

Invest Medicoquir. 2018 (enero-junio);10(1):98-117.

ISSN: 1995-9427, RNPS: 2162

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Tratamiento de la obesidad infantil desde la Psicología. Hacia una real modificación de actitudes

Psychological treatment of child obesity. Towards a real modification of attitudes

Keytel García Rodríguez¹.

¹ Máster en Psicología Clínica. Especialista en I Grado en Psicología de la Salud.

Investigador agregado. Profesor auxiliar. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgica. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un acercamiento al tema del tratamiento de la obesidad infantil, intentando cambiar el enfoque reduccionista desde el cual es abordado. Se cuestionan la mayoría de los tratamientos médicos y psicológicos que estudian esta problemática desde simples orientaciones educativas, relacionadas con los hábitos de alimentación y de actividad física. Se introduce el análisis de factores psicológicos y familiares que actúan como propiciadores y mantenedores de la obesidad en los niños y desde los cuales se deben diseñar e implementar estrategias de intervención psicológicas más efectivas. Se reflexiona a partir de un enfoque que trasciende lo psicoeducativo, que incluye lo psicoterapéutico y la real modificación de actitudes, donde se obtengan resultados más permanentes.

Palabras clave: obesidad infantil, factores psicológicos y familiares, intervención psicológica, modificación de actitudes.

ABSTRACT

The following article is intended to approach the complex topic of the treatment of child obesity, trying to change the limited way from which it is approached. Most of the medical and psychological treatments that approach this problem are from educational simple orientations related with the eating habits and physical activity are analyzed. The analyses of psychological and family factors are introduced as elements that generate and support the obesity in children, from which more effective psychological intervention strategies should be designed and implemented. We try to meditate considering an approach that has a wide effect on educational intervention that includes psychotherapy, and the real modification of attitudes, where more permanent results are obtained.

Key words: child obesity, psychological and family factors, psychological intervention, modification of attitudes.

INTRODUCCIÓN

La obesidad se ha convertido en un problema mundial difícil de resolver, considerada como una de las epidemias del siglo XXI, por el aumento creciente que ha tenido en los últimos años ⁽¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2014, declara que desde el año 1980 el índice de personas con obesidad se ha duplicado en el mundo. En 2008 la cifra fue de 1,400 millones de adultos (de 20 y más años) que tenían sobrepeso. Dentro de esta población, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos. En el año 2010, la obesidad alcanzó cifras tan altas que se pudo considerar que hubo alrededor de 40 millones de niños menores de 5 años que tenían sobrepeso, mostrando que los menores engrosaban las estadísticas en las que anteriormente prevalecía la población adulta^(2,3).

En la población infantil, la obesidad constituye la enfermedad nutricional más trascendental y su importancia durante la niñez y adolescencia está fundamentada en su compromiso biopsicosocial. En su génesis intervienen factores genéticos, culturales, psicológicos y sociales, de tal forma que los factores genéticos y biológicos en general, no pueden por sí solos explicar la explosión de obesidad infantil que existe en el mundo. Ha pasado a ser una enfermedad compleja, multicausal y difícil de tratar⁽⁴⁾.

Tradicionalmente, los pilares básicos del tratamiento de la obesidad son la dieta y el ejercicio físico, basados en que los factores que causan la misma son la ingesta excesiva de calorías y los patrones de vida sedentaria^(5,6). Desde nuestro punto de vista, este es un enfoque excesivamente reduccionista, ya que en la obesidad hay que considerar otras variables que influyen tanto en el inicio como en su mantenimiento y cronicidad. No se trata de negar la evidencia de la necesidad de aumentar el ejercicio físico y disminuir la ingesta si se pretende perder peso, pero para que la reducción de este se mantenga en el tiempo es necesario prestar atención a otros aspectos como son los psicológicos y socio-familiares.

Las técnicas terapéuticas de carácter psicológico se introdujeron hace décadas en el tratamiento del sobre peso y obesidad del niño y adolescente. Han sido utilizadas para mejorar la motivación del paciente, asegurar el cumplimiento del programa en sus diferentes facetas, entrenar a los padres y maestros y abordar las consecuencias psicológicas de la obesidad. Ejemplo de ello son: la terapia conductual de la obesidad basada en la familia, desarrollada por Epstein en 1985, basada en la teoría del aprendizaje, empleando técnicas como la auto monitorización, el control, estimular el refuerzo positivo, la resolución de problemas; la terapia conductual basada en la escuela, y en la teoría del aprendizaje social de Bandura.

La Integración de terapias conductuales, donde se utilizan técnicas conductuales de naturaleza operante combinadas con algunas de naturaleza cognitiva y de aprendizaje sociales; son otras utilizadas⁽⁷⁾.

A nivel psicosocial este problema de salud, es cada vez más frecuente en edades más jóvenes, por lo que existe la necesidad de accionar sobre los factores psicosociales que influyen en la génesis y mantenimiento de la obesidad infantil, desde la perspectiva de la modificación de actitudes y no desde una mera intervención psicoeducativa, interviniendo tanto en los factores individuales del niño, como en los estilos de vida familiares, para lograr un cambio real.

Aspectos generales acerca de la obesidad. Sus especificaciones en la obesidad infantil.

Definir la obesidad parece una cuestión fácil, pero no es así. Los científicos divergen en este punto. Unos aseguran que se trata de un exceso de peso corporal, otros creen que estos términos serían muy subjetivos, en tanto personas con constitución atlética el peso corporal puede ser elevado y no presentar exceso de grasa^(1,8). La palabra obesidad, deriva del latín *obesus*, que significa "persona que tiene gordura en demasía".

La obesidad consiste, según modelos más biologicistas, en la acumulación de tejido graso en el organismo en relación con otros componentes corporales y suele ser el resultado de un balance energético positivo, en que la entrada de energía supera al gasto⁽⁹⁾.

La OMS ha definido a la obesidad, como la condición en la cual el exceso de tejido adiposo afecta de manera adversa la salud y el bienestar, o como estado corporal en el que existe una cantidad excesiva o anormal de grasa⁽¹⁾. Según esta definición, los indicadores idóneos para definirla deben ser aquellos que cuantifiquen la magnitud del tejido adiposo, de ahí que la definición ideal tendría que basarse en la estimación del porcentaje de grasa corporal. Sin embargo, esto es impráctico para propósitos epidemiológicos e, incluso, en casos clínicos⁽¹⁰⁾.

Ahora bien, aunque la obesidad es fácil de identificar, es sumamente difícil de definir en el aspecto psicológico, a cualquier edad. De esta manera, cuando intentamos definirla, no basta centrarse en el organismo como sistema biológico, sino que es indispensable analizar los aspectos psicológicos, sociales y culturales que implica. Se han llegado a considerar varias teorías psicológicas de la obesidad, enmarcadas dentro de diferentes modelos que la explican a partir de diversos mecanismos, como son: modelos de aprendizaje cognitivo conductual, el sistémico, el psicodinámico, el ambientalista, etc. Pero lo único que se puede derivar de esto es la necesidad de reconocer y asumir lo complejo de comprender este fenómeno⁽¹¹⁾.

Durante muchos años, se ha mantenido la teoría de que los obesos eran personas que tenían problemas de personalidad, que aliviaban mediante la conducta de comer. La sobreingesta es una conducta aprendida, utilizada por el sujeto obeso como mecanismo para reducir la ansiedad. Pero es interesante saber, que todavía no es clara la relación entre la obesidad y algún síndrome psicológico o conductual de características propias, por lo que ésta, ha sido excluida de los manuales de clasificación psiquiátrica⁽¹¹⁾.

A pesar de que es común encontrar en estas personas una serie de trastornos emocionales y psicopatológicos, en comparación con personas que carecen de esta condición física, la obesidad no constituye un trastorno en sí mismo, sino que como cualquier enfermedad crónica, implica toda una serie de cambios a nivel emocional y conductual como consecuencia del impacto psicosocial que provoca. Este resulta un tema de gran controversia en la comunidad de médicos, psiquiatras y psicólogos, resultando imposible determinar si la obesidad provoca alteraciones específicas en la personalidad o si son estas las que desencadenan la obesidad.

En última instancia, podría definirse la obesidad como una enfermedad crónica, con tendencia aditiva, de carácter genético, favorecida o estimulada por otros dos factores: una alimentación inadecuada o insana, asociada a determinado grado de sedentarismo. Es controlable, pero no curable, y se suele llamar como enfermedad "portero", pues una vez instalada abre las puertas a otras patologías, muchas de ellas graves, invalidantes y mortales⁽¹⁰⁾. Esta definición es aplicable tanto a la obesidad en personas adultas, como en edades pediátricas, a pesar que muchos especialistas se cuestionan el análisis de este fenómeno desde la perspectiva de enfermedad en la infancia.⁽¹²⁾.

Faltaría agregar los factores emocionales y otros de orden psicológico, como causa y consecuencia de la obesidad, así como la influencia de los factores socio familiares en su aparición y mantenimiento a lo largo de la vida del individuo, desde la niñez hasta la adultez.

Factores psicológicos que influyen en el mantenimiento de la obesidad infantil.

Actualmente la obesidad se ha convertido en un problema de salud pública que afecta de manera preocupante a la población infantil. La multicausalidad del problema abarca tanto aspectos biológicos como psicosociales. Y he ahí una de las principales controversias existentes en torno a la obesidad infantil en el mundo profesional. ¿Hasta qué punto resulta la influencia en la aparición y mantenimiento de la condición obesa, los factores biológicos y genéticos, los psicológicos como el afrontamiento y los estados afectivos o los factores sociales como los patrones familiares educativos, la influencia de los medios publicitarios o el régimen escolar? Constituye una pregunta difícil de responder aun en la actualidad, y aunque el cambio de ambiente y el estilo de vida de las personas podrían explicar este problema, la etiología de la obesidad es compleja, todos estos factores interactúan dando por resultado una enfermedad difícil de prevenir y tratar.

Lo psicológico desempeña un papel fundamental, no solo por la actitud que pueden asumir hacia su estado físico y tratamiento, sino por la repercusión que puede tener en el proceso de formación de la personalidad. Otra de las controversias más analizadas desde la ciencia psicológica consiste en si los factores psicológicos actúan como causa o consecuencia de la obesidad. Intentar dilucidar este problema equivaldría a la antigua discusión, muy popular, de quién surgió primero, si el huevo o la gallina, dejando como resultado final mayor confusión.

Si se analizan con detenimiento causa y consecuencia solo responden a un aspecto epistemológico, pero en la práctica los factores psicosociales en la obesidad actúan como ambos, como causa y efecto, determinando al final, no solo la aparición de esta condición en el niño si no el mantenimiento de la misma y la razón por la que los logros en la pérdida de peso no tienen su efecto a largo plazo, en la mayoría de los tratamientos médicos actuales.

Vivir en la "sociedad de la abundancia" en la que, junto a una gran oferta de nutrientes hipercalóricos, coexisten cambios en los estilos de vida (predominio del sedentarismo), malos hábitos alimentarios (desconocimiento, a veces total, de las características nutricionales de los alimentos) y una ingesta de alimentos basada fundamentalmente en sus características organolépticas (sabor, textura, olor, color), es el eje sobre el que se asienta el desarrollo en un primer momento del sobrepeso y posteriormente de la obesidad⁽¹¹⁾.

En diversas investigaciones realizadas sobre la obesidad infantil, solo se tienen en cuenta como factores psicológicos influyentes los hábitos de alimentación y el sedentarismo, ignorando otros que no solo actúan como propiciadores de esta condición física, sino como mantenedores a lo largo de la vida del individuo, como los factores emocionales, la autoestima, la satisfacción con la imagen corporal, las estrategias de afrontamiento, entre otros.

Existe una estrecha relación entre las alteraciones nutricionales y las psicológicas y esto se fundamenta sobre la base del carácter eminentemente social que tiene la alimentación y la nutrición y por la influencia que puede tener en el desarrollo de los procesos psíquicos fundamentales y sobre todo, por todas las implicaciones psicológicas y en el orden de las relaciones sociales, que puede traer aparejado una alteración nutricional, tanto por defecto como por exceso y en cualquier etapa de la vida, donde la infanto-juvenil no constituye una excepción^(1 3).

El alimento adquiere en la vida del niño un valor simbólico y emocional, superando la mera función nutricional y biológica. El alimento se va asociando a lo largo de la vida con recuerdos buenos o malos, a situaciones, personas, reforzamientos positivos o negativos, etapas de la vida. De hecho, en ocasiones se ingiere alimento sin tener la sensación de hambre, con una tendencia adictiva y como forma de afrontar emociones y situaciones de conflicto, como mecanismo evasivo, entre otros.

El ser humano aprende a asociar ciertos alimentos con el placer o con sentimientos de culpa. Pueden simbolizar fuerza, bienestar, salud y éxito, placer y gratificación, liberación de situaciones de estrés, así como ser el elemento esencial en festividades, ceremonias, rituales y días especiales. Por lo tanto, se puede concluir que en la elección de los alimentos predominan las preferencias y el gusto, es decir, las cualidades sensoriales, psicosociales y culturales, más que el aporte nutricional que puedan brindar⁽¹⁴⁾

Otro factor psicológico a tener en cuenta son los hábitos de actividad física, en tanto la determinación de la cantidad y calidad de esta, que se relacionan con el sobrepeso. Ante el desarrollo tecnológico que introduce la televisión, la computadora, las escaleras mecánicas, los video juegos, etc., se genera una disminución progresiva del gasto energético. Secundariamente, algunos estudios revelan una fuerte disminución del juego libre en la infancia (en vecindario, plazas, patios) y un menor acceso a centros deportivos⁽⁴⁾.

Ahora bien, más allá de los hábitos de alimentación y de actividad física existe toda una gama factorial psicológica que incide en la prevalencia de obesidad. El estado afectivo constituye el factor de riesgo por excelencia.

Este elemento es muy conocido por todas las relaciones que existe entre el hambre psicológica y la falta de cariño, o el comer más cuando nos sentimos inseguros o tenemos conflictos personales⁽⁶⁾.

Estudios realizados en niños entre 5 y 16 años demostraron que la obesidad crónica se asocia con trastornos emocionales, como el trastorno negativista desafiante en ambos sexos y el trastorno depresivo en varones; la ansiedad se observa en 55% de los casos ⁽⁶⁾.

En la misma medida en que los niños van creciendo, y tienen mayores edades, la actividad se hace más compleja y mucho más social. Se exigen mayores relaciones interpersonales, y por ello, el estado de obesidad limita mucho más las actividades propias de la edad, que es en definitiva, entre otras, la que determina y rige el desarrollo psicomotor y de conformación de la personalidad en la edad infanto-juvenil⁽¹³⁾. Estas limitaciones provocan una repercusión emocional importante en los niños, con presencia de sentimientos de minusvalía, de inferioridad e inseguridad, estados de tristeza, ansiedad y angustia. Lógicamente, estos estados emocionales, cuando persisten en el tiempo, se canalizan a través del acto de comer, haciendo aún más crónico el proceso.

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, forma rápida y pasajera pero al alcance del paciente. Si el comer como recurso antiansiedad se transforma en algo habitual, con el tiempo se engordará, incluso estableciendo en algunas personas un círculo vicioso, donde la ansiedad se reduce comiendo, por ende engordando, 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⁽⁶⁾.

La satisfacción con la imagen corporal constituye uno de los factores psicológicos que por excelencia influyen en la determinación de estados afectivos negativos asociados a la obesidad infantil. La palabra "gordo" de hecho procede de un término prerromano que significa necio, obtuso y embotado. Se asocia este término a múltiples acepciones con una implicación negativa a quien se hace referencia. Caer gordo a alguien, por ejemplo, significa caer mal. Que un problema sea "gordo", representa el carácter sobredimensionado del conflicto. La gordura en sí misma, como caracterización física de una persona, puede implicar no solo un menoscabo para la autoestima del individuo no por la condición obesa en sí misma, sino por la connotación sociocultural que se le ha asignado.

En la cultura occidental moderna, la obesidad se considera en general poco atractiva. De hecho, una imagen obesa rara vez se presenta de forma positiva en la televisión, se ridiculiza, se asocia a estereotipos negativos. La glotonería constituye uno de los siete pecados capitales, sin contar con el fuerte estigma al que se ven sometidos los niños y adolescentes en las escuelas y zonas de residencia. Ya como adultos pueden llegar a someterse a drásticas medidas para intentar cambiar su figura y "encajar" en los cánones actuales de belleza y estética.

En el caso de la obesidad, uno de los aspectos que más repercute es la auto-percepción que tienen de su imagen corporal, el cual, decididamente determina en su autoestima, estados depresivos ansiosos, evasión de actividades en colectivo, y de actividades donde el hecho de mostrar o utilizar la imagen corporal, ocupe un lugar importante como es en los deportes y en la cultura. Esto se observa con mayor frecuencia en los niños mayores de cinco años. Es ya en esta etapa cuando la familia, los adultos, se comienzan a preocupar por el estado de obesidad, aunque esta preocupación alcanza su grado mayor en la adolescencia, en el caso de los varones, por tabúes que existen relacionados con el desarrollo genital y el estado de obesidad, y en el caso de las hembras por el problema estético. Al estar próximas a los 15 años de edad, en que es habitual hacerles fotos, resulta increíblemente, la causa por la que más asisten en busca de ayuda⁽¹³⁾.

La obesidad no solo resulta peligrosa para la salud física, sino que el hecho de sentirse obeso puede afectar a la manera como se trata a una persona y cómo se siente consigo misma. Los niños obesos tienen una pobre imagen de sí mismos y expresan sensaciones de inferioridad y rechazo. Por lo tanto, suelen presentar dificultades para hacer amigos. La discriminación por parte de los adultos o de los compañeros desencadena en ellos actitudes antisociales, que les conduce al aislamiento, depresión e inactividad y frecuentemente producen aumento en la ingestión de alimentos, lo que a su vez agrava o al menos perpetúa la obesidad⁽¹⁰⁾.

Factores familiaresque influyen en el mantenimiento de la obesidad infantil

El estilo de vida de los familiares correspondientes a la alimentación, el manejo del estrés y la actividad física, las actitudes y patrones educativos, la relación afectiva que establecen estos con sus hijos, la calidad del funcionamiento familiar, el afrontamiento y la percepción de riesgo existente en torno a la obesidad infantil, entre otros factores de índole familiar tienen un elevado impacto no solo para la aparición, sino para el mantenimiento y cronicidad de la condición obesa de sus hijos.

La alimentación es el primer aprendizaje social del ser humano y los comportamientos alimentarios forman la base de la cultura alimentaria, es decir, el conjunto de representaciones, de creencias, de conocimientos y de prácticas heredadas o aprendidas que están asociadas a la alimentación y que son compartidas por los individuos de una cultura dada o de un grupo social determinado dentro de una cultura⁽¹⁵⁾.

Un paso fundamental en busca de la prevención de la obesidad infantil es el análisis de las prácticas que los padres realizan con respecto a la alimentación infantil, ya que estas se asocian, como lo indican diversas investigaciones. Las prácticas parentales de alimentación infantil son centrales en el ambiente temprano del niño, pues tienen efectos directos sobre el resto de su vida e influyen en las preferencias por ciertos alimentos y en la regulación de su consumo de energía. Además, los niños aprenden mucho de lo que ven, de lo que hacen, de lo que se les dice, pero lo que más asimilan es cómo se comportan otras personas^(16, 17) por lo que no solo educar directamente hábitos saludables, sino generalizarlo al estilo de vida familiar, resultará a largo plazo mucho más efectivo.

En el caso de los niños, la preocupación de los padres porque sus hijos tengan un buen apetito y no rechacen la comida, lleva muchas veces a deformar sus hábitos alimentarios⁽¹⁸⁾, respondiendo erróneamente en la mayoría de las ocasiones a patrones o ideales de belleza, estética y salud, heredados culturalmente. De esta forma, el niño "regordete", es el más halagado, mientras que en muchas familias la apreciación de un pequeño o adolescente delgado nos lleva casi de inmediato a pensar en una posible enfermedad.

A pesar del inminente problema del sobrepeso y la obesidad infantil, en ciertos estudios se ha notado que los padres no necesariamente aprecian el riesgo de salud física asociado con la obesidad en la niñez, pueden no percibir a sus niños obesos como tales y pueden estar preocupados solamente por el peso del niño si este limita su actividad física o cuando el niño es sujeto de bromas o es molestado (a raíz de su sobrepeso) por sus coetáneos. Piensan que un niño "gordito" es un niño sano y que cuando se "estire" se resolverá el problema, sin que le den la importancia a los problemas de salud que se pueden generar a corto y largo plazo en sus hijos^(16, 18).

Existe el modelo pre establecido del denominado "niño compota", que significa "niño sano", y muchos padres, y abuelos luchan porque sus bebés sean cada vez más gordos. Esto es un grave error que en muchas ocasiones no es manejado por la población, de ahí la importancia de una educación nutricional desde que la madre está en el período de gestación, ya que esto, sin lugar a dudas, marca el origen de los trastornos alimentarios, sean por defecto como por exceso⁽¹³⁾.

También se ha correlacionado la presencia de relaciones afectivas compensatorias entre padres e hijos y la consiguiente presencia de obesidad. En el niño obeso es muy frecuente encontrar alteraciones familiares relacionadas con la disminución de la expresividad emocional, inestabilidad afectiva, disminución de la autosatisfacción y aumento del conflicto. En muchos casos al niño desde pequeño se le proporciona afecto positivo o recompensa si ingiere cantidades grandes de alimentos y en períodos cortos. Las recompensas alimentarias sustituyen a las afectivas, y se basan en proporcionar productos ricos en carbohidratos refinados y de rápida absorción, que pueden ser consumidos al final de cada período de alimentación o incluso entre una comida y otra⁽¹⁹⁾.

Según algunas investigaciones, la dificultad que tiene el obeso para identificar sus sensaciones no pudiendo distinguir hambre de saciedad, ni hambre de otras emociones que le embargan tendría su origen en el contexto de los intercambios entre la madre y el niño. La respuesta estereotipada de la madre suministrando alimento ante cualquier manifestación emocional del niño, le impedirá distinguir el hambre de otras sensaciones internas y le llevará más tarde a calmar cualquier sensación con comida. Palabras y alimento pueden venir a calmar la insatisfacción del niño de modos muy distintos; si la madre acepta no saber "todo" sobre lo que necesita su hijo le ofrecerá compañía, palabras, canciones, caricias, o por el contrario, puede pensar que lo único que le ocurre es que tiene hambre y confundir la necesidad con el deseo donde la comida puede sustituir a sentimientos^(5,18).

En estos casos el alimento equivale al amor, que la madre no sabe manifestar de otro modo, adquiriendo un considerable valor emocional. A través del alimento la madre expresa el afecto, la ansiedad, la culpabilidad, castiga, "educa", refuerza positivamente, trasmite sus frustraciones, ocupa el espacio afectivo cuando se siente incapaz de comprender o transmitírselo a su hijo. El niño aprende a utilizar el alimento como un mediador en la resolución de conflictos y en el manejo de las emociones, a través de los mecanismos de reforzamiento e imitación.

Numerosos estudios señalan también que la obesidad se asocia con problemas en el funcionamiento familiar, hábitos de alimentación poco saludables, hábitos inadecuados asociados a la comida en el entorno familiar, falta de implicación familiar en el tratamiento de la obesidad del niño o adolescente, el abuso, como patrón familiar, de actividades de ocio sedentarias, no llevar a cabo ejercicio físico continuado, horarios irregulares en la alimentación y dificultades para ofrecer contención emocional y conductual tan necesaria para las personas en tratamiento. Se ha llegado a manejar incluso el término de "familia con identidad obesa"^(4, 13).

De igual manera, las actitudes y patrones de crianza de los padres hacia con sus hijos, determinando la satisfacción de las necesidades psicológicas del niño, como necesidad de afecto, seguridad, independencia, autoconfianza, aceptación de su individualidad, así como de autoridad, ejercen una influencia en la relación del niño con el alimento y la consiguiente presencia y mantenimiento de la obesidad.

Intervención psicológica en la obesidad infantil

El tratamiento de la obesidad es difícil por ser una enfermedad crónica. Sin embargo, a pesar de las dificultades que implica la intervención, resulta imprescindible su abordaje debido al alcance de las limitaciones y consecuencias tanto médicas como psicosociales de la obesidad infantil. Si no se realiza ningún tipo de intervención, los niños y adolescentes obesos tienen mayores posibilidades de seguir siendo obesos en la edad adulta.

Se acepta que es una entidad de complejo tratamiento de forma multidisciplinaria donde deben participar pediatras, nutricionistas, dietistas, psicólogos, comunicadores sociales y maestros entre otros técnicos y profesionales que trabajen para modificar los factores de alimentación y estilos de vida u otros factores causales⁽¹⁹⁾.

Los cambios socioculturales han propiciado la modificación en los hábitos alimentarios y el aumento de actividades sedentarias. Los cambios familiares han traído consigo la disminución del tiempo para convivir y para la preparación de alimentos en el hogar, lo que ha propiciado el incremento en el consumo de comida rápida. Esta realidad se presenta en hogares, escuelas y espacios laborales, sobre todo en zonas urbanas. Con todos estos factores inmersos, el problema de la obesidad se vuelve complejo, por lo que necesita de la participación del psicólogo dentro del equipo multidisciplinario, para abordar los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales que contribuyen al entendimiento de este fenómeno que impacta a la sociedad⁽²⁾.

Además, la obesidad siempre constituye una cuestión de hábitos, de modificación de comportamientos, y la ciencia especializada en el cambio de conductas es la Psicología. Otros de los motivos por los que resulta imprescindible la intervención psicológica en la obesidad son: las variables que controlan el comportamiento alimentario, son psicofisiológicas, no sólo fisiológicas, la obesidad tiene consecuencias psicosociales sobre el individuo que interactúan y la potencian, la obesidad y cierta psicopatología interactúan, potenciándose mutuamente, además que la obesidad está muy influenciada por variables contextuales de carácter psicosocial, que deben considerarse para entenderla⁽¹⁰⁾.

Por lo anterior se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema con un enfoque que considere tanto la etiología como el mantenimiento de la obesidad, las variables cognitivas (creencias), variables afectivas (manejo de estados emocionales displacenteros) y variables ambientales (costumbres, hábitos familiares)⁽¹³⁾.

A nivel mundial los principales tratamientos aplicados al problema de la obesidad son la cirugía, las dietas, los fármacos, el ejercicio físico y los programas conductuales. La cirugía se utiliza tan solo en casos realmente severos como último recurso ya que, a pesar de que es muy efectiva en la reducción de la grasa, es el de mayor riesgo para la salud. Los efectos secundarios de los fármacos empleados fundamentalmente en la reducción del apetito, son muy nocivos y al dejar de tomarlos se recupera el peso anterior.

Estas acciones resultan insuficientes si no se combinan con otras, sobre todo a nivel familiar, en el caso del tratamiento de la obesidad en niños y adolescentes, y no solo con el objetivo de lograr la reducción de peso, sino su mantenimiento a largo plazo, y más aún lograr una concientización de la importancia de modificar estilos de vida familiares. Igualmente se debe trabajar sobre las variables personales que incluyan elementos como el autocontrol, el aspecto emocional, la autoestima, la imagen corporal, así como el factor motivacional orientado a lograr esos cambios individuales y familiares para favorecer la conciencia del problema y la adherencia al tratamiento.

Se sabe que la obesidad es el resultado de un balance energético positivo crónicamente mantenido. Sin embargo, en la mayoría de los casos se pretende abordar este problema indicando solamente mejorías en los hábitos dietéticos, o prescribiendo cambios modestos en la actividad física. La modificación de los estilos de vida mediante la incorporación de hábitos alimentarios saludables y la disminución del comportamiento sedentario son recomendados a la ligera, sin que se reconozca cuán difícil puede ser llevar a la práctica tales recomendaciones. Cambiar hábitos sin tener en cuenta sus orígenes y fortalezas es una tarea con pocas probabilidades de éxito. Esta observación se refuerza después de observar las numerosas fallas que se han acumulado después de décadas, tratando de detener una epidemia que se ha vuelto global⁽⁵⁾.

Por otra parte, una de las mayores dificultades para el abordaje de estos pacientes es la ausencia de una "demanda real" de tratamiento. Los pacientes y sus familias piden ayuda médica muchas veces a instancias de un tercero que suele ser el pediatra alarmado ante el sobrepeso del niño, pero no suelen comprometerse con el tratamiento o lo hacen con disgusto⁽⁴⁾.

La evidencia actual muestra, que un aumento de la información no mejora la adhesión, hay que movilizar al paciente emocionalmente. Igualmente, fomentar la responsabilidad a través de dar la opción a elegir, empoderar y hacer partícipe al niño, ser sensible a las dificultades y escuchar las emociones, van a ser los ingredientes que van a permitir mejorar los resultados al prescribir cambios en el estilo de vida. Es por ello que muchos especialistas⁽²⁰⁾ defienden el empleo de la entrevista motivacional como una poderosa herramienta para precisamente motivar y comprometer emocionalmente al niño y a la familia en el tratamiento, logrando una participación activa.

Dirigir una entrevista desde esta perspectiva supone adoptar determinadas actitudes: estar abierto a las emociones por medio de la empatía y a mostrar respeto a través de la aceptación del otro y su libertad de elegir. No se puede obligar a nadie, ni siquiera a un niño, a hacer algo contra su voluntad. Es necesario persuadirle y "hacer equipo": padres, profesionales y el propio niño. Si existe tensión previa en casa y discusiones debido a la comida, cosa frecuente cuando los padres son delgados y el niño no lo es, es conveniente cortar de raíz estas actitudes y liderar el tema de la comida.

Liberar al niño del control paterno y materno ayuda a que se responsabilice. En la entrevista motivacional se sugiere y propone, jamás se impone.⁽²⁰⁾

La vida del infante depende, en gran medida, de las relaciones interpersonales recíprocas y adecuadas que se establezcan entre él y las personas que le rodean. Es precisamente la familia el primer lugar de mezcla y desarrollo de actividades individuales y sociales, por ello se perfila como escenario primario de socialización y como un espacio de influencias y apoyo emocional para el progreso infantil⁽¹¹⁾.

De esta forma, la familia es portadora de una gran responsabilidad en la formación afectiva y emocional del niño, así como en la educación de patrones de conductas adecuados, ejerciendo una vital influencia en su formación personalológica. Es por ello que el establecer hábitos sanos de alimentación y hacer ejercicios regularmente como actividad familiar pueden mejorar las oportunidades de lograr exitosamente el control del peso para el niño.

Es importante ubicar al obeso dentro de su contexto socio familiar, y hacer partícipe a estos últimos del tratamiento, aspecto que no se ha tenido en cuenta en la mayoría de los tratamientos psicológicos contra la obesidad, y aquellos que lo han tenido en cuenta, han adolecido en considerar a la familia como una formación estática, sin movimiento; ignorando la búsqueda de fuentes de desarrollo de la familia, limitándose al estudio de mecanismos para la conservación del equilibrio familiar, es decir, de su buen funcionamiento. Estos estudios no tienen en cuenta el hecho de que en los conflictos familiares intervienen factores socio - económicos, culturales, además de aquellos de carácter individual. No tener en cuenta que la familia, como grupo, pertenece a un contexto socio-económico específico, y a su vez presenta mecanismos propios de autorregulación, ha conducido a que en estos estudios, solo se realicen análisis parciales e incompletos de la familia, lo cual imposibilita el verdadero conocimiento y comprensión de los problemas familiares, y por tanto, de sus posibilidades de transformación, aspecto que ineludiblemente determinaría en la más efectiva evolución del tratamiento contra la obesidad⁽¹³⁾.

En este sentido, la práctica clínica ha demostrado la necesidad de estructurar el programa o tratamiento psicoterapéutico - educativo, no solo para el logro de la pérdida del estado de obesidad, sino también para la reestructuración de los diferentes elementos de la personalidad en formación, la caracterización psicológica, la estabilidad psíquica relativa del resto de las personas que comparten su contexto socio - familiar; además del empleo de esta acción psicoterapéutica y de la orientación como base de la transformación de conocimientos, hábitos y actitudes alimentarios⁽¹³⁾.

El tratamiento de la obesidad debe contemplar finalmente, tres aspectos: prevención, tratamiento para reducir el peso, permitir un crecimiento adecuado y tratamiento de mantenimiento, donde se logre una real modificación de actitudes, estilos de vida, hábitos, y no una mera variación conductual.

La intervención no puede estar dirigida a la obesidad en sí misma, sino al individuo que la padece y a los grupos en los que se inserta. No debe descuidar además, el enfoque de la obesidad como una enfermedad crónica, por lo que su atención exitosa implica provocar cambios estables en el comportamiento de la persona y desarrollar su autocuidado. En cada caso deben ser valorados aspectos como la repercusión psicológica de la obesidad, las características de la edad en que se encuentran los participantes de la intervención, el afrontamiento, los estados afectivos del niño y la familia.

CONCLUSIONES

La intervención psicológica de la obesidad infantil, insertada dentro de un equipo multidisciplinario y desde un enfoque integral, debe tener en cuenta los factores psicológicos y familiares, de modo que se diseñen e implementen estrategias de intervención más efectivas dirigidas a los niños, sus familiares, así como otros contextos donde estos se desenvuelvan, desde un enfoque no solo psicoeducativo sino psicoterapéutico, para el logro de una real modificación de actitudes a largo plazo, con trascendencia en los hábitos alimenticios y la actividad física.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS[Internet]. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva. 2012[citado 2016 febrero 9]; 311. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
2. Sánchez JJ, Ruiz, AO. Relación entre autoestima e imagen corporal en niños con obesidad. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios [Internet]. 2015 [citado 2016 febrero 9];6: 38-44. Disponible en:<http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta>
3. Molina P. Intervención psicológica en la obesidad: un estudio comparativo entre el enfoque cognitivo conductual y el enfoque humanista [Tesis]. Universitat Oberta de Catalunya: Facultad de Psicología; 2014.
4. Naranjo D. Caracterización familiar de niños y adolescentes obesos atendidos en el Hospital Pediátrico "Leonor Pérez". [Tesis de Diploma]. La Habana: Universidad de la Habana; 2012.
5. Visser R. Sobre la prevención de la obesidad y la filosofía de vida saludable. Rev. Cubana Aliment. Nutr. 2012;22(2):340-347.
6. Pompa EG. Evaluación de un programa multidisciplinario para reducir los niveles de ansiedad, depresión e índice de masa corporal en niños con sobrepeso y obesidad [Tesis doctoral]. Universidad Autónoma de Nuevo León; 2011.

7. Lafuente MD. Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. 2011;14:1490-1504.
8. Savino A, Pelliccia P, Giannini C, De Giorgis T, Cataldo I, Chiarelli F et al. Implications for kidney disease in obese children and adolescents. *Pediatr Nephrol*. 2011;26:749-758.
9. Rocha D, Martín M, Carbonell A, Aparicio VA, Delgado M. Efectos de los programas de intervención enfocados al tratamiento del sobrepeso/obesidad infantil y adolescente. *Rev Andal Med Deporte*. 2014; 7 (1): 33-43.
10. Baile JI. Prevención y tratamiento de la obesidad desde la psicología. Ponencia Congreso Internacional Psicosalud; La Habana. 2014;10-14;.
11. Vázquez V, López JC. Psicología y la obesidad. *Rev. Endocrinol. Nutr.* 2001;9(2):91-96.
12. Moreno M. Definición y clasificación de la obesidad. *Rev. Med. Clin. Condes*.2012;23(2):124-128.
13. Fuillerat A. Psicología y nutrición infanto-juvenil. En: Hernández E, Grau J, Eds. *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones*. México: Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara; 2005. p. 507-536.
14. Campos NH, Reyes I. Preferencias alimentarias y su asociación con alimentos saludables y no saludables en niños preescolares. *Acta Invest Psicol*. 2014;4(1):1385-1397.
15. Pérez LM. Obesidad y enfermedad renal crónica en niños y adolescentes. [Tesis doctoral]. La Habana: Facultad de Ciencias Médicas "Calixto García"; 2012.
16. Martínez C, Navarro G. Factores psicológicos, sociales y culturales del sobrepeso y la obesidad infantil y juvenil en México. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 2014;52 (1):94-101.
17. Alzate T. Estilos educativos parentales y obesidad infantil [Tesis doctoral]. Universidad de Valencia: Facultad de Filosofía; 2012.
18. Piñeiro R. Obesidad en la infancia y la adolescencia. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2015.
19. Paredes MT. Obesidad infantil y sus factores de riesgo [Monografía]. Universidad Veracruzana: Facultad de Nutrición; 2011.
20. Martínez A, Gil B. Entrevista motivacional: una herramienta en el manejo de la obesidad infantil. *Rev Pediatr Aten Primaria Supl*. 2013;(22):133-41.

Recibido: 21 de febrero de 2018

Aceptado: 4 de mayo de 2018.

Keytel García Rodríguez. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. Calle 216
e/ 11 y 13 La Habana, Cuba.

Correo electrónico: keytelgr@infomed.sld.cu