

IMPORTANCIA DEL APOYO SOCIAL EN LA PROBLEMÁTICA DE LA OBESIDAD INFANTIL

García, Nancy del Valle¹

Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino

nanagarcia@live.com.ar

Material original autorizado para su primera publicación en la revista académica **Calidad de Vida UFLO**

RESUMEN:

El objetivo del presente artículo es exponer las relaciones existentes entre la noción de *Apoyo Social*, y la problemática de la *Obesidad Infantil*. La metodología de trabajo incluyó la indagación en: material científico que aborda conceptos como estrés, red social, apoyo social, y niñez; distintas fuentes que tratan acerca de obesidad infantil; y material clínico resultante del trabajo psicoterapéutico con niños y niñas que padecen este cuadro. Pudo concluirse, por un lado, que la obesidad infantil puede ser considerada tanto una respuesta al estrés ocasionado por otras fuentes, como un estresor en sí misma, en virtud de la amenaza que representa para el bienestar físico y psíquico del individuo, debiendo ser evaluada la particularidad de cada caso, asumiendo que pueden presentarse ambas situaciones simultáneamente. Por otro lado, que especialmente en la infancia, donde las capacidades personales de afrontamiento están aún en formación, adquiere gran importancia el Apoyo Social, entendido desde sus funciones: emocionales, instrumentales, e informacionales. De hecho, la falta de apoyo social está asociada a formas de afrontamiento menos eficaces, mientras que, el apoyo social y el afrontamiento adaptativo asociado a él, amortiguan o disminuyen el impacto del estrés y por ende, disminuyen posibles formas no adaptativas de afrontamiento.

¹ Licenciada en Psicología. Maestranda en Psicología y Salud, Universidad de Palermo (Bs. As.). Jefe de Trabajos Prácticos de las cátedras: Antropología Cultural y Psicología Social de la Carrera Licenciatura en Psicología; y de la cátedra Educación Nutricional de la Carrera Licenciatura en Nutrición, ambas de la Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino (San Miguel de Tucumán). Terapeuta con orientación gestáltica de niños y adolescentes.

Palabras Claves: Obesidad Infantil, Estrés, Apoyo Social.

ABSTRACT:

IMPORTANCE OF SOCIAL SUPPORT IN THE CHILDHOOD OBESITY ISSUE

The aim of this paper is to outline the relationships between the notion of *Social Support*, and the problem of *Childhood Obesity*. The methodology of work included in the investigation: scientific material that addresses concepts such as stress, social network, social support, and childhood; various sources that deal with childhood obesity; and clinical material resulting from psychotherapeutic work with children with this disease. It could be concluded, first, that childhood obesity can be considered both a response to stress caused by other sources, such as a stressor in itself, under the threat it poses to the physical and mental wellbeing of the individual, and should be evaluated the particularity of each case, assuming that both situations can occur simultaneously. On the other hand, especially in childhood, where personal coping skills are still in training, is very important Social Support, understood their functions: emotional, instrumental, and informational. In fact, the lack of social support is associated with less effective coping strategies, while social support and adaptive coping associated with it, decay or diminish the impact of stress and thus reduce possible no adaptive ways of coping.

Keywords: Childhood obesity, Stress, Social Support.

Introducción:

El presente trabajo intenta exponer las relaciones existentes entre el constructo *Apoyo Social*, y la problemática de la *Obesidad Infantil*, la cual constituye una de las múltiples áreas de estudio e intervención de la Psicología de la Salud, desde donde puede ser objeto de un abordaje distinto al del modelo biomédico tradicional.

Se presenta, en primer lugar, la temática de la *Obesidad Infantil*: datos estadísticos de su impacto como problema de salud pública, y definición de la misma, considerando los múltiples aspectos involucrados. Luego, se desarrolla lo atinente a uno de dichos aspectos: el psicosocial, desde dos perspectivas fundamentales, considerando la noción de *Estrés*. Más adelante, se aborda el constructo *Apoyo Social*, como recurso fundamental en el afrontamiento del estrés vinculado a Obesidad Infantil, poniendo especial énfasis en sus funciones. Finalmente, se resumirán los puntos más destacados del planteo realizado, señalando nuevas posibilidades de indagación en el tema.

La obesidad infantil y la complejidad de su abordaje:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la obesidad como “una epidemia global que constituye un importante problema de salud pública, tanto en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo” (WHO, TRS 894, 1998:16).

El trabajo de recopilación *Childhood Obesity: public health crisis, common sense cure* (Ebbeling, Pawlak y Ludwig Lancet, 2002), muestra esta tendencia a nivel mundial, incluyendo datos de: Estados Unidos, Inglaterra, Escocia, China, Japón, Haití, Costa Rica, Chile, Brasil, Morocco, Ghana, Egipto y Australia. Allí, los datos obtenidos muestran que la obesidad infantil aumenta en prevalencia, tanto con el correr de los años de vida de los niños y las niñas (a más edad, más casos de obesidad), como con el transcurso de los años a nivel poblacional (es mayor en la actualidad, que hace 25 años atrás).

En el caso específico de Argentina,

“El Ministerio de Salud de la Nación consolidó en dos oportunidades recientes (1993/96 y 2002/2003) mediciones de peso y talla de niños menores de seis

años que son atendidos en centros de salud (en general población pobre). En un conjunto de siete provincias (Buenos Aires, Capital Federal, Santa Fe, Chaco, Mendoza, Santa Cruz y Tierra del Fuego) la obesidad mostró una prevalencia de 8,4% y 8,2 %, respectivamente". (Britos, et. al., 2004: 13).

De este modo, los principales problemas nutricionales son tanto el déficit de talla, que da cuenta de la desnutrición aguda y crónica, como la obesidad, que está altamente vinculada a la desnutrición oculta en contextos de pobreza.

Ahora bien, en cuanto su definición, se considera a la obesidad como:

"un trastorno metabólico, que lleva a una acumulación de energía, excesiva en relación con el valor esperado según edad, sexo y talla, esta acumulación se expresa en forma de grasa corporal. En la actualidad la presencia de obesidad en la infancia es tomada como factor de riesgo predisponente para enfermedades metabólicas como diabetes, hipercolesterolemia, dislipidemias y enfermedades cardiovasculares (ECV), así como de obesidad en el adulto". (Braguinsky, 2009: 6).

Es decir, el cuadro de la Obesidad Infantil "se halla asociado al aumento de factores de morbimortalidad" (Reilly y Wilson, 2002: 393).

Esta conceptualización es de carácter meramente instrumental, práctico, a los fines de recortar esta enfermedad en el conjunto de las patologías humanas. En realidad, "no existe una definición única sino múltiples definiciones, que ha su vez responden a la existencia de muy diversas teorías etiológicas de la obesidad, como son la teoría energética, neuroquímica, genética, celular, endocrina y finalmente las psicológicas" (Vázquez Velásquez y López Alvarenga, 2001: 92).

Sin embargo, durante muchos años el diagnóstico de la obesidad se ha basado sólo en dos factores causales: ingesta excesiva de calorías y patrones de conducta sedentarios; conforme a ello, el tratamiento se ha sostenido en dos pilares fundamentales: planes de alimentación hipocalóricos e incorporación de la actividad física. Esta tendencia ha dejado de lado los aspectos psicológicos, sociales y culturales involucrados en la génesis y mantenimiento de la Obesidad Infantil, y por tanto, necesarios de abordar en su prevención y en su tratamiento.

Tal es la importancia de los mencionados aspectos, que algunos autores distinguen como causas principales las relacionadas con los cambios ambientales y de los

estilos de vida de la población, dado que “el conjunto de genes responsables de la susceptibilidad a la obesidad no puede variar en lapsos de tiempo tan cortos como los observados en esta enfermedad” (Barsh, Faroqui, O´Rahilly, 2000: 644).

Aspectos psicosociales involucrados en la Obesidad Infantil:

Aún en la actualidad no es posible establecer una relación directa y precisa entre la Obesidad Infantil y determinado trastorno psicológico. Sin embargo, tanto en el desencadenamiento de esta enfermedad, en su desarrollo, como en su tratamiento, está presente cierto monto de padecimiento psicológico (a nivel intrapersonal e interpersonal).

Por un lado, se sostiene que los conflictos en la personalidad y en los vínculos sociales en niños y niñas conducen a la obesidad. Kaplan y Kaplan (1957) sostenían que la ingesta excesiva es una conducta aprendida que el sujeto obeso utiliza como mecanismo para reducir la ansiedad. Al respecto,

“Mahoney (1985) y Saldaña y Rosell (1988) indican que la ansiedad parece jugar un papel central en la conducta de la ingestión de alimentos [siendo] la obesidad el síntoma o la consecuencia de un problema de ajuste psicológico o social” (Vázquez Velásquez y López Alvarenga, 2001:93).

Asimismo distintos estudios (López Navarrete, et. al., 2008) plantean que la exposición a maltrato y negligencia produce diferentes tipos de secuelas, entre ellas la obesidad, ya que suele interferir en la adopción de un estilo de vida saludable, el cual evitaría la aparición de la obesidad o mejoraría su manejo. De hecho, en tales estudios se ha establecido la asociación entre el antecedente de maltrato físico recurrente o maltrato psicológico severo en la infancia y la presencia de obesidad, tanto en la infancia como en la vida adulta. También se ha confirmado la asociación entre diversas situaciones disfuncionales en el seno familiar: algún miembro de la familia en prisión, violencia contra la madre, uso de alcohol o drogas por alguno de los miembros de la familia, convivencia con personas que sufrían depresión, enfermedad mental, intento de suicidio o ausencia de alguno de los padres durante la infancia, y el desarrollo de sobrepeso y obesidad.

En igual sentido,

“un estudio con seguimiento de 1.037 pacientes desde su nacimiento hasta los 30 años de edad, mostró que el 7% de los niños entre los 11 y los 15 años de

edad y el 27% en la adolescencia tardía, sufren depresión mayor. A los 26 años el 12% padecía obesidad y la depresión aumentó dos veces el riesgo de este problema de nutrición" (López Navarrete, et. al., 2008: 344).

En todos estos casos, los alimentos servirían como mecanismo compensador para aquellos/as niños/as que han atravesado una experiencia traumática, que viven en ambientes hostiles, o que sufren deficiencias afectivas (Gómez, et. al., 2004). Considerando que el *estrés* consiste en una activación fisiológica, cognitiva y conductual, que ayuda a procesar la información buscando y seleccionando una respuesta adaptativa, frente a determinada situación de amenaza para el individuo, pero que dejará de serlo si las exigencias sobrepasan sus capacidades de respuesta (Basabe, 2004), la obesidad puede ser entendida como una respuesta no adaptativa del niño / la niña, frente a la fuente de estrés presente en un ambiente tóxico y adverso para su desarrollo.

Desde otro punto de vista, se ha planteado que es la obesidad infantil en sí misma la causa de una serie de conflictos en el desarrollo psicosocial y la calidad de vida de los niños y niñas que la padecen.

Esto se debería, por un lado, al alto grado de estigmatización social de esta enfermedad, y los ataques de que son objeto los niños y las niñas al ser percibidos por sus pares como personas de cuerpo tosco, menos hábil para ciertas actividades de juego y deportivas, e indulgentes con sí mismas. En un trabajo realizado con una muestra de niños y niñas que concurren a un colegio en la zona céntrica de San Miguel de Tucumán (García, 2009), se encontró que identifican el comer en grandes cantidades como la única causa de este cuadro, dejando de lado otras como la calidad del alimento y el nivel de actividad física, y ubicando al niño y a la niña que la padecen en un lugar de "responsable"/ "culpable" respecto a su enfermedad ("*es cuando los chicos se enferman por comer mucho, comen todo el día*", Diego, 10 años). Además, frente a la pregunta: "*¿Cómo son los niños y las niñas que presentan obesidad?*", hay recurrencia en las respuestas que expresan las limitaciones que derivan de la enfermedad, siendo escasas aquellas que aluden a las posibilidades que no se ven afectadas ("*no pueden correr igual, porque se cansan*", Facundo, 10 años; "*tienen que usar ropa diferente, porque usan talles grandes*", Juana, 9 años). En este grupo, los niños y las niñas que presentan obesidad son caracterizados como "*incapaces de*" y "*excluidos de*" por no responder a lo que se considera valioso o importante, y tampoco reunir las características de

lo que se define como bello o bella; estas categorías están pautadas, en la mayor parte de los estos casos, de modo unívoco e inflexible, y con gran influencia de los medios de comunicación masiva, de hecho: “las creencias que dominan el discurso público y que se retransmiten, ... son las creencias que muestran mayor capacidad de diseminación y de mantenerse en las conciencias subjetivas” (Páez y Zubieta, 2004: 7).

De este modo, presentan más riesgo de sufrir aislamiento, intimidación, insultos, burlas e incluso agresión física, maltrato y marginación social, que sus pares de contextura física normal. Como consecuencia de este hostigamiento o acoso, también llamado “bullying”, surge dificultad para tener amigos, estrés emocional, bajo rendimiento escolar, ausentismo, y se ve comprometida la capacidad de adaptación psicosocial en general. Esto incrementa, evidentemente, los sentimientos de ansiedad, depresión, disminuye la autoestima, y da lugar a problemas de conducta, como agresividad del niño o la niña con obesidad hacia los demás niños o niñas, déficit atencional, o ciertas conductas perturbadoras de la actividad grupal (falta de participación, intervenciones disruptivas con chistes permanentes, etc.).

En esta misma línea, se señalan las posibles consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas, las cuales significan un cambio en el patrón de conducta aprendido por el niño/ la niña, pudiendo generar mayor irritabilidad, nerviosismo, sentimientos de tristeza y debilidad.

También se consideran los riesgos implicados en los ciclos de pérdida - recuperación de peso, que ocurren en los niños y las niñas bajo tratamiento a raíz de planes alimentarios muy estrictos, que luego son abandonados por haber generado escasa adherencia en el/la paciente. Mientras la pérdida de peso, en una sociedad que valora la delgadez, es vista como un signo de éxito; la recuperación del mismo se interpreta como un fracaso, debido a la falta de voluntad y de constancia del niño/ la niña, que a menudo se siente criticado, culpable, y avergonzado ante sus padres, sus amigos/as y los mismos profesionales de la salud. Tal situación tiene un impacto altamente negativo en la construcción de la identidad y de la autoestima en este momento evolutivo.

Desde este punto de vista, considerando la obesidad infantil en el conjunto de las enfermedades crónicas no transmisibles, cuyo tratamiento es siempre a largo plazo,

representa en sí misma una situación de tensión crónica mantenida, siendo un estresor crónico continuo.

Luego de haber considerado los dos posicionamientos anteriores, no es posible determinar una línea causal unidireccional entre ambas entidades, es decir: si los conflictos en la personalidad y en los vínculos sociales en niños y niñas conducen a la obesidad; o si la obesidad lleva a tales conflictos. Por lo tanto, la obesidad infantil puede ser considerada tanto una respuesta al estrés ocasionado por otras fuentes, como un estresor en sí misma, en virtud de la amenaza que representa para el bienestar físico y psíquico del individuo.

De este modo, se debe evaluar la particularidad de cada caso, asumiendo que pueden presentarse ambas situaciones simultáneamente, y considerando que “la evaluación-valoración de los sucesos ejerce un mayor impacto sobre la salud, que la mera presencia de sucesos (lo relevante es cómo valora la persona lo que le sucede)” (Basabe, 2004: 3).

El apoyo social en la problemática de la Obesidad Infantil

En tanto la Obesidad Infantil puede ser definida como una respuesta inadecuada frente a situaciones de estrés, o bien, como un estresor en sí misma, cabe referirse a los recursos con los que cuenta el niño / la niña, ya sea para responder más adecuadamente a una situación de tensión, o para afrontar la obesidad infantil en tanto fuente de estrés crónico. Tales recursos están dados, por:

- las *capacidades personales* de manejo o afrontamiento del estrés (“coping abilities”), es decir, aquellos aspectos de la personalidad que incrementan el potencial del individuo para enfrentar satisfactoriamente la situación estresante. En el caso de la infancia, estas capacidades se hallan en pleno proceso de construcción, y son altamente vulnerables a factores del ambiente;
- los *soportes sociales* presentes en su contexto, es decir, el *Apoyo Social*, entendido como aquellas provisiones expresivas o instrumentales, percibidas o recibidas, que brindan la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, tanto en situaciones de crisis como en situaciones cotidianas (Lin, 1986).

Respecto a este constructo, Lemos Giraldez y Fernández Hermida (1990), proponen distinguirlo de la noción de *red social*, dada por el conjunto de lazos o relaciones sociales existentes, considerándose su mayor o menor amplitud, la frecuencia de la interacción social, etc. Las redes sociales no implican en sí mismas el apoyo social, sin embargo puede ser el primer paso para lograrlo, lo cual dependerá de la *calidad* de las relaciones que el individuo es capaz de encontrar dentro de la red, siendo fundamentales la presencia de solidaridad y confianza.

Esta distinción es de especial importancia en el caso de la Obesidad Infantil, donde a menudo el niño / la niña forma parte de una red social, dada en general por su familia, la escuela, y el barrio. Sin embargo, dado que “la cultura no reside únicamente en las creencias comunes y distribuidas en una sociedad, sino que generalmente está inscrita prácticamente en costumbres, rituales y escenarios de conducta institucionalizados” (Páez y González, 2000, citado en Páez y Zubieta, 2004: 11), estas redes tienden a reproducir el alto grado de estigmatización social del que son objeto quienes padecen obesidad. De este modo, la *red social* no brinda *apoyo social* o *sopORTE social*, es decir, contención, confianza, y cooperación.

Por otro lado, uno de los elementos más importantes del constructo Apoyo Social, son sus *funciones*, entre las cuales se hallan:

Las funciones *emocionales*: la presencia de apoyo social permite comunicar abierta e íntimamente las propias emociones y sentimientos, expresar (ventilar) la vivencia personal de determinada situación, y experimentar sentimientos de empatía y amor. En niños y niñas que presentan obesidad es frecuente encontrar situaciones familiares y/o escolares que éstos/as vivencian como estresantes, sin poder expresar los sentimientos de angustia, tristeza, o enojo que surgen en relación a las mismas. La siguiente ilustración, que ejemplifica lo planteado, fue realizada por una niña de 12 años que presenta obesidad, y que concurre a psicoterapia debido a su falta de adherencia al plan alimentario y de actividad física indicados por el médico nutricionista.



Y., 12 años (12/06/2008)

Por otra parte, entre las funciones emocionales del apoyo social, una de gran importancia durante la infancia es el reforzamiento de la autoestima, la cual en el caso de la Obesidad Infantil se ve altamente comprometida por:

a) diversas situaciones de aislamiento, intimidación, burlas, agresión y maltrato que padecen los niños y las niñas con esta enfermedad, especialmente en el grupo de pares. En este caso, son los adultos intervinientes quienes deben garantizar para el niño/la niña un clima de respeto e inclusión en el grupo.

b) tratamientos nutricionales altamente exigentes, éstos generan demasiada presión en el niño/la niña, que al no poder cumplir con lo esperado de él / ella, experimenta culpa y frustración. Es necesario, entonces, considerar las posibilidades y limitaciones propias de la niñez, y de cada niño/a en particular a la hora de elaborar la propuesta de tratamiento, incluyendo activamente a por lo menos uno de los padres en el mismo.

- Las funciones *instrumentales*, implican proporcionar materiales o servicios que permiten resolver problemas prácticos, y además, brindar guías de actuación que el individuo aprende para sí mismo, dotándose con el tiempo de cierta autonomía. En la problemática de la obesidad infantil, reviste especial importancia el grupo familiar, en tanto:

“los padres pueden influir en las conductas alimentarias de sus hijos directamente a través del proceso de modelamiento, particularmente de actitudes y conductas con respecto a la comida y al peso ... logrando establecer el ambiente emocional, nutricional y de actividad física en el que puede o no desarrollarse la obesidad” (Vázquez Velazquez, 2004: S141).

Al mismo tiempo, en el tratamiento resulta fundamental no sólo “contar” con el tipo de alimentos más adecuados para el plan alimentario (dentro de la disponibilidad de alimentos del contexto concreto), sino también “no contar” con aquellos alimentos perjudiciales para el niño / la niña, en este punto donde la familia de acuerdo a su grado de solidaridad con respecto a la problemática del niño puede resultar un gran soporte social, o todo lo contrario.

- Las funciones *informativas* o *cognitivas*, se ponen de manifiesto en las intervenciones que involucran aconsejar, clarificar y ayudar a la mejor comprensión de una situación. También ofrecen modelos de comparación y validación social. En los niños y las niñas que presentan obesidad, es primordial una orientación por parte de adultos significativos que le permita tanto comprender la magnitud de la enfermedad, sus posibles consecuencias a corto, mediano y largo plazo, como así también entender que su valía como individuo excede lo meramente físico o estético. Tanto los padres, como el equipo de salud debe intentar una actitud abierta, de escucha, que permita al niño/la niña expresar todas sus dudas con respecto a la enfermedad, al tratamiento, y a los resultados esperados, explicando de un modo claro y asequible cada uno de estos puntos.

Merece mención, además, como elemento fundamental del Apoyo Social, la *calidad* del mismo, dada por el ajuste o equilibrio entre las necesidades del receptor, y el grado en que éstas son cubiertas. En este sentido: “El apoyo social será eficaz siempre que, además de la buena intención, consiga realmente mejorar la autoestima del enfermo, aumentar sus ganas de curarse, mejorar su humor y reducir el impacto de la enfermedad”. (Quiles Marcos, 2003: 317). En el caso de la Obesidad Infantil, suelen observarse dos conductas extremas en la familia y la escuela:

- minimizar la importancia de la problemática, como algo que se solucionará con el correr de los años, postura en la que se halla implícita una representación de la niñez como lo que todavía *no es suficientemente*: no es suficientemente urgente, no es suficientemente grave, no es suficientemente importante lo que les sucede,

por lo cual, puede esperar más adelante una solución, en el caso que no se halla resuelto por sí solo.

- exagerar la intensidad de la intervención, y la urgencia de los resultados, sometiendo al niño/la niña, a tratamientos poco fiables, demasiado exigentes, y altamente peligrosos para su salud física y psicológica.

Es necesario que los adultos entiendan y transmitan con claridad que la obesidad es una enfermedad de carácter crónico, cuyo tratamiento se sostiene a lo largo del tiempo, de acuerdo a las posibilidades del paciente, y consiste ante todo en un cambio gradual y sostenido hacia un estilo de vida más saludable.

Asimismo debe considerarse no sólo el *apoyo social existente*, sino especialmente el *apoyo social percibido*, es decir, si el individuo puede percatarse de que es cuidado, valorado y que pertenece a una red social de derechos y obligaciones.

Por último, tal es la importancia del soporte del contexto social en el manejo de situaciones estresantes para el individuo que la falta de apoyo social está asociada a conductas no adaptativas y a formas de afrontamiento menos eficaces; mientras que, el apoyo social y el afrontamiento adaptativo asociado a él, amortiguan o disminuyen el impacto del estrés y por ende, disminuyen posibles formas no adaptativas de afrontamiento como son las conductas de riesgo que agravan el problema (Stroebe y Stroebe, 1995; citado en Basabe, 2004).

Conclusión:

La Obesidad Infantil es una enfermedad de carácter crónico, en cuya etiología y tratamiento deben considerarse no sólo factores biológicos, y patrones de comportamiento dados por una ingesta excesiva de alimentos junto a una escasa actividad física, sino una multiplicidad de situaciones provenientes del ámbito psicosocial.

En este sentido, esta problemática puede ser considerada tanto una respuesta al estrés ocasionado por otras fuentes: situaciones de abandono, maltrato, o conflicto, especialmente en el ámbito familiar; como un estresor en sí misma: en virtud del alto grado de estigmatización social de que son objeto quienes la padecen, de las posibles consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas, y de los ciclos de pérdida-recuperación de peso.

Frente a esto, y especialmente en la infancia, donde las capacidades personales de afrontamiento están aún en formación, adquiere gran importancia el Apoyo Social, entendido desde sus funciones: emocionales, instrumentales, e informacionales. De hecho, la falta de apoyo social está asociada a formas de afrontamiento menos eficaces, mientras que, el apoyo social y el afrontamiento adaptativo asociado a él, amortiguan o disminuyen el impacto del estrés y por ende, disminuyen posibles formas no adaptativas de afrontamiento.

En el futuro sería de interés investigar acerca de estrategias de intervención concretas que permitan fortalecer el rol de la familia y la escuela como fuentes de Apoyo Social.

Bibliografía:

- 1) Barsh G.S., Faroqui I.S., O´Rahilly S. (2000). Genetic of body-weight regulation. *Nature*, 404: 644-651.
- 2) Basabe, N. (2004). Salud, Factores Psicosociales y Cultura, en: Páez, D.; Fernández, I.; Ubillos, S.; y Zubieta, E. *Psicología Social, Cultura y Educación*. Madrid: Pearson – Prentice Hall.
- 3) Braguinsky, J. (2009). *Curso de Posgrado Universitario 2009 en Obesidad*. Modalidad virtual. 8va. Edición. Res. FPosg N° 005/08 - Res. CS N° 001/08.
- 4) Britos S., Clacheo R., Grippo B., O´Donnell A., Pueyrredón P., Pujato D., et al. (2004) Obesidad en Argentina: ¿Hacia un nuevo fenotipo? *Reporte del Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI)*. Buenos Aires: CESNI. Disponible en: <http://www.nutrinfo.com/pagina/info/ob05-01.pdf> Recuperado el 25 de marzo de 2010.
- 5) Ebbeling Cara B., Pawlak Dorota B., Ludwig Lancet D. (2002) *Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure*, 360: 473-82.
- 6) García, N. (2009) Obesidad Infantil y Cultura: del elogio al menosprecio. Informe elaborado para el curso “Psicología, Cultura y Salud”, Maestría en Psicología y Salud, Universidad de Palermo.
- 7) Gómez J.; Perea M.; Martín M.; Cerezo C. (2004). Maltrato psicológico. Impacto en el desarrollo cognoscitivo, emocional y nutricio del menor, en: Loredo Abdalá, A. *Maltrato en niños y adolescentes*. México: Editores de Textos Mexicanos. Pág. 103-119.
- 8) Kaplan, H.; Kaplan, H. (1957). The psychosomatic concept of obesity. *Journal Nervous and Mental Disease*, 125: 181-201.

- 9) Lemos Giraldez, S. y Fernández Hermida, J. (1990). Redes de Soporte Social y Salud. *Psicothema*, Vol. 2, Núm 2: 113-135.
- 10) Lin, N. (1986). Conceptualising social support, en: Lin, N.; Dean, A.; Ensel, T. (eds.), *Social support, life events, and depression*. Nueva York: Academic Press.
- 11) López Navarrete, G.; Perea Martínez, A.; Loredó Abdalá, A. (2008). Obesidad y maltrato infantil. Un fenómeno bidireccional. *Acta Pediátrica de México*, Vol. 29, Núm. 6: 342-346.
- 12) O´Donnell, A. (1986). *Nutrición Infantil*. Buenos Aires: Celsius.
- 13) Paéz, D. y Zubieta, E. (2004), *Cultura y Psicología Social*, en: Paéz, D.; Fernández, I.; Ubillos, S.; y Zubieta, E. *Psicología Social, Cultura y Educación*. Madrid: Pearson – Prentice Hall.
- 14) Quiles Marcos, Y.; Terol Cantero, M.; y Quiles Sebastián, M. (2003). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, Vol. 3, Núm. 2: 313-333.
- 15) Reilly, J.J., Wilson D., (2002). Obesity: diagnosis, prevention, and treatment; evidence based answers to common questions. *Revista Archives of Disease in Childhood*, 86:392-394. BMJ Publishing Group Ltd & Royal College of Paediatrics and Child Health.
- 16) Vázquez Velazquez, V. (2004). ¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso?. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, Vol. 12, Núm. 4, Supl.3: S136-S142. Disponible en Internet en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2004/ers043m.pdf>. Recup. el 18/04/2010.
- 17) Vázquez Velásquez, V., López Alvarenga, J. (2001). Psicología y la obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, vol. 9, núm. 2: 91-96. Disponible en Internet en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2001/er012i.pdf>. Recuperado el 05/10/2009.
- 18) World Health Organisation. (1998). *Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation of obesity*. Geneva: WHO.

Para citar este artículo:

García, Nancy del Valle (24-08-2010). IMPORTANCIA DEL APOYO SOCIAL EN LA PROBLEMÁTICA DE LA OBESIDAD INFANTIL.

Calidad de Vida UFLO - Universidad de Flores. Año I, Número 4, V1, pp.125-138 1850-6216

URL del Documento : cienciared.com.ar/ra/doc.php?n=1299

URL de la Revista : cienciared.com.ar/ra/revista.php?wid=41