



## PERFIL PSICOPATOLÓGICO DE NIÑOS CON SOBREPESO U OBESIDAD EN TRATAMIENTO DE PÉRDIDA DE PESO

AUSIÀS CEBOLLA<sup>1,4</sup>, ROSA M. BAÑOS<sup>2,4</sup>, CRISTINA BOTELLA<sup>1,4</sup>, EMPAR LURBE<sup>3,4</sup> y M. ISABEL TORRÓ<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Psicología, Universidad Jaime I, Castellón, España.

<sup>2</sup> Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, Valencia, España.

<sup>3</sup> Unidad de Riesgo Cardiovascular Infantil, Servicio de Pediatría, Hospital General Universitario de Valencia, España

<sup>4</sup> Ciber, Fisiopatología Obesidad y Nutrición, CB06/03 Instituto de Salud Carlos III, España.

**Resumen:** El objetivo de este estudio es explorar el perfil psicopatológico de los niños con obesidad/sobrepeso que buscan un tratamiento de pérdida de peso en una unidad de pediatría especializada, en comparación con un grupo de niños sin obesidad/sobrepeso. Una muestra de 89 niños (de 9 a 16 años) fueron evaluados en las siguientes variables psicológicas: depresión, ansiedad, autoestima y satisfacción corporal. La muestra estuvo compuesta por 44 niños con obesidad/sobrepeso que estaban en tratamiento de pérdida de peso y 45 niños con peso normal. Comparado con los niños con normopeso, los niños con obesidad/sobrepeso presentaron mayor insatisfacción corporal, baja autoestima académica y corporal, y niveles de ansiedad más altos. La variable que mejor discriminó entre los dos grupos fue la satisfacción corporal. Los resultados apoyan estudios previos que han mostrado que la presencia de psicopatología en niños obesos, y la existencia de características psicopatológicas diferenciales.

**Palabras clave:** Obesidad infantil; autoestima; insatisfacción corporal; psicopatología.

### *Psychopathological profile of a sample of obese and overweight children undergoing weight loss treatment*

**Abstract:** The aim of this study was to explore the psychopathological profile of overweight/obese children in treatment for weight loss in a specialized pediatric unit, in comparison with a group of non-overweight/obese children. A sample of 89 children (9 to 16 years-old) was evaluated for the presence of the following psychological variables: depression, anxiety, self-esteem and body satisfaction. The sample consisted of 44 overweight/obese children undergoing weight loss treatment and 45 normal-weight children. Compared to the children with normal weight, the overweight/obese children presented more body dissatisfaction, lower academic and body self-esteem, and higher levels of anxiety. The variable which best discriminated between the groups was body dissatisfaction. The results support previous studies that have shown the presence of psychopathology in obese children, and the existence of differential psychopathological features.

**Key Words:** Child obesity; self-esteem, body dissatisfaction, psychopathology.

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, que está asociada con problemas médicos graves y con problemas psicológicos importantes, como la baja autoes-

tima y la insatisfacción corporal (Eddy et al., 2007). La obesidad infantil, especialmente en la adolescencia, es un potente predictor de obesidad en la adultez (Guo, Wu, Chumlea y Roche, 2002) y actualmente es considerada como un problema de salud pública en claro ascenso; de hecho, es el trastorno infantil más común en Europa (con porcentajes que van desde el 10% de Eslovaquia hasta el 36% de Italia). Según

Recibido: 6 septiembre 2010; aceptado 12 diciembre 2010

*Correspondencia:* Rosa M. Baños, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Avda. Blasco Ibáñez 21, 46010 Valencia, España. Correo-e: [banos@uv.es](mailto:banos@uv.es)

informa la Asociación Europea para el Estudio de la Obesidad (EASO, 2002). En España, el 19,7% de los chicos, y el 17,4% de las chicas con edades comprendidas entre los 2 y los 17 años tiene sobrepeso, y el 9,3% de los chicos y el 8,8% de las chicas tienen obesidad (Encuesta Nacional de Salud; ENS, 2006). El índice de masa corporal (IMC) en niños de 13 años de edad ha pasado de 18,4 kg/m<sup>2</sup> en 1984 a 20,4 en 1992, y a 21,1 en el período de 1998-2000.

Las causas de la obesidad son variadas, pero parece estar claro que los factores ambientales juegan un papel significativo, especialmente el aumento de la disponibilidad a alimentos “hipercalóricos” y el aumento de estilos de vida más sedentarios. Además, la literatura muestra como las características psicopatológicas tienen un peso relevante en la etiología y el mantenimiento de la obesidad, así como en su tratamiento, tanto en adultos como en niños. Pero hay que tener en cuenta que la relación entre obesidad y psicopatología es compleja y multifactorial. Hay ciertas variables psicopatológicas que tradicionalmente se han relacionado con la obesidad, como la depresión o la ansiedad, la baja auto-estima y la insatisfacción corporal.

Respecto a la depresión, los estudios que han analizado su relación con la obesidad han mostrado resultados contradictorios. Por una parte, los resultados de algunos trabajos indican que los niños con obesidad o sobrepeso presentan más síntomas de depresión que los niños con peso normal (Anderson, Cohen, Naumova y Must, 2006; Erermis et al., 2004; Richardson, Garrison, Drangsholt, Mancl y LeResche, 2006); sin embargo, por otra parte, hay estudios que no han encontrado evidencia que corrobore este resultado (O’Dea, 2006; Tanofsky-Kraff et al., 2004). Además, parece que la relación entre obesidad y depresión no va sólo en una dirección, sino que algunos estudios han encontrado que los niños diagnosticados de depresión tienen más probabilidades de desarrollar obesidad en la adultez (Goodman y Whitaker, 2002; Pine, Goldstein, Wolk y Weissman, 2001).

En el caso de la ansiedad, los datos tampoco son concluyentes. Vila et al. (2004) encontraron que los trastornos de ansiedad son los trastornos psicológicos más frecuentes (58%) en una muestra de obesos que buscan tratamiento.

Otros trabajos han señalado mayor ansiedad en niños obesos en comparación con normopeso (Tanofsky-Kraff et al., 2004). En cambio, Anderson et al. (2006) encontraron que la relación entre ansiedad y sobrepeso variaba según el género, ya que estaba asociada con mayor IMC en chicas, pero no en chicos.

Por lo que se refiere a la autoestima, el sobrepeso infantil es un factor de alto riesgo para el desarrollo de baja autoestima (Braet, Merielde y Vandereycken, 1997; Israel y Ivanova, 2002). La dimensión de este constructo que se ha relacionado en mayor medida con la obesidad es la autoestima corporal. La insatisfacción corporal está asociada con el aumento del IMC y también con problemas de depresión y ansiedad, tanto en niños como en adultos (Braet et al., 1997; Duncan, Al-Nakeeb, Nevill y Jones; 2006; Erermis et al., 2004; Merino, Godás y Pombo, 2002; Sanchez, A. et al., 2000). La imagen corporal parece tener también una importancia clave en referencia a la obesidad; de hecho, algunos estudios como el de Lopes de Sousa (2008) muestra que una imagen corporal distorsionada es muy buen predictor de complicaciones psicopatológicas asociadas con obesidad. Por otro lado, la relación entre obesidad y autoestima es diferente cuando el género es tomado en cuenta. Israel e Ivanova (2002) encontraron que las niñas con mucho sobrepeso mostraron menor autoestima física que las niñas con menor sobrepeso, pero en el caso de los niños, la relación era la contraria, el grupo con mayor IMC tenía mayor autoestima física.

En conclusión, parece que la literatura indica que hay un perfil psicopatológico asociado a la obesidad y sobrepeso infantil; sin embargo, los datos no terminan de ser concluyentes y, en algunos casos, incluso contradictorios. Otra variable relevante a tener en cuenta es el contexto cultural, que puede estar mediando entre las variables psicológicas y la obesidad, ya que interacciona con el sujeto generando patrones de ingesta, nutricionales y dietéticos diferentes. Hay poca literatura, hasta donde sabemos, que compare la relación entre la obesidad infantil y el perfil psicopatológico teniendo en cuenta el contexto cultural, ya que la mayoría de estudios nacen en el ámbito anglosajón. En esta materia es interesante el estudio llevado a cabo por Erer-

mis et al. (2004) que analizó un grupo de niños en Turquía. No existen hasta el momento datos específicos de este tema en población infantil obesa Española.

El presente estudio tiene como objetivo analizar si hay diferencias en el perfil psicopatológico entre un grupo de niños con obesidad/sobrepeso, en comparación con un grupo normopeso en población española. Se espera que los niños con sobrepeso/obesidad muestren mayores niveles de ansiedad, insatisfacción corporal, y depresión, así como niveles más bajos de autoestima comparado con un grupo de niños normopeso. De acuerdo con el género, se espera que las chicas con sobrepeso/obesidad puntuarán más bajo en autoestima que los chicos, comparado con el grupo normopeso.

## MÉTODO

### *Participantes*

Un grupo de 89 niños (45 niños y 45 niñas) con edades comprendidas entre los 9 y los 16 años ( $M = 13$ ;  $DT = 1,7$ ) participaron en el estudio. El grupo obesidad/sobrepeso (OS) estaba compuesto por 44 niños que estaban en tratamiento de pérdida de peso (22 niños y 22 niñas). Este grupo acudió a una Unidad de Pediatría por problemas de obesidad o enfermedades asociadas. La unidad de pediatría estaba localizada en un hospital público de la ciudad de València (España) que está especializado en el tratamiento de obesidad infantil. Todos los participantes del grupo OS recibieron un tratamiento de pérdida de peso, basado en la modificación de aspectos nutricionales y conductuales, y muchos de ellos además un tratamiento para enfermedades asociadas a la obesidad, como hipertensión (18%), diabetes tipo 1 (3,2%), enfermedades coronarias (6,4%), u otros síndromes como la resistencia a la insulina (25%). El grupo que no tenía Obesidad/Sobrepeso (NOS) estaba formado por 45 niños (23 niños y 22 niñas) de diferentes escuelas primarias del área metropolitana de Valencia. Los participantes fueron seleccionados de diferentes cursos escolares. Se ajustaron los grupos para que no hubiera diferencias entre ambos

grupos según sexo ( $\chi^2 = 0,916$ ) y edad ( $p = 0,813$ ). El IMCz fue calculado utilizando el peso, altura, edad y el género y comparado con las curvas normales. Los puntajes IMCz corresponden a las tablas de percentiles de crecimiento y permiten el seguimiento del peso relativo de un niño desde la infancia a la adolescencia. Los participantes fueron categorizados como sobrepeso cuando el percentil era superior a 85. La media del IMCz fue de 20,01 ( $DT = 0,31$ ) para el grupo OS y de 3,0 ( $DT = 1,7$ ) para el grupo NOS. Las diferencias entre grupos fueron estadísticamente significativas  $F(1,75) = 33,8$ ;  $p < 0,001$ .

### *Instrumentos*

*Inventario de depresión infantil-The Child Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 1985). Cuestionario de depresión para niños auto-administrado compuesto por 27 ítems. Las puntuaciones van de 0 (no depresión) a 2 (depresión). Esta medida cuenta con propiedades psicométricas robustas (Curry y Craighead, 1993). Para este estudio se ha utilizado la versión española de Del Barrio y Carrasco (2004), que muestra buena fiabilidad y validez, con un  $\alpha$  de Cronbach= 0,80 (Del Barrio y Carrasco, 2004).

*Inventario de Ansiedad Infantil Estado-Rasgo-The State and Trait Anxiety Inventory for Children* (STAI-C; Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 1973). Cuestionario que mide síntomas de ansiedad en niños. Está compuesto por dos escalas autoaplicadas de 20 ítems cada una. En este estudio, sólo se ha utilizado la escala rasgo. Se ha utilizado la versión española validada para ser utilizada en edades comprendidas entre 9 y 15 años (Seisdedos, 1990). Esta escala ha mostrado buenas propiedades psicométricas, con  $\alpha$  de Cronbach de 0,78 para los chicos, y de 0,81 para las chicas.

*Inventario de Autoestima-The Self-Esteem Inventory* (SEI; Pope, McHale y Craighead, 1988). Está compuesto por 60 ítems con tres tipos de respuesta (Casi siempre, Algunas veces, Casi nunca), y mide el auto-estima en cinco áreas: Global, Académica, Corporal, Familiar y Social. Este instrumento no ha sido

validado en muestra española, pero decidimos utilizarlo porque nos pareció el instrumento más adecuado desde un punto de vista clínico para medir la autoestima a través de diversos factores. Para este estudio se utilizó la versión española traducida (Pope, McHale y Graighead, 1988).

*Escala de Satisfacción con áreas del cuerpo-Body Areas Satisfaction Scale (BASS)* (Cash, 1991). Escala auto-administrada que mide satisfacción con 9 partes del cuerpo en una escala que va de 1 (muy insatisfecho) a 5 (muy satisfecho). Se ha utilizado la versión española validada por Raich (2001). Esta escala tiene buenas propiedades psicométricas, con un  $\alpha$  de Cronbach de 0,81 (Cash, 1991).

### Procedimiento

El grupo Obesidad/Sobrepeso (OS) fue seleccionado por los pediatras de la unidad de riesgo cardiovascular del Hospital General Universitario de Valencia (España). Los niños del grupo OS iban a la unidad de pediatría buscando un tratamiento de pérdida de peso. Los niños eran seleccionados a partir de la disponibilidad de los padres. Para que los niños entraran en el estudio los padres de los niños tenían que firmar un consentimiento informado para llevar a cabo una evaluación. En el caso de no aceptar los niños no eran evaluados. El grupo de niños NOS fue seleccionado de algunos colegios del área metropolitana de la ciudad de Valencia. También se pidió un consentimiento informado de los padres para evaluar a los niños. El peso y la altura del grupo OS fueron tomados por el personal de la unidad de pediatría, mientras que en el grupo NOS fue tomado por los investigadores desplazados, en el mismo momento de la evaluación.

## RESULTADOS

### *Diferencias entre grupos*

Para analizar las diferencias entre grupos en las variables estudiadas, se realizó una prueba *t* de Student para variables independientes. Los

resultados (ver tabla 1) muestran como el grupo de niños con OS mostró de forma significativa mayores síntomas de ansiedad, mayor insatisfacción corporal, así como menor autoestima global y académica comparado con el grupo NOS. Además, la prueba *t* también se aplicó a los ítems del cuestionario BASS, para saber las partes específicas del cuerpo donde se encontraban las diferencias. El grupo de niños OS mostró mayor insatisfacción corporal de forma significativa en la parte baja del cuerpo (nalgas, caderas, muslos, piernas), en el peso y en el aspecto global. Las diferencias entre grupos fueron significativas en las partes del cuerpo que eran susceptibles de ganar volumen por acumulación de grasa corporal. Con el objetivo de analizar el efecto potencial de la insatisfacción corporal sobre estas partes del cuerpo se creó un factor llamado BASSOB que incluía estos ítems.

No se observaron diferencias significativas respecto a la sintomatología depresiva, ni tampoco aparecieron diferencias significativas entre grupos en autoestima académica, familiar y social (ver Tabla 1).

Para analizar diferencias en función del sexo se utilizó una prueba ANOVA  $2 \times 2$  (niños vs. Niñas; OS vs. NOS) para analizar las diferencias entre niños y niñas en las variables estudiadas. Los resultados mostraron diferencias significativas entre géneros en autoestima global ( $F(1,87) = 5,14; p = 0,026; \mu^2 = 0,05$ ) y académica ( $F(1,81) = 6,82; p = 0,011; \mu^2 = 0,07$ ); los chicos puntuaron más alto en estas medidas. Los resultados también mostraron diferencias significativas en la satisfacción de las partes del cuerpo susceptibles de ganar volumen por acumulación de grasa corporal ( $F(1,86) = 4,34; p = 0,40; \mu^2 = 0,04$ ), y en insatisfacción corporal general ( $F(1,86) = 5,72; p = 0,019; \mu^2 = 0,06$ ), mostrando las chicas mayor insatisfacción corporal. Sólo hubo una interacción significativa, para la variable autoestima social ( $F(1,83) = 5,92; p < 0,005; \eta^2$  parcial = 0,06), que mostraba como el grupo de chicos NOS puntuó más alto en autoestima social que el grupo de chicos OS, mientras en el grupo de las chicas no había diferencias entre los grupos OS y NOS.

Tabla 1. Puntuaciones medias para una muestra de niños con sobrepeso/obesidad y sin sobrepeso/obesidad en escalas psicopatológicas

	No Sobrepeso/obesidad (n = 44)	Sobrepeso/obesidad (n = 45)	t	μ <sup>2</sup>
	Media (DT)	Media (DT)		
CDI	14,2 (9,2)	13,5 (7,2)	-,38	0,00
STAI-C	32,6 (6,8)	36,8 (8,2)	2,60*	0,07
BASS	32,6 (5)	27,1 (5,9)	-4,68**	0,20
Escalas de autoestima				
General	14,5 (3,5)	12,7 (3,6)	-2,20*	0,05
Corporal	12,5 (4,2)	11,2 (3,9)	-1,46	0,02
Social	14,2 (3,4)	13,8 (2,9)	-0,51	0,00
Familiar	14,1 (4,5)	14,2 (4,2)	0,12	0,00
Académica	12,5 (3,9)	9,2 (2,7)	-4,53**	0,19
BASS por ítems				
1 Cara (rasgos faciales, rasgos de piel)	3,72 (,97)	3,65 (1)	-,31	0,01
2 Cabello (color, textura, grosor)	3,99 (4,22)	4,22 (,96)	1,09	0,02
3 Parte baja del cuerpo (nalgas, caderas, muslos, piernas)	3,5 (,87)	2,36 (3,5)	-4,82**	,21
4 Parte media (cintura, estómago)	3,54 (,99)	2,27 (1,16)	-5,49**	0,26
5 Parte alta del torso (pechos, hombros, brazos)	3,61 (1,06)	3,04 (1,36)	-2,18*	0,05
6 Tono muscular	3,4 (1,04)	3,31 (1,39)	-0,34	0,00
7 Peso	3,45 (1,17)	1,81 (1,16)	-6,56**	0,33
8 Altura	3,77 (1,03)	3,81 (1,28)	0,18	0,00
9 Aspecto global apariciencia física general	3,64 (,93)	2,63 (1,25)	-4,25**	0,17

Nota. CDI= Inventario de depresión infantil; STAI-C= Inventario de Ansiedad estado-rasgo infantil; C-BEDS= Escala infantil de trastorno de atracón; BASS= Escala de satisfacción con áreas corporales.  
\*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001.

### Análisis correlacional

Con el objetivo de analizar las relaciones entre las variables de interés se llevó a cabo un análisis de correlaciones mediante la prueba de Pearson para ambos grupos (OS y NOS) de forma separada.

El IMCz no correlacionó de forma significativa con ninguna otra variable (ver Tabla 2). En el grupo OS, la satisfacción corporal apareció asociada negativamente con ansiedad ( $r = -0,39$ ), con autoestima académica ( $r = 0,36$ ;  $p = 0,015$ ) y con autoestima corporal ( $r = 0,37$ ;  $p = 0,013$ ). Para el grupo NOS (ver Tabla 2) la

satisfacción corporal estuvo asociada con sintomatología depresiva ( $r = -0,53$ ;  $p > 0,001$ ), ansiedad ( $r = -0,37$ ;  $p = 0,012$ ), y con la mayoría de los factores de autoestima. La insatisfacción corporal global y la específica con las partes del cuerpo susceptibles de ganar volumen por acumulación de grasa corporal (BASSOB) mostraron un patrón similar en ambos grupos.

### Análisis discriminante

Se utilizó un análisis de la función discriminante para determinar qué variables discrimi-

Tabla 2. Correlaciones entre las escalas alimentarias y psicopatológicas y autoestima en la muestra de obesidad/sobrepeso y no obesidad/sobrepeso

Sobrepeso/obesidad	IMCz	1	2	3	4	5	6	7	8
BASS (1)	-0,130								
BASSOB (2)	-0,025	-0,89**							
STAI (3)	0,122	-0,39**	-0,47**						
CDI (4)	-0,078	-0,12	-0,24	0,47**					
Global (5)	0,036	0,20	0,27	-0,46**	-0,64**				
Académica (6)	0,102	0,36*	0,42**	-0,32**	-0,43**	0,51**			
Corporal (7)	0,117	0,37*	0,32*	-0,29	-0,07	0,31**	0,20		
Social (8)	-0,077	0,04	-0,03	-0,28	-0,46**	0,52**	0,27	0,11	
Familiar (9)	0,086	0,12	0,17	0,04	-0,56**	0,42**	0,19	-0,00	-0,01
No sobrepeso/obesidad									
BASS (1)	-0,12								
BASSOB (2)	-0,11	,90**							
STAI (3)	0,29	-0,37*	-0,30						
CDI (4)	-0,01	-0,53**	-0,50**	0,28					
Global (5)	0,09	0,64**	0,49**	-0,48**	-0,77**				
Académica (6)	0,14	0,76**	0,71**	-0,26	-0,56**	0,68**			
Corporal (7)	-0,10	0,47**	0,35**	-0,40**	-0,34**	0,44**	0,39*		
Social (8)	-0,02	0,29	0,18	-0,27*	-0,68**	0,69**	0,27	0,16	
Familiar (9)	0,07	0,53**	0,40**	-0,26*	-0,81**	0,73**	0,56**	0,42**	0,62**

Nota. CDI= Inventario de depresión infantil; STAI-C= Inventario de Ansiedad estado-rasgo infantil; C-BEDS= Escala infantil de Trastorno de Atracción; BASS= Escala de satisfacción con áreas corporales; BASSOB= Escala de satisfacción con áreas corporales susceptibles de ganar volumen.

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ .

naban entre los dos grupos naturales (OS y NOS). El objetivo era determinar cual de ellos contribuiría más para discriminar entre grupos. Las variables que se incluyeron en el análisis fueron (ver Tabla 3) satisfacción corporal, depresión, ansiedad y autoestima.

$p < 0,001$ ) e incluyó exclusivamente la satisfacción corporal. La correlación canónica de la función discriminante fue de 0,655. En términos de la capacidad de clasificación, el 77% de los casos originales fueron correctamente clasificados en el grupo OS.

Tabla 3. Función discriminante

	Función 1
Satisfacción corporal (BASS)	0,668
Autoestima académica	0,352
Ansiedad	-0,210
Autoestima Global	0,119

La función discriminante final (ver Tabla 4) fue estadísticamente significativa (Wilks'  $\lambda = 0,571$ ;

## DISCUSIÓN

Este es el primer estudio que ofrece datos sobre el perfil psicopatológico de una muestra de niños con obesidad o sobrepeso provenientes de población pediátrica Española. Nuestros resultados muestran que hay pocas diferencias en características psicopatológicas entre el grupo de niños con obesidad/sobrepeso y el normopeso. Comparados con el grupo NOS, el grupo

Tabla 4. Resultados del Análisis discriminante: predicción de la obesidad con la satisfacción corporal

Pertenencia a grupo original	Predicción de pertenencia a grupo		Total
	No obesidad/sobrepeso	Obesidad/sobrepeso	
No obesidad/sobrepeso	29 (78,4%)	8 (21,6%)	37 (100%)
obesidad/sobrepeso	9 (23,1%)	30 (76,9%)	39 (100%)

Correctamente clasificados el 77,6% de los casos originales

OS mostró mayor ansiedad, más insatisfacción corporal en las áreas del cuerpo susceptibles de ganar volumen por acumulación de grasa corporal, y menor autoestima general y académica. Sin embargo, no hay diferencias entre grupos en depresión, ni en autoestima social, familiar y corporal.

Con respecto a la ansiedad, los resultados son consistentes como investigaciones previas (Ereerms et al., 2004; Vila et al., 2004). El grupo OS muestra niveles más altos de ansiedad que el grupo NOS, y además, esta variable aparece asociada positivamente con insatisfacción corporal y sintomatología depresiva, y negativamente asociada a la autoestima global y académica. Estos resultados ponen de relieve que la ansiedad debe tenerse en cuenta y ser incluida en los protocolos de evaluación de la obesidad infantil.

Aparecen también diferentes entre grupos en la autoestima. El grupo de niños con Obesidad/sobrepeso puntuó más bajo en los factores autoestima global y académica. Estos resultados van en la línea de investigaciones previas (Braet et al., 1994; O'Dea, 2006). Llama la atención que sea la autoestima académica en la que aparecen diferencias, este factor de la autoestima se refiere al nivel de aceptación y valor que el niño siente en el ambiente académico. Este resultado puede deberse a la posible estigmatización o burlas que puedan sufrir en el entorno académico.

Con respecto a la insatisfacción corporal, el grupo OS está más insatisfecho con su cuerpo que el grupo NOS. Además, los datos indican que ésta es la variable que mejor discrimina entre el grupo con obesidad o sobrepeso y el normopeso. Estos resultados apoyan las investigaciones previas (Young-Hymann et al., 2006), pero nuestros datos además indican que

hay diferencias en insatisfacción corporal en áreas específicas en las partes del cuerpo que son susceptibles de ganar volumen por acumulación de grasa corporal. De acuerdo con investigaciones previas (Lopes de Sousa, 2008), este trabajo vuelve a poner de manifiesto la importancia de estas características psicopatológicas en obesidad, así como la necesidad de tenerlas en cuenta en la evaluación y tratamiento de la obesidad infantil.

En cuanto a la depresión, los datos tampoco indicaron diferencias significativas entre los grupos. Sin embargo, se encontró una relación significativa entre sintomatología depresiva e insatisfacción corporal en el grupo sin obesidad/sobrepeso, mientras que en el grupo con obesidad/sobrepeso esta relación no apareció. Una posible explicación podría ser que una vez la obesidad/sobrepeso se ha establecido en los niños, la relación entre la insatisfacción corporal y la depresión cambia, es decir, que esta relación no tiene una estructura lineal. Quizá haya una variable que este mediando entre estos factores. Una explicación alternativa es que la insatisfacción corporal del grupo OS tiene una estructura diferentes que el grupo NOS, y los instrumentos utilizados no son suficientemente sensibles para capturar esta sutileza. Estos resultados van en la línea de estudios previos donde se utiliza la misma escala (Tanofsky-Kraff et al., 2004). Sin embargo, como ya hemos planteado la investigación sobre la relación entre obesidad y depresión es contradictoria y hay estudios que han encontrado mayor sintomatología depresiva en grupos de niños con obesidad comparado con grupos sin obesidad (Ereerms et al., 2004; Vila et al., 2004). Markowitz, Friedman y Rutgers (2008) han sugerido que tal vez haya algunos mecanismos por los cuales la obesidad genera un riesgo de

depresión, como la insatisfacción corporal, la baja autoestima o el estigma social. Tal vez la obesidad no siempre está asociada con sintomatología depresiva, sino sólo cuando todas estas variables están implicadas.

Respecto a las diferencias en género, los resultados muestran que en general los chicos puntúan más alto que las chicas en autoestima Global y Académica, y las chicas puntúan más alto que los chicos en insatisfacción corporal, en la línea de las investigaciones previas (O'Dea, 2006). Cuando tenemos en cuenta la obesidad/sobrepeso, solo hay aparece un efecto significativo para el factor autoestima social; el grupo de los chicos no obesos puntúan más alto que los chicos obesos en autoestima social, mientras que las chicas muestran puntuaciones similares en esta variables, no habiendo diferencias entre obesos y no obesos.

Por último, se deben resaltar algunas limitaciones del presente estudio. La más importante es que el tamaño de la muestra es pequeño, y el rango de edad que se ha analizado muy amplio. Otra limitación es la selección de los instrumentos. Como se ha comentado previamente, la selección de los instrumentos se ha hecho a partir de su interés clínico, aunque también ha afectado el hecho de que hay pocos instrumentos diseñados y validados en población infantil española para la medida de aspectos psicológicos relacionados con la obesidad. Otra limitación es la referente al origen de la muestra; el grupo de niños con OS provenían de una unidad de pediatría de un hospital público, donde muchos niños van a recibir un tratamiento para la obesidad y enfermedades asociadas. Como Braet (1996) comenta, es más probable encontrar características psicopatológicas en grupos de niños con obesidad o sobrepeso que buscan tratamiento porque debido a la presencia de estos síntomas muchos padres tienen dificultades para manejar la obesidad de sus hijos; la búsqueda de ayuda hospitalaria puede ser una forma de afrontar este problema. Además, otros estudios han mostrado como la población de niños con obesidad o sobrepeso no clínica no se diferencia con la población de niños con obesidad o sobrepeso

no clínica en psicopatología o autoestima (Braet et al., 1997; Eremis et al., 2004). Con el objetivo de establecer conclusiones más robustas, hubiera sido preferible incluir un grupo de niños con Obesidad o Sobrepeso no clínico en el estudio.

Como conclusión, los resultados del presente estudio muestran la importancia de la autoestima, la satisfacción corporal y la ansiedad como variables a ser incluidas en los protocolos de evaluación de la obesidad. La evaluación del patrón psicopatológico y psicológico característico de la obesidad infantil es esencial para diseñar intervenciones enfocadas a la pérdida de peso adaptadas a las necesidades individuales de los niños con obesidad o sobrepeso. Se hace necesario clarificar las dificultades psicológicas o síntomas que podrían afectar a la efectividad de los tratamientos de pérdida de peso.

De acuerdo con la EASO (2002), los gobiernos deben luchar contra la obesidad mejorando los tratamientos basados en la evidencia. Es bien sabido entre los pediatras que los tratamientos de pérdida de peso deberían ir más allá de la educación nutricional y sobre actividad física (Saelens y Liu, 2007), y en este ámbito las terapias cognitivo-conductuales son muy interesantes ya que trabajan otras variables psicológicas relevantes (Jelalian y Saelens, 1999). También es importante establecer que aspectos psicopatológicos y psicológicos están implicados en la obesidad infantil, y analizar que variables podrían estar influyendo en el posible éxito o fracaso sobre las estrategias de tratamientos. En pacientes obesos adultos, la presencia de psicopatología es un predictor potente de fracaso en los programas de pérdida de peso (De Panfilis et al., 2007), al igual que en obesidad infantil (Braet, 2006). Es necesaria, por tanto, más investigación para comprender mejora la relación entre psicopatología y obesidad. Está claro que hay algunas características psicológicas implicadas en la obesidad infantil que deberían ser tomadas en cuenta para comprender los procesos que median entre la obesidad o sobrepeso infantil y los factores ambientales.



## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition*. Washington, DC.
- Anderson S.E., Cohen P., Naumova E.N. y Must A. (2006). Association of depression and anxiety disorders with weight change in a prospective community-based study of children followed up into adulthood. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 160, 285-291.
- Braet, C. (2006) Patient characteristics as predictors of weight loss after an obesity treatment for children, *Obesity*, 14, 148-155.
- Braet C., Mervielde I. y Vadereycken W. (1997). Psychological Aspects of Childhood Obesity: A controlled Study in a Clinical Sample. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 59-71.
- Cash, T.F. (1991). *Body image therapy: A program for self-directed change*. New York: Guilford Press.
- Curry J. F. y Craighead W. E. (1993). Depression. T. H. Ollendick y M. Hersen, Editors, *Handbook of Child and Adolescent Assessment*, Allyn Bacon, Boston.
- De Panfilis C., Cero S., Dall'Aglio E., Salvatore, P., Torre M.T. y Maggini C. (2007). Psychopathological predictors of compliance and outcome in weight-loss obesity treatment. *Acta Biomed*, 78, 22-28.
- Del Barrio, M.V. y Carrasco, M.A. (2004). *Manual del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs*. Madrid: TEA-Ediciones.
- Duncan J., Al-Nakeeb, Y., Nevill A.M. y Jones M. (2006). Body Dissatisfaction, Body fat and physical activity in British Children. *International Journal of Pediatric Obesity*; 1, 89-95.
- Eddy K., Tanofsky-Fraff M., Thompson-Brenner H., Herzog D., Brown T. y Ludwig D. (2007). Eating disorder pathology among overweight treatment seeking youth: clinical correlates and cross-sectional risk modelling. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2360-2371.
- Ereem S., Cetin N., Tamar M., Bukusoglu N., Akdeniz F. y Goksen D. (2004) Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents? *Pediatrics International*, 46, 296-301.
- European Association for the Study of Obesity (2003). Obesity in Europe: The case for Action Recuperado el 5 Abril de 2008 de www.iotf.org.
- Guo S.S., Wu W., Chumlea W.C. y Roche A.F. (2002). Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence. *American Journal of Clinical Nutrition*, 76, 653-658.
- Jelalian E. y Saelens B.E. (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology: pediatric obesity. *Journal of Pediatric Psychology*, 24, 223-248.
- Israel A.C. e Ivanova M. (2002). Global and dimensional Self-Esteem in Preadolescent and Early Adolescent Children who are overweight: Age and Gender Differences. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 424-429.
- Kovacs M. (1985). The children depression inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 995-98.
- Merino, H., Godás, A. y Pombo, M.G. (2002) Alexitimia y características psicológicas asociadas a actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 35-44.
- Ministerio de Salud y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud (ENS)*. Madrid: Ministerio de Salud y Consumo, 2006.
- Muñiz, J. y Hambleton, R. K. (1996). Directrices para la traducción y adaptación de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 66, 63-70.
- Pine D.S., Goldstein G., Wolk S. y Weissman M. (2001) The Association Between Childhood Depression and Adulthood Body Mass Index. *Pediatrics*, 107, 1049-1056.
- Pope A.W., McHale, S.M. y Graighead, W.E. (1988). *Self-esteem enhancement with children and adolescents*. Ed. Pergamon Press. (Edición española: *Mejora de la auto-estima: Técnicas para niños y adolescentes* (1996). Ed. Martinez-Roca.)
- Raich, R.M. (2001). *Imagen corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Richardson L.P. Garrison M.M., Drangsholt M., Mancl L. y LeResche L. (2006). Associations between symptoms and obesity during puberty. *General Hospital Psychiatry*, 28, 313-320.
- Saelens B.E. y Liu L. (2007) Clinician's comment on treatment of childhood overweight meta-analysis. *Health Psychology*, 26, 533-536.
- Sánchez, A., Hurtado, F., Colomer, J., Saravia, S., Monleón, J. y Soriano, A. (2000) Actitud alimentaria anómala y su relación con la imagen corporal en una muestra urbana de adolescentes valencianos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5, 191-206.
- Seisdedos, N. (1990). *STAI-C, Cuestionario de Autoevaluación*. Madrid. TEA Ediciones S.A.
- Spielberger C.D., Gorsuch R.L. y Lushene W.G. (1973). *Manual for the State Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-C)*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Tanofsky-Kraff M., Yanovsky S.Z., Wilfley D.E., Marmarosh C., Morgan C.M. y Yanovsky J.A. (2004). Eating-Disordered behaviors, body fat, and psychopathology in overweight and normal weight children. *International Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 53-61.
- Vila, G., Zipper, E., Dabbas, M.D., Bertrand, C., Robert, J.J., Ricour, C. y Mouren-Simeoni, M.D. (2004). Mental Disorders in Obese Children and Adolescent. *Psychosomatic Medicine*, 66, 387-394.