenándose la panza, aunque el deseo inconsciente sea el de llenar ese vacío que lo agobia y atormenta.

Baja autoestima

Golberg (2002), citado en (Díaz Guzmán & Díaz Guzmán, 2008) menciona que una de las principales consecuencias de la obesidad, considerada de las más importantes es la pérdida de autoestima, lo cual puede llevar a la persona a presentar un cuadro de depresión, por lo que algunas personas tratan de compensar dicha depresión usando la comida para aliviarla. Al auto concepto se lo considera como una reflexión del yo sobre sí mismo, y la autoestima es señalada como el momento valorativo de esa reflexión, como el sentimiento valorativo de nuestro ser, del conjunto de rasgos mentales, corporales y espirituales que configuran la propia personalidad. Sin embargo, operativamente se utilizan indistintamente.

En lo que se refiere a la génesis de la autoestima, ésta comienza a formarse desde el comienzo de la vida. El modo en el que las madres y los padres se relacionan con el niño en sus primeros años determina la valoración inicial que el niño hace de sí mismo. En estos primeros años la autoestima está basada en la aceptación y relación con los más cercanos y el concepto del sí mismo se irá formando progresivamente en función de los mensajes que irá recibiendo de las relaciones que se vayan creando a su alrededor (Ochoa de Alda, 2009).

Se puede dividir a la autoestima en baja autoestima o buena autoestima. La primera se refiere a aquellas personas que se muestran inseguras, desconfiadas de sus capacidades y dependientes de la aprobación de los demás debido a que suelen tener diversos complejos, ocasionándoles sentimientos de inferioridad y timidez en sus relaciones interpersonales. Por otra parte, la buena autoestima es característica de quienes tienen una buena aceptación de sí mismos y buen equilibrio emocional (Alvarado Sánchez, Guzmán Benavides & González Ramírez, 2005).

El desprecio y la marginación que ya desde los primeros años padece la persona con obesidad, le produce un daño irreparable en la valoración de su imagen corporal y autoestima. Existen datos que demuestran que la aversión al “gordito” es ya notoria en los escolares más pequeños, teniendo tal estigma social un efecto negativo sobre el auto concepto de aquel niño, así como de su estatus psicológico (Remesal Cobreros, 2008).

Distintos datos sugieren que la autoestima está íntimamente relacionada con el grado de obesidad, de manera que cuanto más severa sea ésta, más baja será la autoestima (De Cós Milas, Gómez Macías, Sobrino Cabra, Moreno Menguiano, Ruiz de laHermosa Gutiérrez & Mairena de La Torre, 2007).

Gutiérrez (2005) propone que la autoestima sea considerada como un factor relevante en el pronóstico de los trastornos de la conducta alimentaria y también afirma que una mejora de la misma en los pacientes con obesidad proporciona un seguro a la capacidad, para que desarrollen más formas de afrontamiento de los conflictos y reducción del peso.

Consecuencias sociales producto del estigma social

Aislamiento y Discriminación

Los sujetos que padecen esta enfermedad no están bien considerados dentro de la sociedad y, de hecho, en los medios de comunicación los niños y adultos obesos son catalogados para desempeñar los personajes cómicos, glotones y torpes. Hacia los 7 años de edad, un niño aprende las normas de atracción cultural y basándose en éstas escoge a sus amigos, principalmente guiado por sus características físicas. Debido a esto, los niños con obesidad sufren el rechazo y discriminación por parte de sus pares, por lo cual, desarrollan baja autoestima y tienden a aislarse socialmente. Se convierten así, en niños menos activos y terminan refugiándose en la comida, agravando y perpetuando su enfermedad (Azcona San Julián, Romero Montero, Bastero Miñon & Santamaría Martínez, 2005).

Afirma Magallares (2005), que uno de los factores que mayor importancia tiene a la hora de explicar por qué se sienten prejuicios y se forman estereotipos hacia las personas con obesidad es la controlabilidad, es decir, la gente tiende a pensar que el peso que tienen los sujetos obesos es debido a que no hacen nada para evitar estar gordos. Esta creencia prejuiciosa, que muchas veces es expresada a través de un prejuicio sutil, es vivida por los sujetos obesos como una conducta de discriminación (Azcona San Julián, Romero Montero, Bastero Miñon & Santamaría Martínez, 2005).

Duelo Marcos, Escribano Ceruelo & Muñoz Velasco (2009) afirman que la dificultad en la maduración psicológica y en la adaptación social, es significativamente más elevada en los niños obesos, en especial en niñas, debido a la discriminación precoz y sistemática que sufren por parte de sus pares, familiares y de la sociedad en general. Este rechazo tiene su origen en factores culturales que asocian a la delgadez con la perfección, mientras que la obesidad se considera como imperfección, abandono y falta de voluntad.

La excesiva preocupación por la imagen corporal, los cánones de belleza actuales, la ridiculización u discriminación hacia la persona con obesidad se manifiesta ya en edad preescolar. Esta situación condiciona la personalidad, favorece la autoimagen negativa, el aislamiento y soledad, la dificultad para establecer relaciones de amistad, entre otras cosas. Las

secuelas psicológicas ayudan a perpetuar el trastorno ya que pueden afectar, por ejemplo, a la ingesta de alimentos o al abandono de la práctica de algún deporte por vergüenza o miedo a las críticas (Martínez Pedrosa Monje, 2011).

Acoso escolar

El carácter repetitivo, sistemático y la intencionalidad de causar daño o perjudicar a alguien que habitualmente es más débil, son las principales características del acoso. La diferencia numérica ya está indicando la presencia de un abuso de poder. Sin embargo, en ocasiones, basta un solo agresor porque las reacciones del resto del grupo, ya sea porque animan la situación o por mostrarse indiferentes o pasivos, toleran que suceda y que la relación negativa se mantenga. Las víctimas, en tanto, padecen múltiples consecuencias como son el miedo y rechazo al contexto en el que se produce la violencia, pérdida de confianza en sí mismas y en los demás, problemas de rendimiento, baja autoestima, entre otras. En el niño que tiene obesidad, estas consecuencias se imprimen aún más profundamente en la formación de su personalidad, debido a que no son víctimas únicamente en el ámbito escolar sino que lo son en todos los ámbitos de la sociedad actual (Montañes Sanchez, Bartolomé Gutierrez, Parra Delgado & Montañés Rodriguez, 2010).

El maltrato entre pares, puede adoptar diferentes formas. La exclusión social puede ser activa o pasiva. La agresión verbal, en tanto, puede ser directa o indirecta. La agresión física puede llevarse a cabo de forma directa o indirecta (Barrios & Andrés, 2008).

La institución escolar, además de promover que surjan grupos de amigos de forma espontánea, de alguna manera, también obliga a formar parte de un grupo de clase al agrupar al alumnado en función de criterios relacionados, por ejemplo, con la edad o el rendimiento. Es importante tener presente que todas las interacciones y relaciones entre pares inciden en el desarrollo social del niño y en su futuro (Castillo Pulido, 2011).

Discusión

A lo largo de la historia, el concepto de gordura y obesidad fue cambiando. Se ha establecido que en la prehistoria se han descubierto estatuas de la edad de piedra que representaban la figura femenina con exceso de volumen en sus formas, simbolizando la fecundidad. Hipócrates, en tanto, fue el primero en reconocer a la obesidad como enfermedad y afirmó la importancia del ejercicio y la buena alimentación. Galeno, comenzó a considerar a la obesidad como íntimamente relacionada a un estilo de vida inadecuado. El Cristianismo, condenó la glotonería y determinó a la Gula como uno de los siete pecados Capitales. Durante los siglos XVI y XVII, la gordura se convirtió en símbolo de fecundidad y en sinónimo de atractivo sexual, mientras que luego de la Primera Guerra Mundial, comenzó a gestarse como ideal estético, la extrema delgadez. En la actualidad, este ideal continúa vigente, por lo que la obesidad ha sido estigmatizada social y culturalmente.

La sociedad actual es altamente obeso génica. Los cambios en el estilo de vida de las personas, como el acrecentamiento del sedentarismo que está íntimamente relacionado con los avances tecnológicos, son ejemplos claros de la sociedad actual. La pérdida progresiva de espacios al aire libre para que los niños puedan recrearse, hacer actividad física, provoca y promueve en los niños el aumento de horas sedentarias.

La obesidad se ha convertido en una afección endémica. No sólo la padecen personas adultas, sino que en el último tiempo se ha incrementado notablemente el porcentaje de obesidad en niños.

La estigmatización que sufre la persona con obesidad lo condiciona en su vida y desarrollo. Resulta difícil para el sujeto que la padece tener que tolerar y convivir con la indiferencia o el rechazo de la sociedad en la que vive. Se hace referencia al obeso como un sujeto que carece de la voluntad para bajar de peso, o se lo cataloga con adjetivos descalificativos como holgazán, vago, torpe, sucio. Este prejuicio y discriminación surge desde la infancia, donde los niños a partir de los seis años aproximadamente ya tienen interiorizada la norma de atracción cultural, por lo que comienzan a elegir a sujetos con peso normal para jugar y compartir actividades. En tanto, el sujeto estigmatizado y discriminado se caracteriza por tener una baja autoestima, padecer de una ansiedad generalizada, depresión, retraimiento y

dificultades para establecer vínculos. Esto condiciona y repercute en la formación de su personalidad.

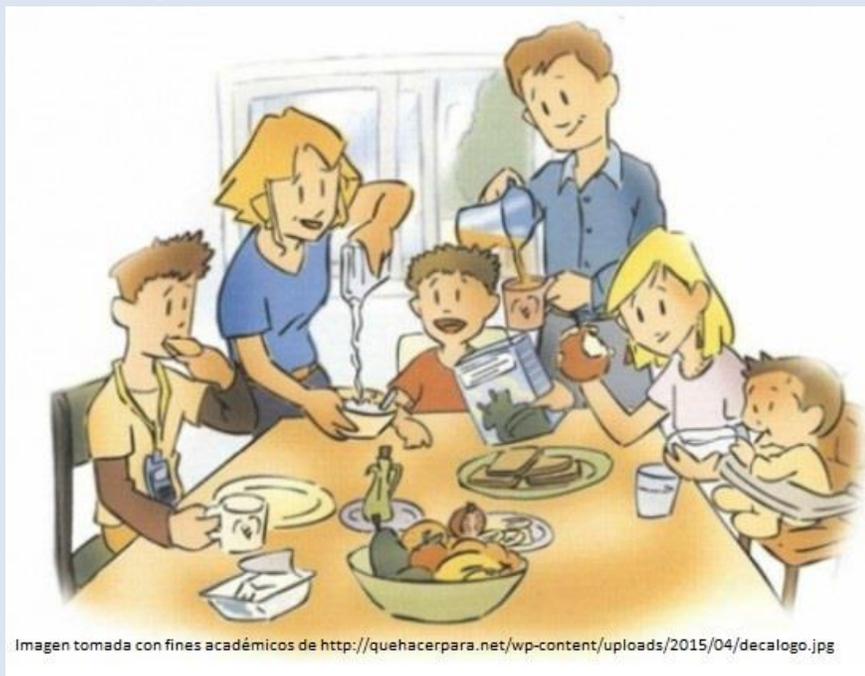


Imagen tomada con fines académicos de <http://quehacerpara.net/wp-content/uploads/2015/04/decalogo.jpg>

La familia presenta un rol por excelencia en la enseñanza y adquisición de hábitos alimentarios, allí se aprende, imita e internaliza hábitos que van a acompañarlo a lo largo de su vida. En el vínculo madre – hijo es donde se genera una de las primeras formas de sociabilización. La madre no sólo alimenta sino que también establece una unión y relación de empatía. Sin embargo, cuando la madre no consigue decodificar las necesidades del bebé y frente al llanto de éste su respuesta es calmarlo con el alimento, puede hallarse tendencias a resolver sus conflictos, ansiedades mediante el alimento. Los padres son los que le proporcionan al niño durante su etapa de crecimiento los distintos alimentos. Son también los que determinan las cantidades que deben ingerir. Por eso, son de gran importancia y fundamentalmente son los responsables de que el niño, desde los primeros años, adquiera e interiorice hábitos saludables de alimentación.

La ansiedad es una de las posibles consecuencias psicológicas ligadas a los procesos de estigmatización social. En los sujetos con obesidad la ansiedad generalizada se intentará que desaparezca a través del alimento. La comida se convierte entonces en un modo de aliviar la ansiedad, pero con la reiteración de esta conducta lo único que se consigue es que se forme un círculo vicioso donde la ansiedad se elimine comiendo, pero el comer y engordar genere tanta

culpa y ansiedad que se vuelva a comer y así en lo sucesivo. Esta ansiedad de comer, puede relacionarse con la ansiedad del sujeto de llenar ese vacío interno que es producto de la soledad, del estigma social que le adjudican y de la pobre imagen que tiene de sí mismo.

La baja autoestima se constituye como una de las principales consecuencias psicológicas producto de la estigmatización de la obesidad por parte de la sociedad. La autoestima es el sentimiento valorativo que tenemos de nuestro ser. Ésta se va desarrollando desde los comienzos de la vida del sujeto. Los padres, en un inicio, serán los responsables de promover en el niño sentimientos de confianza, valores y capacidades para que el sujeto comience a interiorizarlos y así lograr considerarlos como propios. La aceptación y desarrollo de la autoestima se gestará entonces, desde lo que los padres le transmitan a su hijo en referencia a sus habilidades y potencialidades. Estas serán el espejo en donde el sujeto buscará reflejarse.

La discriminación se halla relacionada con el prejuicio. Éste se caracteriza por asignar atributos más allá de los datos objetivamente disponibles. En el caso de la obesidad, se le agregan calificativos como falta de voluntad, suciedad, vagancia, debilidad, torpeza.

El acoso escolar, en tanto, puede considerarse como otro modo de discriminación. Se caracteriza por un abuso de poder. La víctima deja de ser considerada como una persona con derechos para convertirse en un objeto receptor de burlas, menosprecio, agresiones verbales y físicas. Esta situación atenta contra la integridad de las personas. En los niños con obesidad que son víctimas de acoso se imprime más profundamente el sentimiento de exclusión y soledad. No sólo deben vivir en una sociedad que condena la obesidad y estigmatiza al obeso, sino que también deben lidiar con la marginación y desprecio por parte de sus pares.

La sociedad en su totalidad debiera comprender que todos sus integrantes tienen el derecho a poseer las mismas posibilidades, respetando sentimientos, valores y principios. En esa línea la obesidad debe postularse como una enfermedad que el sujeto que la tiene la padece. Los procesos de estigmatización y discriminación obstaculizan el pleno desarrollo humano.

Analia Veronica Losada –*Docente Pontificia Universidad Católica Argentina-*

María Inés Rijavec

Argentina



Referencias

- Acosta Enríquez, M.E (2009) Obesidad infantil: Revisión desde la perspectiva de calidad de vida en la infancia. *Revista Pediatría de México*, 11, (2) 73-75.
- Alvarado Sánchez A.M., Guzmán Benavides E., González Ramírez M.T. (2005) Obesidad: ¿Baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 10, (2) 417-428.
- Azcona San Julián C., Romero Montero A., Bastero Miñón P., Santamaría Martínez E. (2005) Obesidad Infantil. *Revista Española de Obesidad*, 2, (1) 26-39.
- Barrios, A., Andrés, S. (2008). Escolares que maltratan a sus compañeros. Algunas pautas de actuación. 9no. Congreso Virtual de Psiquiatría. 1-9.
- Carrascosa, A. (2006). Obesidad durante la infancia y adolescencia. Una pandemia que demanda nuestra atención. *Revista de Medicina Clínica de Barcelona*, 126, (18), 693-694.
- Castañeda Chang A. M., (2005) La adaptación del obeso y la relación con la actitud materna. *Av. Psicol.*, 13, (1) 125-148.
- Castillo Pulido, L. E. (2011). El acoso escolar. De las causas, origen y manifestaciones a la pregunta por el sentido que le otorgan los actores. *Revista Internacional de Investigación en Educación*, 4 (8) Edición especial La violencia en las escuelas, 415-428.
- De Cós Milas, A; Gómez Macías V; Sobrino Cabra O; Moreno Menguiano C; Ruiz de la Hermosa Gutiérrez L; Mairena de La Torre MA. (2007) Aspectos psiquiátricos de la obesidad infantil. 8º Congreso Virtual de Psiquiatría. 1-8.
- Del Valle García, N. (2010) Importancia del apoyo social en la problemática de la obesidad infantil. *Revista académica Calidad de vida, Universidad de Flores*, 1, (4) 125-138.
- Días Encinas, R., Enríquez-Sandoval, R. (2007) Obesidad infantil, Ansiedad y Familia. *Artículo de Mediagraphic Artemisa*, 24, (1) 22-26.
- Díaz Guzmán M.C., Díaz Guzmán M.T. (2008) Obesidad y Autoestima. *Revista Enfermería Global* (13) 1- 18.
- Domínguez Vásquez P., Olivares S., Santos JL., (2008) Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 58, (3) 249-253.
- Duelo Marcos, M., Escribano Ceruelo, E., Muñoz Velasco, F. (2009) Obesidad. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 2, (16), 239-257.

- Foz M., (2004) *Obesidad: Un reto sanitario de nuestra civilización*. Barcelona, España: Editorial Fundación Medicina y Humanidades Médicas.
- González Martínez, E. (2010) *Obesidad Infantil y Juvenil*. En Morales González J.A., *Obesidad: un enfoque multidisciplinario*. (pp 321-328) México, DF.
- Goodman, J.I., Richardson SA, Dornbusch SM and Hastorf AH.1963. Variet reactions to physical disabilities. *American Sociological Review* 28, 429-435.
- Gutiérrez, F.J. (2005). *Obesidad y nivel socioeconómico*. *Revista de Medicina Preventiva y Salud*, 12(21), 87-98.
- Himitian, E. (2012, 26 de Mayo). *Crece la discriminación por gordura*. *Diario La Nación*, p.27.
- Jiménez Cruz, A. (2008) *Estigmatización de la obesidad*. *Memorias de trabajos libres en cartel XXIII Congreso Nacional de la AMMFEN*.
- López, A.X, Macilla, D.I. (2000) *La estructura Familiar y la comunicación en obesos y normo – peso*. *Revista Mexicana de Psicología*. 17.
- Luckie, D.A, Cortés F.V, Ibarra S.M. (2009) *Obesidad: Trascendencia y repercusión médico social*. *Revista de Especialidades médico – Quirúrgicas*, 14, (4) 191-201.
- Martínez Pedrosa Monje, C. (2011). *Calidad de vida y obesidad*. *Cuadernos de Pediatría Social*, 14, 14-15.
- Martínez Rubio, A. (2005) *Prevención integral de la obesidad infantil: el Plan Andaluz*. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, 7, (1) 21-34.
- Montañas Sanchez, M. , Bartolomé Gutierrez, R., Parra Delgado, M. & Montañas Rodriguez, J. (2010) *El problema del maltrato y el acoso entre iguales en las aulas*. *ENSAYOS, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 24, 1-13.
- Montero, C. (2001) *Obesidad: una visión antropomórfica*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Medicina.
- Nava Chapa, G., Veras Godoy, M., Ortiz Espinosa, R.M., Martínez Campos, J.F. (2010) *Ética y Obesidad*. En Morales González J.A., *Obesidad: un enfoque multidisciplinario*. (pp. 347-350) México, DF.
- Ochoa de Alda I. (2009) *La importancia de la imagen corporal, la alexitimia, la autoestima y los estilos de crianza en jóvenes con Trastorno de Conducta Alimentaria*. *Revista de estudios de Juventud*. (84) 106 – 124.
- Pérez, E; Sandoval, M; Schneider, S; Azula, L; (2008) *Epidemiología del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes*. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, (179) 16-20.
- Redondo Figuero, C., Noriega Borge, M.J (2011) *Obesidad Infantil*. *Cuadernos Pediatría Social*, 14, 2-7.

- Remesal Cobreros R., (2008) Desarrollo evolutivo, personalidad y nivel de adaptación de un grupo de menores obesos. *Apuntes de Psicología*, 26, (3) 411-426.
- Richardson, S.A., Hastorf, A.H., Goodman, N. & Dornbusch, S.M. (1961) Cultural uniformity in reaction to physical disabilities. *American Sociological Review*, 90 44-54.
- Rojas A.G, Alfageme A., (2005, 30 de Octubre) “No puedo parar de comer”. *Diario El País*, 26-27.
- Ruiz Medina V., (2009) ¿Cómo afecta la obesidad en los niños? *Revista Digital Ciencia y Didáctica*, 12, 54-61.
- Silvestre E., Stavile A.E. (2005) Aspectos psicológicos de la obesidad. Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario. Universidad Favaloro. Córdoba.
- Villaseñor Bayardo, S., Ortiveros Esqueda C, Cárdenas Cibrian k. (2006) Salud mental y obesidad. *Mediographic Artemisa en línea*, 3, (2) 86-90.
- Walters Pacheco, K.Z., Serrano García I., & Echegaray I. (2007) Obesidad: el reto de su invisibilidad en el Siglo XXI. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 18, 82-99.
- Yeste D., García Reyna N., Gussinyer S., Marhuenda C., Clemente M., Albisu M., et al. (2008) Perspectivas actuales del tratamiento de la obesidad infantil. *Revista Española de Obesidad*, 6, (3) 139-152.

Las autoras

Analia Veronica Losada: Psicopedagoga. Lic. y Dra. Psicología. Especialista y Magíster en Metodología de la Investigación. Especialista en Psicología Clínica por el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires. Se Pos Doctoró en Psicología. Es autora de libros, capítulos de libros y artículos con referato. Es Docente Universitaria. Miembro de la Comisión de Especialidades del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires. Se desempeña como Secretaria de Investigación en el Colegio de Psicólogos del Distrito XIII de la Provincia de Buenos Aires. Coordina el Instituto Argentino de Trastornos de la Alimentación. Ha dirigido más de cien tesis de grado y posgrado, además de ser miembro de jurado. Es evaluadora de proyectos de investigación del Ministerio de Salud. Docente Pontificia Universidad Católica Argentina.

Correo: analia_losada@yahoo.com.a

María Inés Rijavec: Licenciada en Psicología por la Pontificia Universidad Católica Argentina.

Correo: inius2001@yahoo.com.ar