

Evaluación de la manifestación de ansiedad y depresión en niños con sobrepeso y obesidad en un campo de verano

Assessment of anxiety and depression manifestations in overweight and obese children in a summer camp

Edith Pompa Guajardo¹ y Blanca Idalia Montoya Flores¹

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue evaluar la manifestación de ansiedad y depresión en niños con sobrepeso y obesidad al inicio y final de las actividades en un campo de verano. Se realizó un estudio de corte transversal con veinte niños, con diseño test-retest. Se utilizó el Cuestionario de Depresión para Niños y la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños. Los resultados muestran diferencias significativas en la aplicación de ambos cuestionarios y en las dos condiciones. Se sugiere la inclusión de los padres en una intervención multidisciplinaria para que el tratamiento de niños con sobrepeso y obesidad sea eficaz.

Palabras clave: Sobrepeso; Obesidad infantil; Depresión; Ansiedad.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the manifestation of anxiety and depression in overweight and obese children from the beginning to the end of the activities realized in a summer camp. A cross-sectional study, with a test-retest design, that included twenty children, was carried out. The tests used were the Depression in Children Questionnaire and the Expressed Anxiety Scale in Children. Results show that there are significant differences in the application of both tests, verified by the Chi-square. We can see, from the results, that it is necessary to include parents in a multidisciplinary intervention for effective treatment of children suffering from overweight and obesity.

Key words: Overweight; Obese kids; Depression; Anxiety.

INTRODUCCIÓN

La obesidad es un exceso de grasa corporal cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo. En los últimos años ha sido considerada mundialmente como una enfermedad, llegando a grados de epidemia, por lo que es importante recalcar el aspecto preventivo de tal patología (Chandler y Rovira, 2002).

En la mayoría de los casos la obesidad infantil se debe a la llamada obesidad simple, exógena, hiperfágica o primaria. En general, se considera que un niño tiene sobrepeso cuando el percentil se halla entre

¹ Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Mutualismo 110, Col. Mitras Centro, 64460 Monterrey, N.L., México, tel. (81)83-33-78-59, fax (81)83-48-37-81, correos electrónicos: edithpompag@gmail.com y blancamontoya34@yahoo.com. Artículo recibido el 16 de febrero y aceptado el 13 de septiembre de 2009.

85 y 95 del peso que corresponde a un niño de su misma talla y sexo, mientras que la obesidad está por arriba del percentil 95 (Committee on Nutrition of the American Academy Pediatrics, 1998).

Se ha señalado a la obesidad como la principal manifestación de la transición epidemiológica del siglo XXI, y en nuestro país ha alcanzado graves proporciones. Dicho proceso consiste en una importante reducción en la prevalencia de enfermedades infecciosas y desnutrición, acompañada de un incremento sorprendente del sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónico-degenerativas (Olaiz, Rivera, Shaman y cols., 2006).

El sobrepeso y obesidad son problemas de salud de alta prevalencia; en los últimos años la obesidad ha ido en aumento, desplazando a la desnutrición, y en algunas partes del mundo se ha convertido en el principal problema nutricional, al grado de considerarse una pandemia que afecta a más de mil millones de personas (American Obesity Association, 2000).

Ugalde, Patino, Elizondo y Borbolla (2009) hallaron que más de 41.29% de los niños de las áreas suburbana y urbana la ciudad de Monterrey (México) padecen obesidad o sobrepeso, índice 15.29% superior a la media nacional obtenida en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENASUT) de 2006 (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006), que es de 26%.

Algunos autores consideran los factores psicológicos como causantes de la obesidad, mientras que otros, como Jiménez y Borjau (1997), la suponen una consecuencia de la discriminación social hacia el obeso.

Es necesario puntualizar que, en México, la obesidad infantil se ha vuelto un problema de salud pública y alcanza ya el primer lugar mundial; lo importante de ello son las consecuencias a corto plazo, como alteraciones del sueño, asma, pobre imagen de sí mismo, ansiedad y demás; en el largo plazo produce un aumento paralelo de enfermedades crónicas asociadas, como hipertensión arterial, dislipidemias, diabetes mellitus tipo 2, aterosclerosis, problemas ortopédicos (pie plano y escoliosis), problemas psicosociales derivados de la falta de aceptación social y baja autoestima, observándose lo anterior a edades cada vez más tempranas en la infancia (Silvestri y Stavile, 2005).

Algunas de las dinámicas psicológicas fueron estudiadas por Kay (1981), quien, apoyado en la teoría de Bowlby (1980, 1988) acerca del concepto de "apego infantil" como característica del desarrollo psicológico, halló que los niños con obesidad mostraban mayor ansiedad, un pobre concepto de sí mismos, mayor dependencia hacia un objeto (madre) y una imagen corporal distorsionada en comparación con los niños no obesos.

La obesidad es un problema que requiere de una atención integral que abarque todos los aspectos involucrados en su génesis; el objetivo del tratamiento, que es individual, debe lograr y mantener hábitos nutricionales y estilos de vida que permitan un equilibrio constante entre la ingesta y el gasto calórico y que corrijan o prevengan alteraciones metabólicas, ya que éstas perpetúan la obesidad y preceden a las enfermedades crónicas del adulto asociadas al sobrepeso; se observa de manera alarmante el desarrollo de diabetes tipo 2 en niños, resultado, por un lado, de la herencia, pero más determinante aún es la obesidad (American Obesity Association, 2000).

La familia es una pieza clave para el éxito del tratamiento, pues es la que facilita o impide en un momento dado el control del peso y el cambio en los hábitos de alimentación, según el estudio realizado por Hafetz (2007), en el cual midió el efecto del conocimiento sobre el cuidado de la salud y la conducta en niños y sus padres, concluyendo que hay al parecer una transmisión intergeneracional de dicho conocimiento. Hagin (2006), a su vez, refiere que el entorno familiar desempeña un rol significativo en relación con la comida, la conducta y los síntomas de depresión en los niños obesos.

Por lo anterior, es importante abordar el aspecto psicológico de la obesidad y el sobrepeso, pues muchos trastornos del apetito encubren disfunciones familiares o problemas de autoestima y sociabilidad, los que pueden influir en la ingesta y la actividad física. El efecto en la autoestima, característico de los niños con obesidad, es señalado por Paxton (2005), quien indica que la obesidad infantil tiene un riesgo significativo para el desarrollo de problemas de salud, pero también para los aspectos psicológico y social, en los que la baja autoestima se asocia con frecuencia a la depresión.

Así, el objetivo de este trabajo fue estudiar la eficacia de la atención multidisciplinaria que se brinda en un campo de verano para niños con sobrepeso y obesidad, en quienes se evaluó la presencia de manifestaciones de ansiedad y depresión, antes y después de permanecer en un campamento de verano, e identificar si la atención multidisciplinaria brindada permitió disminuir niveles de depresión y ansiedad en estos niños.

MÉTODO

Participantes

Para cumplir con el objetivo de esta investigación, se trabajó con un diseño transversal utilizando una muestra probabilística, compuesta por 21 niños que mostraban sobrepeso u obesidad exógena, de los cuales 16 eran niños (76.2%) y cinco niñas (23.8%), cuya edad media fue 9.71 años, con mediana de 10.00 y desviación estándar de 1.736, y con una media de escolaridad de 4.38 grados, mediana de 5.0 y desviación estándar de 1.746.

Instrumentos

La evaluación se hizo de forma basal mediante dos tests psicológicos; el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS), de Lang y Tisher (1997), y la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R), de Reynolds y Richmond (1997). El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS, versión 13.0 para Windows, y para analizarlos se les aplicó un análisis de varianza de una vía de medidas repetidas; se empleó el análisis de varianza de Friedman para determinar las diferencias significativas.

Procedimiento

Al inicio y al final del campo de verano de cinco días de duración, se aplicaron a los niños ambas escalas de manera voluntaria y, posteriormente, se continuó la intervención multidisciplinaria con una duración de seis meses, con intervenciones psicológicas grupales mensuales, y dos sesiones más con los padres que aceptaron participar en el programa

durante la duración del programa del campo de verano.

RESULTADOS

En cuanto a los resultados obtenidos en las variables estudiadas, se realizó el análisis estadístico de la anova de Friedman para muestras relacionadas con el fin de contrastar las diferencias entre las manifestaciones de la ansiedad y depresión, encontrándose que hubo diferencias significativas en ambas escalas, comprobándose mediante el estadístico de la Chi-cuadrado ($X^2 = 197.601$; $gl = 29$; Sig. asintót. .000; $p \geq 0.00$).

A continuación se describen las diferencias de los rangos promedios en los resultados de la CMAS-R y la CDS. Se encontró que en la primera, total, hubo una puntuación mayor, es decir, una diferencia entre la primera aplicación y la última, lo que sugiere menores índices de ansiedad después de la intervención en el campamento de verano (Tabla 1).

Asimismo, en la Tabla 1 se presentan los resultados de las siguientes subescalas:

Ansiedad fisiológica, que evalúa el índice de expresión del niño hacia manifestaciones físicas de la ansiedad, sugiere que el menor tiene cierta clase de respuestas fisiológicas que típicamente se experimentan durante la ansiedad.

Inquietud/hipersensibilidad, que denota a una persona miedosa, nerviosa o hipersensible a presiones ambientales; en esta subescala aumentó el índice de ansiedad en ambas aplicaciones, por lo que se muestra una pequeña diferencia, lo que puede indicar que el niño internaliza gran parte de la ansiedad experimentada y, por tanto, puede agobiarse al tratar de liberar esta ansiedad.

En la subescala de Preocupaciones Sociales, los datos expresan una preocupación acerca de la autocomparación con otras personas o cierta dificultad con otros. Los resultados indican un menor índice de concentración, preocupación por sentir que no son tan buenos, efectivos o capaces, lo que fue significativo en la última aplicación después de la intervención.

La subescala de Mentira indica que los menores manifiestan una conducta ideal, expresada

en una variedad de maneras diferentes como una necesidad de deseabilidad o aceptación social. Aquí,

el puntaje entre la primera aplicación y la última aumentó.

Tabla 1. Escala de Manifestación de la Ansiedad (CMAS-R).

Escala	Rango promedio primera aplicación	Rango promedio última aplicación
Ansiedad total	20.58	19.50
Ansiedad fisiológica	23.68	20.83
Inquietud/hipersensibilidad	19.23	20.33
Preocupaciones sociales/concentración	19.60	16.28
Mentira	20.78	21.23

La CDS consta de dos subescalas totales: Total depresivo y Total positivo. En la primera se nota la diferencia en la disminución de los niveles de ansiedad y depresión (Tabla 2)

La subescala de Total depresivo consta de Respuesta afectiva, que alude al estado de humor de los sentimientos del sujeto; Problemas sociales, que se refiere a las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño; Autoestima, que se relaciona con la intensidad de sentimientos, conceptos y actitudes de tipo negativo en relación con su propia estima y valor; Preocupación por la muerte/salud, que alude a los sue-

ños y fantasías del niño en relación con su enfermedad y muerte; Sentimiento/culpabilidad, que se refiere a la autopunición del niño, y Depresivos varios, que incluye aquellas cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una entidad. Total positivo es el puntaje general de esta escala, y la subescala de Ánimo-alegría se refiere a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño o en su capacidad para experimentarlas. En todas ellas se halló una reducción significativa entre la primera y la segunda aplicación, tal como se muestra en la tabla.

Tabla 3. Escala de Depresión.

Escala	Rango promedio primera aplicación	Rango promedio última aplicación
Total depresivo	11.08	6.80
Respuesta afectiva	13.35	9.10
Problemas sociales	15.58	10.85
Autoestima	14.35	8.60
Preocupación muerte/salud	16.63	13.85
Sentimiento/culpabilidad	11.63	7.78
Total positivo	21.28	16.95
Animo/alegría	15.80	11.78

DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, se observó una disminución en la ansiedad y depresión en el inicio y al final del campo de verano, esto probablemente por la convivencia con niños iguales a ellos en donde se dio un proceso de identificación en donde ellos expresan sus sentimientos con respecto a su obesidad, es decir, ser escuchados sin ser juzgados o criticados. Estos resultados se relacionan con el estudio de Yeste,

García, Gussinyer y cols. (2008), que establece que la obesidad infantil es un problema difícil de resolver aisladamente en la práctica clínica, donde los aspectos fundamentales a trabajar son la modificación de los hábitos alimentarios, la promoción e incremento de la actividad física y el soporte emocional necesario.

Respecto a la preocupación social, la auto-comparación y las dificultades en la concentración, los resultados muestran un baja considerable entre el inicio y el final de la estadía en el campo

de verano, lo que se relaciona con la investigación de Swaye y Dermott (2008) acerca de algunas de las implicaciones sociales, como el *bullying* y las burlas de la familia y la sociedad en general hacia el niño obeso. Lo anterior también se relaciona con el puntaje obtenido en la escala de Mentira, en la cual lo que se evalúa es el deseo de una conducta ideal para ser aceptado o el deseo de agrandar a los demás; aquí, el puntaje aumentó en lugar de disminuir entre la primera aplicación y la segunda, lo que quiere decir que los menores manifiestan el deseo de ser aceptados por los demás, lo que está muy relacionado con el estudio realizado por Hagin (2006), que muestra que la familia desempeña un importante papel en este rubro, ya que el niño, al mismo tiempo que aprende hábitos de alimentación, asigna simbólicamente a los alimentos un cierto valor.

Zwiauer (2000) encontró que la intervención terapéutica mediante programas de tratamiento y prevención del sobrepeso y la obesidad infantil en niños y adolescentes es más efectiva en grupos, por lo que los campos de verano sirven para modificar los hábitos de alimentación, promover el ejercicio y promover estilos de vida saludables mediante regímenes terapéuticos multidisciplinarios.

También estos resultados son similares a los observados por Tanofsky-Kraff, Cohen, Yanovski y cols. (2010) en lo que se refiere a que los factores

psicológicos relacionados con el comer, la dieta y los síntomas depresivos predisponen a la ganancia de peso en los niños con sobrepeso y obesidad; el punto central de este estudio fue la intervención hecha para prevenir que el niño llegue a desarrollar la obesidad en la vida adulta.

Dado el incremento en el desarrollo de la obesidad infantil en los últimos años, resulta necesario trabajar en forma multidisciplinaria a fin de que se abarquen en cada uno de los aspectos de la vida del niño, donde la familia es la parte más importante ya que es en ella donde el niño aprende lo que debe comer (Laurel, 2008).

Es de igual importancia fomentar la participación de la sociedad a fin de que cobre conciencia de este problema de salud infantil, donde se involucren los medios de comunicación y las autoridades escolares para promover a través de la enseñanza estilos de vida más saludables, aumentar la actividad física y la venta de alimentos saludables en las cooperativas escolares.

Es urgente valorar la importancia de una atención integral, donde cada uno de los protagonistas (padres, sector salud, escuela) trabajen en forma conjunta para la atención y prevención de esos graves problemas de salud que son el sobrepeso y la obesidad infantil, cada vez más frecuentes en nuestro país.

REFERENCIAS

- American Obesity Association (2000). *Cecil Textbook of Medicine* (21th ed.). Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company.
- Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Chandler, E. y Rovira, B. (2002). Obesidad: Aspectos etiológicos, psicopatológicos y sociales. *Actualidad Psicológica*, 300, 541-552.
- Committee on Nutrition American Academy Pediatrics (1998). Obesity in children. En R.E. Kleinman (Ed.): *Pediatric Nutrition Handbook* (4th ed.). Grove Village, ILL: Author.
- Hafetz, J. (2007). *The intergenerational transmission of health knowledge and behaviors: An evaluation of the Go Kids! Obesity Prevention Program* (Paper AAI3255044). New York: Fordham University.
- Hagin, S. (2006). *Family environment, eating attitudes and behaviors, and depressive symptoms in children aged 7 to 12. Dissertation Psychotherapy*. Chicago, ILL: Rosalind Franklin University of Medicine and Science.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006)*. Cuernavaca (México): INSP.
- Jiménez, S. y Borjau, R. (1997). Epidemiología y complicaciones clínicas de la obesidad. En V. J. Turón (Ed.): *Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa bulimia y obesidad* (cap. 21). Barcelona: Masson.
- Kay, R. (1981). *Some psychological dynamics of obesity in childhood: The relationships among anxious attachment, impaired self-identity, and body image*. Doctoral dissertation. Los Angeles, CA: California School of Professional Psychology.
- Lang, M. y Tisher, M. (1997). *Cuestionario de Depresión para Niños*. Madrid: TEA.

- Laurel, E. (2008). The social implications of overweight and obesity in children. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 63, 139-152.
- Olaiz, G., Rivera, J., Shamah, T., Rojas, R., Villalpando, S., Hernández, M. y Sepúlveda, J. (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca (México): Instituto Nacional de Salud Pública.
- Paxton, H. (2005). *The effects of childhood obesity on self-esteem*. Education Specialist dissertation. School Psychology. Huntington, WV: Marshall University.
- Reynolds, C. y Richmond, B. (1997). *Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (revisada) (CMAS-R)*. México: El Manual Moderno.
- Silvestri, E. y Stavile, A. (2005). Aspectos psicológicos de la obesidad: Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario. Tesis inédita. Córdoba (Argentina): Universidad Autónoma de Favaloro.
- Swaye, J. y Dermott, M. (2008). *The stigma of childhood obesity: A literature review*. West Hartford, CONN: Institute of Professional Psychology of the University of Hartford.
- Tanofsky-Kraff, M., Cohen, M., Yanovski, S., Cox, Ch., Theim, K., Keil, M., Reynolds, J. y Yanovski, J. (2010). A prospective study of psychological predictors of body fat gain among children at high risk for adult obesity. *Pediatrics*, 117(4), 1203-1209.
- Ugalde, P., Patiño, B., Elizondo, L.L. y Borbolla, R. (2009, 27 de enero). "Anemia, estado nutricional, nivel de actividad física, sedentarismo y determinación del nivel de plomo sérico en una muestra de niños en etapa escolar en estado de Nuevo León. Periódico "El Norte" (Sección "Vida"). Monterrey, N.L. (México).
- Yeste, D., García R., N., Gussinyer, S., Marhuenda, C., Clemente, M., Albisu, M., Gussinyer, M. y Carrascosa, A. (2008). Perspectivas actuales del tratamiento de la obesidad infantil. *Revista Española de Obesidad*, 6(3), 139-152.
- Zwiauer, K. (2000). Prevention and treatment of overweight and obesity in children and adolescents. *Pediatrics*, 159, S56- S68.