

Dra. Ana R. Sepúlveda

Profesora e investigadora

Facultad de Psicología

Universidad Autónoma de Madrid

E-mail: anarosa.sepulveda@uam.es

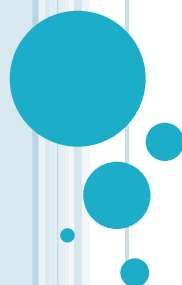
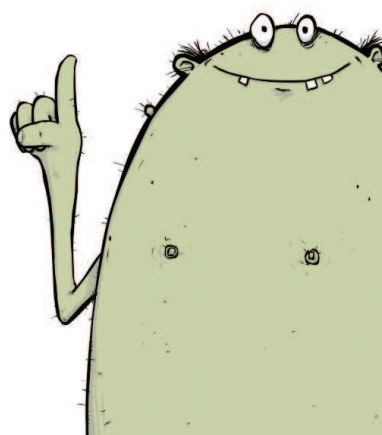


PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN OBESIDAD INFANTIL: PAUTAS PARA SU INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA Y FAMILIAR



INDICE

- 1. INTRODUCCIÓN: MITOS LA OBESIDAD
- 2. DOS ESTUDIOS PRELIMINARES (ANOBAS)
- 3. ABORDAJE PSICO-FAMILIAR



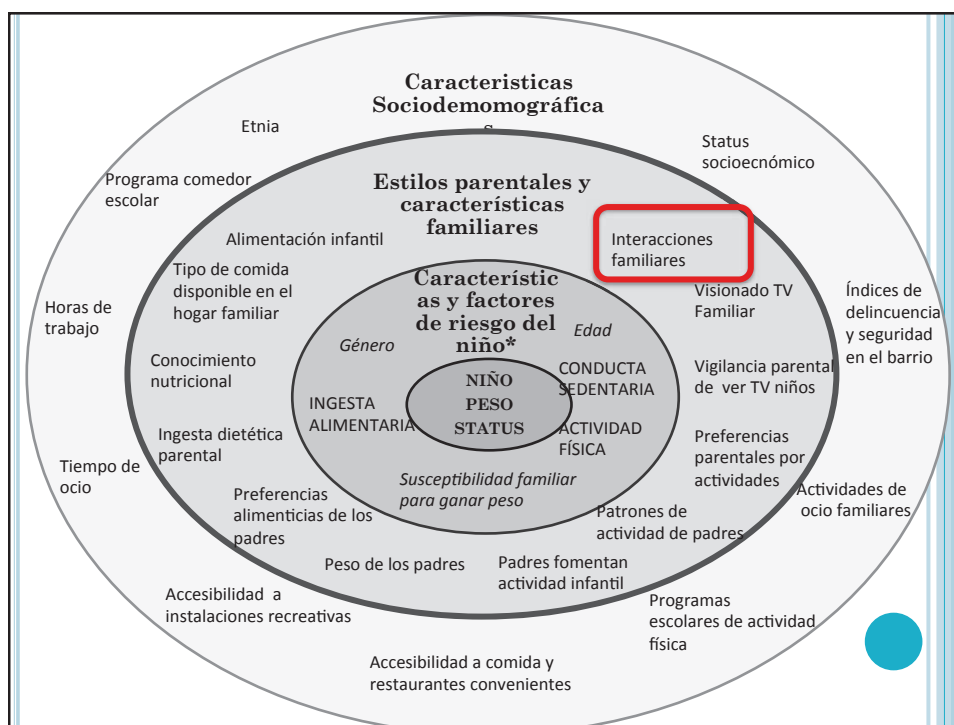
MITO 1

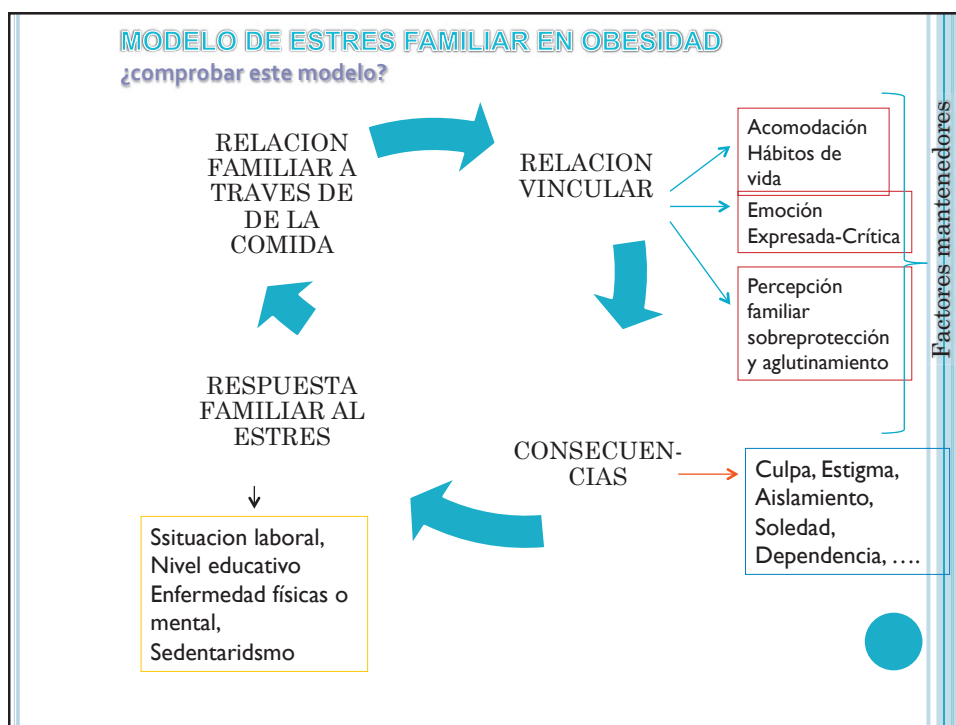
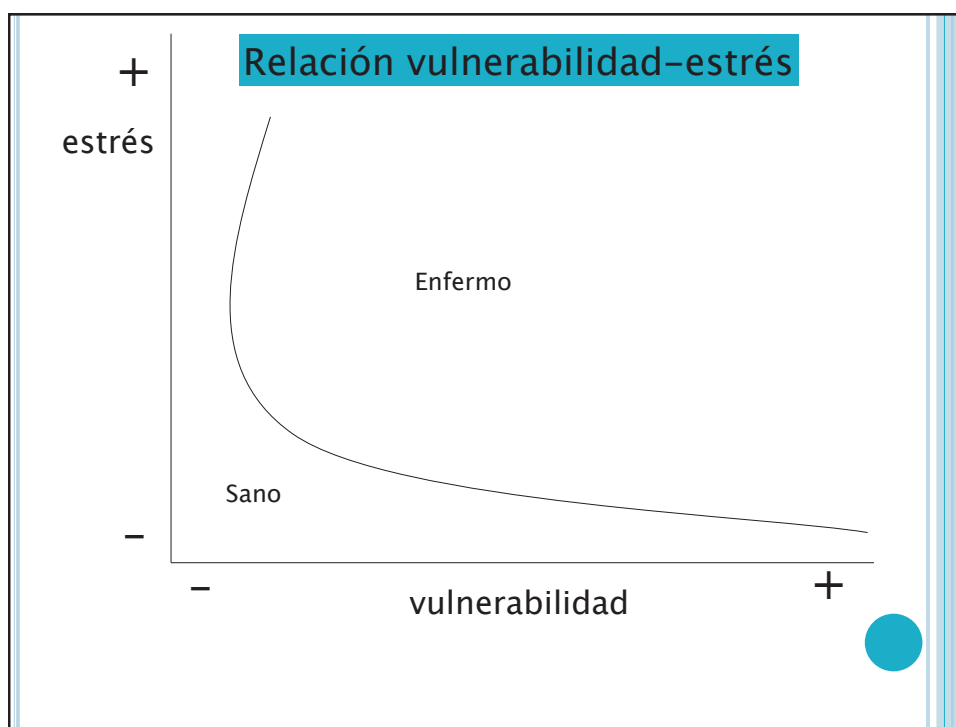
“Las familias son responsables de la OBESIDAD que tiene sus hijo/as”



LA REALIDAD:

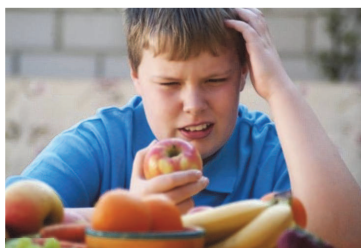
“ Las familias no pueden causar la obesidad por sí solas, aunque sí pueden influir a su desarrollo y mantenimiento, así como ayudar a su recuperación”





MITO 5

“Los chicos con obesidad si hacen dieta,
pueden tener un TCA al final”



LA REALIDAD:

“ Existe una fuerte asociación longitudinal entre hacer dietas y desarrollo de un TCA. La insatisfacción corporal es un factor de riesgo importante para TCA”

7

En la preadolescencia, empieza haber una
excesiva del peso y la figura y su control

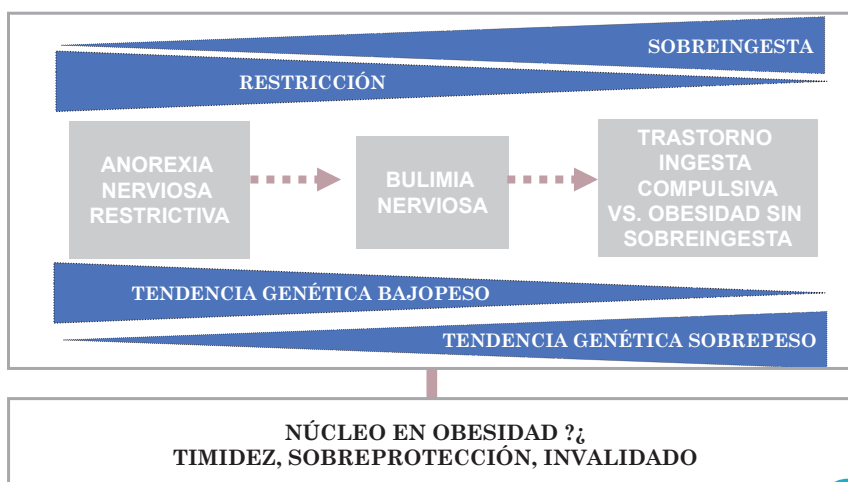


Dieta
extrema



Comida
compulsiva

MODELO TRANSDIAGNOSTICO (Fairburn, 1998)



Factores psicológicos

- Abandono
- Descontrol
- Rechazo

© Vanessa Dualib



- Sacrificio
- Complacer
- Menosprecio



- No saben defenderse, burlas
- Culpa, víctima
- Frustración



FACTORES PSICOLÓGICOS

- **Timidez,**
- **Dificultades en el manejo de los cambios en el estado de ánimo**
- **Autoestima Baja**
- **Dificultades en las Relaciones Interpersonales**

13



MODELO INTEGRADOR DE ABORDAJE



Aspectos familiares

Aspectos psicológicos

The slide features a collage of two photographs at the top: a young child with blonde hair eating a slice of pizza, and a woman in a pink shirt smiling while a young boy sits at a table with a plate of food. Below the photos is the title 'MODELO INTEGRADOR DE ABORDAJE'. To the left of the puzzle pieces are several blue circles of varying sizes. The puzzle pieces are arranged in a 2x2 grid: top-left is blue, top-right is red, bottom-left is yellow, and bottom-right is green. Two speech bubbles are positioned to the right of the puzzle pieces; the top one is white with a black outline and contains the text 'Aspectos familiares' in red, and the bottom one is white with a black outline and contains the text 'Aspectos psicológicos' in green.

ESTUDIO de Investigación

Marcadores Biológicos, Psicológicos, Medio-ambientales y Familiares para Optimizar el Diagnóstico, Pronóstico y el Tratamiento en Obesidad Infantil: Estudio de casos-controles (ANOBAS)".

MICINN (PSI2011-23127)

¿OBJETIVO DEL ESTUDIO?

- ✧ El Proyecto inicial sobre factores de riesgo a través ESTUDIO CASO-CONTROLS a niños de 8 a 12 años, y tiene un 2 años de duración.
- ✧ Se ha desarrollado en colaboración en el Centro de Salud Daroca y actualmente cuenta con 85 participantes de 200 potenciales niños participantes.
- 1) Validar una escala medio-ambiental y familiar**
- 2) Factores de riesgo bio-ambiental-psico-familiar en la obesidad infantil**
- ✧ Las familias y los niños completan una entrevista semi-estructurada clínica diagnóstica, cuestionarios para ambos, análisis de sangre para evaluar neuro-hormonas y la inmunología y, el ejercicio físico medido con acelerómetros, para recoger la información relativa a los factores de inicio.
- ✧ Devolución puntual detallada a las familias y a las Peditras.

Estudio 1: Prevalencia de trastornos Psicológicos en obesidad infantil

❖ Se presentan datos preliminares de 2 Estudios en base a este Proyecto Estudio Caso-Control (Estudio ANOBAS).

❖ un total de 85 niños con sobrepeso y obesidad
(N ideal=200)

y

❖ Un total de 85 madres/padres

Estudio 1: Muestra e Instrumentos

Se presentan los datos de 85 niños (41 chicos y 44 chicas) con sobrepeso/obesidad (8-12 años).

55 se encontraban en el rango de obesidad y 30 tenían sobrepeso.

Los instrumentos de evaluación fueron la entrevista diagnóstica K-SADS-R y medidas de autoinforme: depresión (CDI), ansiedad (STAIC) y patología alimentaria (CHEAT)

RESULTADOS

	Diagnósticos K-SADS-PL		STAIC-RASGO (≥35)		CDI (≥17)		CHEAT (≥20)
	España	Vila et al., (2004)	España	Vila et al., (2004)	España	Vila et al., (2004)	España
N	43/85 (51%)	88/177 (58%)	11	65	9	24	11
Trastorno de Ansiedad	19	63	9/18 (0,50) ¹	44/61 (0,72)	2/19 (0,10)	15/58 (0,26)	2/19 (0,10)
Trastorno Afectivo	4	19	4/4 (1)	17/18 (0,94)	2/4 (0,5)	12/19 (0,63)	2/4 (0,5)
Trastorno mixto (ansiedad y depresión)	5	--	2/5 (0,4)	--	1/5 (0,2)	--	0/5
Trastorno de la conducta alimentaria	6	--	1/6 (0,17)	--	1/6 (0,17)	--	4/6 (0,67)
Trastorno de conducta	9	--	1/8 (0,12)	--	2/9 (0,22)	--	3/8 (0,37)

CONCLUSIONES

Conclusión: Habría que incluir la intervención psicológica para abordar estas problemas, que resultan anteceden a sobrepeso.

Conclusión: El 51% de los niños con trastorno mental medido a través de una entrevista clínica estandarizada y un 36% mediante cuestionarios de cribaje clínico necesarias entrevista

Mental Disorders in Obese Children and Adolescents

GILBERT VILA, MD, PhD, EWA ZIPFER, MD, MYRIAM DABBAS, MD, CATHERINE BERTRAND, PH, JEAN JACQUES ROBERT, MD, PhD, CLAUDE RICOUR, MD, PhD, MARIE CHRISTINE MOUREN-SIMÉONI, MD, PhD

Objective: To evaluate the type and frequency of psychiatric disorders in obese children and adolescents; to assess the correlation between psychopathology and severity of obesity; to explore the relationship between psychiatric disorders in obese children and obesity and psychopathology in their parents. **Methods:** One hundred fifty-five children referred and followed for obesity were evaluated (98 girls and 57 boys; age, 5 to 17 years). Psychiatric disorders were assessed through a standardized diagnostic interview schedule (K-SADS R) and self-report questionnaires completed by the child (STAIC Trait-anxiety and CDI for depression) or his (her) parents (CBCL or GHQ). These obese children were compared with insulin-dependent diabetic (IDDM) outpatient children (N = 171) on questionnaire data. **Results:** Eighty-eight obese children obtained a DSM-IV diagnosis, most often an anxiety disorder (N = 63). Psychological disorders were particularly pronounced in those obese children whose parents were disturbed. There was no correlation between severity of obesity in the child or his (her) parents and frequency of psychiatric disorders. Compared with diabetic children, they displayed significantly higher internalized and externalized questionnaire scores and poorer social skills. **Conclusion:** These results highlight the importance of including a child psychiatric component in the treatment of obesity, which must engage the whole family. **Key words:** child, adolescent, obesity, mental disorders, psychopathology, parents.

BMI = body mass index; **CBCL** = Child Behavior Check-List; **CDI** = Child Depression Inventory; **GHQ-28** = General Health Questionnaire; **K-SADS** = Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present Episode Version; **SES** = socioeconomic

12). There are no such studies on prepubertal children, although some investigations suggest that children have more behavioral problems than teenagers (14). There is a

Estudio 2: Incidencia de Burla y factores psicológicos en obesidad infantil

◆ Muestra de 40 niños analizados

OBJETIVO: existe relación entre el impacto de las burlas y los síntomas de ansiedad, depresión y autoestima en preadolescentes, así como esclarecer si hay una relación diferencial en función del estado de sobrepeso vs. obesidad

Gráfico 1. Distribución de porcentaje Percentil IMC

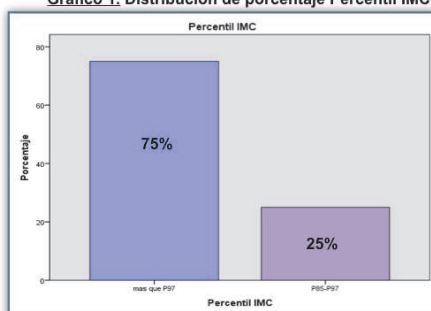
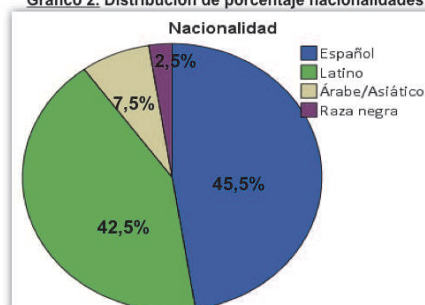


Gráfico 2. Distribución de porcentaje nacionalidades



Emparejados por edad, género y estatus socioeconómico de los padres

PADRES		NIÑOS	
Cohesión familiar	<ul style="list-style-type: none"> •(FACES-III) (Olson et al., 1986; Joao-Forjaz et al, 2002). •Miden la vinculación emocional entre los miembros de la familia. •2 subescalas: adaptabilidad y cohesión 	Patología Alimentaria	<ul style="list-style-type: none"> •(Children's Eating Attitudes Test, ChEAT) (Maloney et al., 1988; De Gracia et al, 2007). •Valora las actitudes alimentarias, las conductas de dieta y la preocupación por la comida en niños. .
Nivel de ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> (Cuestionario de ansiedad estado-rasgo, STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1988; TEA ediciones, 1986). 	Estima corporal	<ul style="list-style-type: none"> •(Body Esteem Scale, BES) (Mendelson y White, 1982; De Gracia et al., 2007). •Evalua sentimientos o valoraciones acerca de la propia apariencia y de cómo creen que son valorados por los demás.
Emoción expresada	<ul style="list-style-type: none"> •(FQ)(Weidemann, et al., 2002; Sepulveda et al., 2012). •2 subescalas: criticismo y sobreimplicación emocional 	Actitudes hacia el ideal corporal	<ul style="list-style-type: none"> •(Body Image Assesment, BIA) (Collins, 1991; Marcó y Gracia, 2002). •Es una escala de figuras ,obtener un índice indicativo de las discrepancias percibidas entre los distintos yos
		Impacto burlas	<ul style="list-style-type: none"> •(Perception of Teasing Scale, POTS) (Thompson, J.K., et al., 1995; López-Guimera et al., 2012). •Subescalas: burlas sobre le peso y burlas sobre las competencias

RESULTADOS

3.2. Medias y desviaciones típicas del nivel de ansiedad (STAIC), depresión (CDI), influencia de burlas (POTS) y autoestima (LAWSEQ)

Escala	Puntuación N normal M (DT)	N Total M (DT)	N Sobrepeso (P85-P97)		N Obesidad (P>97)		U de Mann- Whitney (Z)	P
			M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)		
Estado de ánimo		N= 38	N= 13		N= 25			
CDI	10,24 (6,05)	10,39 (7,39)	10 (6,84)	10,53 (7,69)	-0,10	0,93		
STAIC-rasgo	35,33 (6,79)	33,36 (8,30)	33,22 (10,10)	33,40 (7,83)	-0,24	0,81		
STAIC-estado	29,61 (5,77)	27,78 (6,76)	27,11 (6,31)	28 (7,01)	-0,33	0,74		
Autoestima								
LAWSEQ	15,86 (4,83)	16,16 (4,14)	15,80 (4,56)	16,29 (4,06)	-0,35	0,75		
Influencia Burlas								
POTS-peso	2 (2)	2,05 (1,23)	1,75 (0,97)	2,14 (1,30)	-0,17	0,86		
POTS-competencias	2,5 (1)	2,46 (1,48)	2,10 (1,16)	2,57 (1,57)	-0,18	0,87		

RESULTADOS

3.4. Análisis de Regresión Univariada para predecir Ansiedad dependiendo de las Burlas y la autoestima

STAI												
V. Independiente	STAIC-Rasgo						STAIC-Estado					
	Total		Sobrepeso		Obesidad		Total		Sobrepeso		Obesidad	
(Constante)	β	R ²	β	R ²	β	R ²	β	R ²	β	R ²	β	R ²
Autoestima												
LAWSEQ	-0,48**	0,23	-0,24	0,06	-0,40*	0,16	-0,35*	0,12	-0,44	0,19	-0,50**	0,25
Impacto burlas												
POTS-peso	0,70***	0,50	0,82**	0,67	0,64***	0,41	0,70***	0,48	0,83**	0,68	0,67***	0,46
POTS-competencias	0,70***	0,50	0,82**	0,67	0,64***	0,41	0,70***	0,48	0,83**	0,68	0,67***	0,46

Mediante el análisis de regresión lineal univariante, se encontró que la influencia de burlas hacia el peso y las competencias explicaban en la muestra de sobrepeso entre un 67 y 68% de la varianza de ansiedad. En la muestra de obesidad, el impacto de burlas explica entre un 41 y 46% de la varianza total, mientras que la ansiedad-estado está explicada en un 25% por la autoestima.

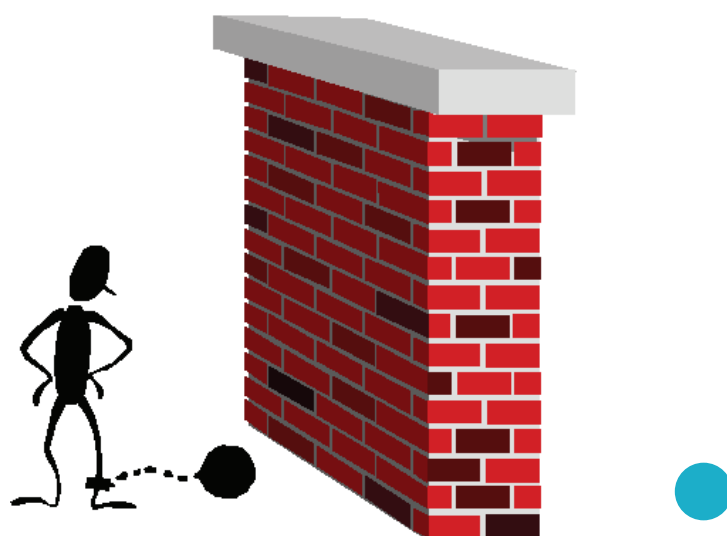
RESULTADOS CONCLUSIONES

No hay diferencias significativas en las variables ansiedad, autoestima e impacto de burlas hacia el peso/competencia entre los niños con sobrepeso y obesidad.

2. Las asociaciones para la muestra total para las variables psicológicas son moderadas a fuertes. Por lo tanto, para la muestra total, el IMC sólo se asocia al nivel de ansiedad-estado (actual).

3. La variable que mejor explica la ansiedad estado y la ansiedad rasgo fue el impacto de burlas hacia el peso y las competencias. Mostrando una similitud entre ambos grupos, aunque en la muestra de sobrepeso el impacto de las burlas tuvo una capacidad predictiva más elevada (67% vs. 48% en ansiedad-rasgo; 68% vs. 46% en ansiedad-estado).

Se generan barreras en la comunicación



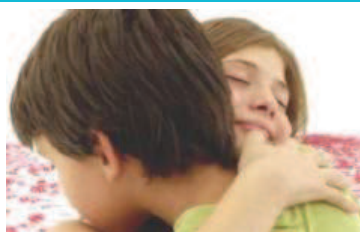
COMUNICACIÓN POSITIVA

- Firmeza en mantener los límites.
- Refiérete a comportamientos específicos
- Sé claro en tu petición



COMUNICACIÓN POSITIVA

- No reprimir la expresión de la angustia o de conflicto mediante recetas prefabricadas
- Sé respetuoso, i.e. habla como te gustaría que te hablaran.
- Acepta una parte de la responsabilidad



AMBIVALENCIA EN EL COMPROMISO: ¿cuál es el camino correcto?



B. Miller & S. Rollnick, 1995
www.motivationalinterview.org

PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN

CURIOSIDAD que deje a vuestras hijas/os explicar que les sucede, entenderse a sí mismas, y guiar a que ellos encuentren las soluciones de sus problemas

-MOSTRAR TU INTERÉS Y PREOCUPACION POR LAS COSAS QUE LES PASA (identidad, parejas, amigas, trabajo, perdidas..)



CONFIANZA por medio de entender y respetar su responsabilidad con ellos y con el trastorno, honestidad, toma de decisiones responsables e integridad, y destrezas interpersonales

-ES IMPORTANTE PROMOVER TOMA DE DECISIONES

NO OPINAR, NO JUZGAR,



AGRADECIMIENTOS

Dña. MIRIAM BLANCO
Dña. MELISSA PARKS
Dña. CARLA CORTELLI
Dr. J.A. CARROBLES



Dra. M. GRAELL
Dña. P. ANDRÉS
D. A. VILLASEÑOR
Dr. G. MORANDÉ



Dra. ASCENSIÓN MARCOS
Dra. ESTHER NOVA
Dra. SONIA GÓMEZ

AGRADECIMIENTOS: Dra. Ana R. Sepúlveda, contratada Ramón y Cajal (RYC-2009-05092) y Beca MICINN (PSI2011-23127)

GRACIAS!



Equipo:

**Dra. Beatriz Real
Dra. Margarita del Sol**

Dra. Yolanda Peinador



E-mail: anarosa.sepulveda@uam.es



GRACIAS POR SU ATENCION

E-mail: anarosa.sepulveda@uam.es

