

Obesidad Infantil, Ansiedad y Familia.

Diana del Rocio Dias-Encinas*
 Dulce Rocío Enríquez-Sandoval*

RESUMEN

La obesidad infantil se ha convertido en un problema de proporciones epidémicas, el comer excesivamente, la falta de ejercicio y el estilo de vida sedentaria trae como consecuencia la obesidad, y un mayor riesgo de mortalidad, así como al desarrollo de diferentes problemas especialmente enfermedad coronaria, diabetes tipo 2, cáncer, apoplejía, entre otros, que hoy constituyen las principales causas de muerte. En el niño obeso el comer es una forma de reducir la ansiedad, y si se transforma en algo habitual con el tiempo se aumentará más de peso, estableciendo un círculo vicioso donde la ansiedad se reduce comiendo. Se considera de fundamental importancia la familia ya que una dinámica familiar disfuncional conduce a la obesidad. El tratamiento de la obesidad debe ser multidisciplinario.

Palabras Clave: Obesidad infantil, Ansiedad, Familia.

SUMMARY

The infantile obesity has become a problem of epidemics proportions., eating excessively, the lack of exercise and the style of sedentary life bring like consequence the obesity, and a greater risk of mortality, as well as to the development of different problems specially coronary disease, diabetes type 2, cancer, apoplexy, among others, that today constitute the main causes of death. In the obese boy eating is a form to reduce the anxiety, and if it is transformed into something habitual with time will be increased more of weight, establishing a vicious circle where the anxiety is reduced eating. The family considers itself of fundamental importance since a disfuncional familiar dynamics leads to the obesity. The treatment of the obesity must be multidisciplinary.

Key Words: Infantile obesity, Anxiety, Family.

ANTECEDENTES

La obesidad es una de las enfermedades de carácter crónico que aqueja a una gran parte de la población mundial y donde se proyecta un crecimiento importante en la prevalencia de los casos en los distintos grupos de la sociedad¹.

La etiología de la obesidad es compleja y no ha sido

plenamente entendida, sin embargo, se puede decir que ésta se presenta cuando la ingesta calórica de un individuo es mayor a su gasto energético².

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró recientemente que la obesidad se ha convertido en una epidemia global³, ya que alcanza proporciones que la definen como calamidad, pues afecta a personas de los cinco continentes. Las tendencias muestran un incremento constante de la prevalencia a través del tiempo. “El aumento en la prevalencia de obesidad en muchos países puede estar relacionado con los cambios en

* Licenciatura en Psicología, egresada de la Universidad de Sonora. Estancia de Voluntariado en la Clínica de Obesidad y Nutrición del Hospital Infantil del Estado de Sonora.

la dieta, o bien con una reducción relativa de actividad física de la población y ambos fenómenos pueden estar relacionados con el desarrollo socioeconómico de un país y con los cambios en el estilo de vida que dicho desarrollo ocasiona”². La prevalencia de obesidad infantil está aumentando de manera alarmante tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. En la población infantil, la obesidad constituye la enfermedad nutricional más importante. La obesidad es un problema de salud pública mundial y su importancia durante la niñez y adolescencia está fundamentada en su compromiso biopsicosocial. Es un importante factor de riesgo de enfermedades crónicas no trasmisibles. Si bien las enfermedades asociadas a la obesidad tienen alta implicación en la obesidad moderada y en la grave, la consecuencia más extendida en la infancia y adolescencia es de orden psicosocial. A su vez, el ser obeso en la infancia y adolescencia aumenta la probabilidad de ser obeso en la vida adulta. El riesgo de padecer enfermedades crónicas asociadas se duplica en los que tuvieron exceso de peso en la niñez y es aún mayor si éste se mantuvo en la adolescencia^{4,5,6}.

En México no se encuentra con suficiente información del problema de obesidad en la población infantil, que parece estar incrementando día a día⁷. A nivel nacional, se han llevado a cabo distintas encuestas tanto de salud como de nutrición a cargo de la Secretaría de Salud y del Instituto Nacional de Salud Pública. En la Encuesta Nacional de Nutrición 1999 (ENN 1999), en niños escolares se encontró una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad de 19.5%⁸. En la misma encuesta se muestran cifras de sobrepeso en edad escolar de 25% en la región norte del país y 13% en la región sur⁷. La región noroeste de México a la que pertenece el estado de Sonora presenta la prevalencia de sobrepeso con 35% en escolares siendo la mas alta del país⁹.

En información más reciente acerca del estado de nutrición de la población proporcionada por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006)⁸ comparada con la ENN 1999, se reportó un aumento alarmante en la prevalencia de obesidad en niños, pasando de 5.3 a 9.4% lo que equivale al 77%; en las niñas este aumento fue de 5.9 a 8.7% lo que equivale al 47%; la prevalencia de sobrepeso incrementó gradualmente entre los 5 y los 11 años, en niños fue de 12.9 a 21.2% y en niñas de 12.6 a 21.8%. La prevalencia de obesidad aumentó entre las mismas edades 6.5 pp en niños de 4.8 a 11.3% y 3.3 pp en niñas de 7.0 a 10.3%⁸.

En las encuestas anteriormente referidas, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en ambos sexos aumentó un tercio; es importante mencionar que los mayores incrementos se dieron en obesidad y en el sexo masculino⁸.

Estas cifras alarmañan a cualquiera que fuere responsable del futuro económico y el bienestar en nuestro país. El hecho de tener sobrepeso u obesidad conlleva a un mayor riesgo de mortalidad, así como al desarrollo de múltiples padecimientos especialmente enfermedad coronaria, diabetes tipo 2,

cáncer y apoplejía que hoy por hoy son las principales causas de muerte. La OMS anunció que existen en el mundo más de un billón de adultos con sobrepeso de los cuales aproximadamente 300 millones padecen obesidad¹¹.

Aunque la obesidad es fácil de identificar, es sumamente difícil de definir en el aspecto psicológico, al respecto Sorosky¹², argumenta: esto nos puede llevar a una inevitable controversia, ya que supone enfrentar y asumir el hecho de que 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, la genética, la celular, endocrina y finalmente las psicológicas, queda claro entonces que, cuando intentamos definir esta enfermedad no basta centrarse en el organismo como sistema biológico, sino que es indispensable analizar los aspectos psicológicos, sociales y culturales que implica.

Las consecuencias psicosociales, el exceso de peso y la obesidad afectan de manera negativa la calidad de vida de las personas, esto conllevan a un estigma social que puede contribuir a índices más altos de ansiedad, depresión y baja autoestima¹³.

El comer excesivamente y la inhabilidad crónica para controlar cuánto se come, da lugar a la obesidad y causa sufrimiento. Para los niños y los adolescentes obesos que se ridiculan y burlan comúnmente, la obesidad se asocia a menudo con síntomas psicológicos y del comportamiento¹⁴.

Los Factores de riesgo que se han encontrado para los problemas de obesidad son: 1) Comida: en la última década el comer fuera de casa se ha hecho cada vez más habitual y rutinario. A su vez las personas consumen más frecuentemente alimentos de preparación rápida que son más económicos pero altos en calorías y grasa. Este tipo de alimentos de preparación rápida se exponen en la televisión a los niños llamando su atención con juguetes, música e iconos sociales; 2) Vida sedentaria: la disponibilidad extensa de los juegos de televisión, computadora y video-juegos se ha asociado a una actividad sedentaria creciente y el ejercicio ha disminuido. El índice de la obesidad es 8.3 veces mayor para los niños que ven más de 5 horas de televisión por día, comparado a los que ven de 0 a 2 horas por día; 3) Genética: el predominio de obesidad en la familia sugiere una predisposición genética a ser gordo. Los niños obesos tienen generalmente antecedentes familiares de obesidad, especialmente de su madre. Las formas mas severas de obesidad que comienzan en niñez temprana, son solo condiciones de genes transmitidas por una herencia recesiva, en las cuales el ambiente juega simplemente un rol^{15,16}; 4) Enfermedades físicas: si la obesidad comienza en la niñez, tiene muchas consecuencias físicas y psicológicas, en niños y adolescentes la diabetes tipo 2 se considera el 30% de los casos nuevos de enfermedades físicas desatendidas¹⁶. La mayoría de los casos de diabetes tipo 2 son atribuibles a los problemas físicos de la obesidad; 5) Enfermedades psiquiátricas: el impacto social y psicológico de obesidad puede ser significativo. Los niños de cinco años atribuyen a ésta términos negativos como perezoso y feo,

también presentan un bajo concepto de sí mismo y se ha divulgado que en los niños gordos existe un desorden de depresión y ansiedad, y llega a ser más común entre mujeres¹⁵.

Ansiedad.

La ansiedad es una vivencia universal. Surge en respuesta a exigencias o amenazas como señal para buscar la adaptación. Suele ser transitoria y percibida como nerviosismo y desasosiego, ocasionalmente como terror y pánico. Si se hace persistente, intensa, autónoma, desproporcionada a los estímulos que la causan y genera conductas evitativas o retraimiento, se le incluye entre los trastornos mentales¹⁷.

La ansiedad consiste en el conjunto de reacciones físicas y psicológicas que ocurren ante la presencia de un peligro. La respuesta de ansiedad se encuentra presente desde el nacimiento, siendo un mecanismo natural con el que nacemos. La ansiedad no solo aparece por peligros externos y objetivos, sino también por otros de carácter interno y subjetivo, e incluso por miedos inconscientes¹⁸.

La ansiedad normal surge en respuesta a exigencias de la vida cotidiana como realizar un examen, una operación quirúrgica, un despido laboral, por el riesgo de reprobar un semestre académico, entre otros¹⁹.

sivo-compulsivos si predominan las obsesiones o compulsiones²⁰.

El comer, o más exactamente masticar, al suponer un gasto de energía y al implicar una forma de desgarrar y triturar se transforma en una forma de reducir la ansiedad, lo cual es una forma rápida y pasajera para el alcance del paciente. Si el comer como recurso antiansiedad se transforma en algo habitual con el tiempo se aumentará de peso, incluso estableciendo en algunas personas un círculo vicioso donde la ansiedad se reduce comiendo, por ende aumentar de peso, y este aumento de peso genera un motivo de alarma, de preocupación, por lo que nuevamente aparece la ansiedad y una vez más se come como mecanismo compensador. Cuando la causa que motiva la ansiedad no se identifica, la persona entra en un estado de ansiedad continua, que de forma muy frecuente alivia comiendo. Entre los factores de riesgo para obesidad destacan los antecedentes familiares, bases culturales, sedentarismo y ansiedad, entre otros. Los obesos suelen presentar, además, características psicológicas que tienden a agravar su problema¹⁸.

Familia.

Es innegable la importancia que tiene la familia para la supervivencia del individuo y el moldeamiento de su perso-

Cuadro 1. Criterios para el Diagnóstico del Trastorno de Ansiedad Generalizada²¹.

Criterios para el diagnóstico del Trastorno de ansiedad generalizada.

- A. Ansiedad y preocupación excesiva sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades que se prolongan más de seis meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de seis meses):
 - (1) inquietud o impaciencia
 - (2) fatigabilidad fácil
 - (3) dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
 - (4) irritabilidad
 - (5) tensión muscular
 - (6) alteraciones del sueño
- D. El centro de la ansiedad y preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno clínico.
- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Una amplia gama de enfermedades médicas puede producir síntomas de ansiedad entre las que se encuentran las enfermedades endocrinas, cardiovasculares, respiratorias, metabólicas y neurológicas. El trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica se especifica como ansiedad generalizada cuando predomina la ansiedad o preocupación excesiva centrada en múltiples acontecimientos o actividades, con crisis de angustia si son estas las que predominan o con síntomas obse-

nalidad, ésta ha demostrado su gran adaptabilidad para adecuarse a las continuas transformaciones sociales; con todas sus limitaciones, la familia desempeña y lo seguirá haciendo, un rol fundamental para la supervivencia y el desarrollo de la especie humana. El nivel de funcionalismo familiar en un momento determinado puede afectar a aquellas influencias familiares controlables por el hombre, de manera tal que éstas se reflejen positiva o negativamente en la salud

de sus individuos, de igual manera, el funcionalismo familiar puede verse alterado por cualquiera de las otras variables que configuran el ambiente social²².

López y Macilla²³ 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, en donde el individuo obeso funciona como un medio para aminorar los conflictos y tensiones que se propician por dicha dinámica; el sobrepeso está directamente correlacionado con una alta problemática familiar y la obesidad de los niños y niñas se encuentra asociada con la salud mental de otros miembros de la familia y con el funcionamiento de ésta; por lo tanto, las familias obesas poseen una dinámica que se asemeja a la de las familias psicosomáticas.

Estudios han demostrado la importancia de las influencias paternales y la formación de hábitos saludables en el desarrollo de peso y obesidad de los hijos. La madre, como primera cuidadora, proporciona a los niños la estructura básica de relación con la comida debido a que es la encargada de ofrecer algunos alimentos y de evitar otros, distribuir las comidas durante el día y determinar las cantidades de comida. Se plantea además que los conocimientos, aptitudes y prácticas alimentarias de la madre determinan en gran medida el estado nutricional de la familia, especialmente en los sectores de bajos recursos económicos¹.

Para los profesionales de la salud mental es importante que la familia se encuentre involucrada en el tratamiento de la obesidad^{14,16,24}. Al respecto se realizó un estudio del comportamiento basado en la familia en donde se demostró que el apoyo de la familia es de fundamental importancia para modificar

los comportamientos del comer y de la actividad y se sugieren diferencias importantes entre los acercamientos tempranos basados en la familia, también se encontró que cuando se dirigieron a los padres para bajar de peso, también en los niños se demostró una disminución del mismo¹⁴.

Conclusiones.

1. La obesidad es una enfermedad que actualmente está padeciendo gran parte de la población mundial y es alarmante para los profesionales de la salud, debido que desencadena gran cantidad de enfermedades físicas y psicológicas.
2. El tratamiento de la obesidad debe ser multidisciplinario, ya que no suele funcionar de forma aislada y debe tratarse desde el enfoque médico, psicológico y social.
3. La familia y los aspectos psicológicos, entre ellos la ansiedad son de fundamental importancia en la producción y mantenimiento de la obesidad, y pueden precipitar el consumo exagerado de alimentos por lo tanto deben ser tomados en cuenta si se pretende mantener un peso.
4. El comer y los patrones de la actividad física son en parte comportamientos aprendidos y pueden ser cambiados, es por eso que la influencia de la familia es un factor muy importante en el tratamiento de la obesidad del niño
5. En los niños se presenta ansiedad por distintos factores y pueden encontrar la manera de reducir ésta comiendo, la cual para éstos es una forma rápida y placentera de disminuir este síntoma; por lo tanto es posible que si persiste la ansiedad el niño aumente de peso y se presente un ciclo en el cual la ansiedad lo lleve a la obesidad y la obesidad a la ansiedad.

REFERENCIAS

- 1.- Vera PE, Bastías A. y Mena L. Construcción de una Escala de Creencias de Obesidad en Niños (ECOI). Revista Mexicana de Psicología. 2004 Vol. 21(2) 91-201.
- 2.- Hernández B, Peterson K, Sobol A, Rivera J, Sepúlveda J, Lezana MA. Sobre peso en mujeres de 12 a 49 años y niños menores de 5 años en México. Salud Pública de México. 1996 Vol. 38(3) 178-87.
- 3.- Germann NJ, Kirschenbaum SD, Rich HB. y O'Koon, CJ. Long-term Evaluation of Multi-disciplinary Treatment of Morbid Obesity in Low-income Minority Adolescents: La Rabida Children's Hospital's FitMatters Program. Journal of Adolescent Health 2006 Vol. 39(4) 553-61.
- 4.- Davis SM, Clay T, Smyth M, Gittelsohn J, Arviso V, Flint WH, Holy BH, Brice RA, Metcalfe L, Stewart D, Vu M, Stone EJ. Pathways Prevention of Obesity in American Indian Schoolchildren Preventive Medicine. 2003. Vol. 37(1) 24-34.
- 5.- Kovalskys I, Bay L, Rausch HC, Berner E. Prevalencia de obesidad en una población de 10 a 19 años en la consulta pediátrica. Revista Chilena de Pediatría. 2005. Vol. 76(3).
- 6.- Pisabarro R, Recalde A, Irrazábal E, Chaftare Y. Primera encuesta nacional de sobre peso y obesidad en niños uruguayos. Revista Médica del Uruguay. 2002. Vol. 18(3).
- 7.- Villa A, Escobedo M, Méndez N. Estimación y proyección de la prevalencia de obesidad en México a través de la mortalidad por enfermedades asociadas. Gaceta Médica de México. 2004. Vol. 140(2).
- 8.- Rivera DJ, Cuevas NL, Shamah LT, Villalpando HS, Avila AM, Jiménez AA. Estado Nutricio. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2006 Vol. 84.
- 9.- Hurtado VJ, Sotelo CN, Aviles RM, Peñuelas BC. Aumenta la obesidad en escolares que acuden a la consulta ambulatoria del Hospital Infantil del Estado de Sonora. Salud Pública de México. 2005. Vol. 47(004) 257-8.

- 10.- Ramírez LE, Grijalva HM, Valencia EM, Ponce JA, Artalejo E. Impacto de un programa de desayunos escolares en la prevalencia de obesidad y factores de riesgo cardiovascular en niños sonorenses. Salud Pública de México. 2005. Vol. 47(2).
- 11.- Sánchez C, Pichardo E, López P. Epidemiología de la obesidad. Gaceta Médica de México. 2002. Vol. 140(2).
- 12.- Vásquez VV, López AJ. Psicología y la obesidad. Revista de Endocrinología y Nutrición. 2001. Vol. 9(2) 91-6.
- 13.- Wyatt S, Winters K, Dubbert P. Overweight and Obesity: Prevalence, Consequences, and Causes of a Growing Public Health Problem. The American Journal of the Medical Sciences. 2006. Vol. 331(4) 166-74.
- 14.- Zametkin JA, Zoon KC, Klein WH, Munson BS. Psychiatric Aspects of Child and Adolescent Obesity: A Review of the Past 10 Years. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2004. Vol. 43(2) 134-50.
- 15.- Miller J, Gold SM, Silverstein J. Pediatric overeating and obesity: An epidemic. Psychiatric Annals. 2003. Vol. 33(2) 94.
- 16.- Agras WS, Hammer LD, Mcnicholas F, Kraemer HC. Risk factors for childhood overweight: a prospective study from birth to 9.5 years. The Journal of Pediatrics. 2004. Vol. 145(1) 20-5.
- 17.- Hernández GG, Orellana VG, Kimelman JM, Nuñez MC, Ibáñez HC. Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. Revista Médica de Chile. 2005. Vol. 133 895-902.
- 18.- Silvestre E, Stavile AE. Aspectos psicológicos de la obesidad. Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario. Posgrado en obesidad a distancia. 2005. Universidad Favaloro. Córdoba.
- 19.- Hernández GG. Ansiedad y Trastornos de Ansiedad. Documento para uso exclusivamente docente. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur. 2005. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- 20.- González M, Ibáñez I, Cubas R. Variables de proceso en la determinación de la ansiedad generalizada y su generalización a otras medidas de ansiedad y depresión. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2006. Vol. 6(1) 23-39.
- 21.- Lopez-Ibor J, Valdés MM. DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. España: Masson. 2005. 433-4.
- 22.- Zavala GW. El clima familiar, su relación con los intereses vocacionales y los tipos caracterológicos de los alumnos del 5to. año de secundaria de los colegios nacionales del Distrito del Rímac. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2001. Universidad del Perú Decana de América.
- 23.- López AX, Mancilla DI. La estructura familiar y la comunicación en obesos y normo-peso. Revista Mexicana de Psicología. 2000. Vol. 17(1) 65-75.
- 24.- Golan M, Crow S. Parents Are Key Players in the Prevention and Treatment of Weight-related Problems. Nutrition Reviews. 2004. Vol. 62(1) 39.