

Desarrollo evolutivo, personalidad y nivel de adaptación de un grupo de menores obesos

Raquel REMESAL COBREROS
Hospital "Juan Ramón Jiménez", Huelva
Universidad de Huelva

Resumen

Para determinar si existen aspectos específicos en el desarrollo evolutivo, los rasgos de personalidad y el nivel de adaptación personal, escolar y social de los niños obesos, se hizo un estudio comparativo de 90 menores (50 niños y 40 niñas) con una edad media de 10 años y una desviación típica 1,13, distribuidos en tres grupos: obesos (n=30), diabéticos (n=30) y sanos de peso normal (n=30). Se evaluaron mediante un *Inventario Sociobiográfico*, de elaboración propia, el *Cuestionario de Personalidad para niños (CPQ)* y el *Test Autoevaluativo de Adaptación Infantil (TAMAI)*. Los datos han sido sometidos a una serie de análisis comparativos, en primer lugar para determinar si existe interacción estadísticamente significativa entre los factores sexo y grupo (ANOVA Factorial Simple) y, posteriormente entre los tres grupos (ANOVA de 1 Factor + prueba de Scheffé) mezclando niños y niñas en cada uno de los grupos. Se observa interacción estadísticamente significativa entre los factores sexo y grupo en las siguientes variables: CPQO (sereno/aprensivo), TP22, TP222, TP223 (tristeza y quejas somáticas), siendo las niñas obesas las que muestran las puntuaciones medias más elevadas. Los resultados obtenidos al comparar los tres grupos, mezclando niños y niñas son los siguientes: no se observan diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables que componen el *Inventario Sociobiográfico*. Con el CPQ, no se aprecian rasgos de personalidad específicos de los niños/as obesos/as. De igual modo, según el TAMAI, tampoco se observan aspectos específicos en la adaptación personal, social o escolar de los niños/as obesos/as, aunque son los que tienden a presentar las puntuaciones medias más elevadas en los factores relacionados con la inadaptación personal (TP: obesos=11,63; dbts=10,06; spn=7,5) ($p<0,01$ entre obs y spn) y social (TS2: obesos=4,43; dbts=3,16; spn=2,1) ($p<0,01$ entre obs y spn). El rechazo social a la obesidad y su componente visible son factores que podrían determinar un mayor grado de insatisfacción personal e inadaptación social del niño obeso respecto al resto de los grupos.

Palabras clave: niños obesos, personalidad, adaptación, desarrollo.

Abstract

In order to evaluate specific aspects of obese children (development grow, personality features and levels of personal, social and scholastic adaptation), this comparative study assess 90 children (50 boys and 40 girls), with a mean age of 10 years and a typical deviation of 1,13, separate on three groups: obese (n=30), diabetics (n=30) and healthy normal body weight (n=30). The Personality Questionnaire for Children (CPQ), Auto-evaluative Adaptation Infantile Test (TAMAI), and a Socio-biography Inventory (for studying development grow of the children), have been used for the assessment. Comparative analyses have been performed: ANOVA Simple Factorial was used to test for statistically significant interaction between sex and group and ANOVA 1 Factor and Scheffé post hoc, was used to evaluate for significant statistically differences between three groups. Statistically significant interaction between sex and group is observed on the following variables: CPQO (calm/apprehensive), TP22, TP222, TP223 (sadness and somatic symptoms) being the obese girls who show means scores highest. When three groups have been comparing, the results have been the next: no statistically significant differences on any variable from de Socio-biography Inventory have been observed. With the Personality Questionnaire for Children (CPQ) specific personality features in the obese sample have not been observed. With the Auto-Evaluative Adaptation Infantile Test (TAMAI), specific aspects in the personal, social and scholastic levels adaptation of obese children have not been observed neither, although they are who show means scores highest on the variables relations with personal dissatisfaction (TP: obese=11,63; diabetics=10,06; healthy normal body weight =7,5; $p < 0,01$ between obese and healthy normal body weigh) and social dissatisfaction (TS2: obese=4,43; diabetics=3,16; healthy normal body weigh =2,1; $p < 0,01$ between obese and healthy normal body weigh). Social stigma and visibility obesity could be determine a bigger personal and social dissatisfaction of de obeses children.

Key words: Obese Children, Personality, Adaptation, Development.

La teoría psicoanalítica tradicional ha conceptualizado la obesidad como una fijación en la fase oral del desarrollo o como una regresión a la misma. Freud consideraba que aquellos sujetos que no superaban determinadas etapas infantiles (oral, anal, genital) podrían presentar problemas de ajuste en su vida adulta; así, las experiencias tempranas con la alimentación (por ej. alimentación con biberón, leche materna y edad de destete) podrían provocar ciertos niveles de ansiedad durante la etapa oral y constituirse en las causas subyacentes de problemas de alimentación específico en los adultos. En el clásico trabajo de Kaplan y Kaplan (1957) se plantea la obesidad desde una dimensión psicósomática, según la cual diferentes

estados disfóricos conducen a la conducta de sobreingesta. Para éstos, se trata de una conducta aprendida utilizada por el sujeto como mecanismo para reducir la ansiedad. Posteriormente, muchos autores apoyan este planteamiento, especialmente Bruch (1973) quien emite la hipótesis de que en el origen de algunas formas de obesidad (a la cual denominó obesidad de desarrollo), se encontraría una falta de aprendizaje de la sensación de hambre en la primera infancia: la respuesta estereotipada de la madre por medio del suministro de alimento ante cualquier manifestación emocional no le permitiría distinguir el hambre de otras sensaciones internas y le llevaría más tarde a calmar cualquier sensación mediante la ingesta de alimentos. Bruch

consideraba que los obesos no eran capaces de discriminar las señales de hambre de los indicadores de activación emocional, lo que generaba una ingesta inadecuada ya que normalmente respondían al estrés como si estuvieran hambrientos, esto es comiendo.

Las investigaciones posteriores llevadas a cabo desde la línea psicósomática han seguido manteniendo la teoría de que la sobreingesta es inducida por estados disfóricos, más concretamente estrés o ansiedad, aunque se ha puesto en duda la capacidad del acto de comer como mecanismo reductor de la activación emocional. Robbins y Fray (1980) llevaron a cabo un análisis de las investigaciones realizadas sobre el tema y extrajeron la idea de que las personas obesas mantendrían esta confusión entre estados emocionales y hambre, no por la capacidad ansiolítica del acto de comer, sino por las propiedades reforzantes del alimento. Desde otras perspectivas, aunque siguiendo dentro del marco de la orientación psicoanalítica, se ha postulado que la falta de progreso en el desarrollo psicosexual hasta alcanzar un nivel más maduro está causado por conflictos centrados en unas necesidades de dependencia insatisfechas, teniendo el alimento el significado simbólico de gratificar tales necesidades. Tener una personalidad dependiente, aumenta el riesgo de una variedad de problemas psicológicos tales como: depresión, alcoholismo, obesidad y dependencia del tabaco. Las características de tal personalidad serían: pasividad, dependencia, sumisión en las relaciones interpersonales (especialmente en las relaciones con las figuras de autoridad), necesidad de una gran cantidad de apoyo y recursos de los otros, además de un temor al abandono y un relativamente débil autoconcepto (Greenberg y Bornstein, 1988). En relación a este último factor, existen datos que demuestran que la aversión al “gordito” es ya evidente entre

los escolares más pequeños, teniendo tal estigma social un efecto negativo sobre el autoconcepto del sujeto, así como sobre su estatus psicológico (Erickson *et al.*, 2000; Feldman *et al.*, 1988; Goldfield y Chrisler, 1995; Hill y Silver, 1995; Kimm *et al.*, 1991; Latner *et al.*, 2003; Strauss *et al.*, 2003). Las variables *ansiedad* y *depresión* también han sido estudiadas en relación con la obesidad. Hay estudios que no encuentran diferencias estadísticamente significativas entre niños y/o adolescentes obesos y no obesos (Klesges, 1984; Wadden *et al.*, 1989), aunque sí un mayor índice de insatisfacción con sus pesos y figuras. Otros sí aprecian diferencias entre ambas poblaciones (Mustillo *et al.*, 2003; Richardson *et al.*, 2003; Sarriá, 1993, citado en Velilla, 2001) y estudios como el de Erickson *et al.* (2000) matizan que la correlación positiva entre síntomas depresivos y el índice de masa corporal encontrada en niñas, pero no en niños varones, está condicionada por la preocupación de éstas por sus pesos. Por su parte, Eremis *et al.* (2004) comparan los niveles de ansiedad y depresión en una muestra de adolescentes obesos sometidos a tratamiento para perder peso con otra no clínica y otra de peso normal, obteniendo como resultados mayores índices de psicopatología en el primer grupo. Con respecto a la variable *inteligencia*, en varios estudios transversales de varones daneses de 18 años (Sorensen *et al.*, 1982; Sorensen y Sonne-Holm, 1985; Teasdale *et al.*, 1992), se ha demostrado que la obesidad grave está asociada a una deficiencia en el desarrollo intelectual. También en el ámbito infantil se advierten resultados en este sentido (Campos *et al.*, 1996; Li-X, 1995), así como mayores índices de abandono escolar por parte de la población obesa (Melbin y Vuille, 1989b; Yoshida *et al.*, 1985). Estos hallazgos se ven comprometidos por los resultados obtenidos

por Zoppi *et al.* (1995) quienes examinaron el desarrollo escolar de 936 niños de peso normal y 71 niños obesos de edades comprendidas entre los 8 y 13 años. Los resultados mostraron que los obesos tenían un desarrollo escolar significativamente mayor que los de peso normal. Según los autores, ello podría ser explicado por la consideración de que una buena asistencia escolar implica por un lado una más baja actividad física y por otro que el estrés produce un mecanismo compensatorio de hiperalimentación. Añaden como tercera posibilidad el hecho de que el niño asiste al colegio más diligentemente con el fin de ser mejor aceptado y compensar su autoimagen negativa.

Se aprecian amplias y variadas conclusiones en torno a los correlatos psicológicos analizados en relación con la obesidad infantil. Sin embargo, parece haber consenso en admitir la importante actitud negativa que existe hacia la obesidad incluso en edades bastante tempranas, convirtiéndose los problemas psicosociales en causas importantes de morbilidad en esta patología (Kim y Obarzanek, 2002; Latner y Stunkard, 2003; Must y Anderson, 2003; Mustillo *et al.*, 2003; Strauss y Pollack., 2003). El niño obeso se convierte con frecuencia entre sus iguales en motivo de insultos, rechazo y discriminación. Es bastante probable que tales vivencias dejen huella en la personalidad de éste (en unos más que en otros dependiendo de múltiples circunstancias, tales como, características personales, sociales, familiares...) y dificulten en mayor medida su adaptación personal, social y escolar respecto a sus iguales no obesos. También se apoya la idea de una dinámica familiar alterada, aunque no parece ser un hecho específico de la familia del obeso, sino común a aquellas en las que convive un miembro con una enfermedad crónica.

En torno a estas reflexiones se pretende ahondar con el presente trabajo de investigación. Concretamente, nuestro objetivo es determinar si existen aspectos propios, específicos y característicos de los niños obesos en las siguientes áreas: desarrollo evolutivo, rasgos de personalidad y nivel de adaptación personal, escolar y social. Para ello no sólo se ha optado por contrastar los datos obtenidos de una muestra de niños obesos con otra de sanos de peso normal, sino que se ha considerado relevante contar con un segundo grupo de comparación, en este caso de niños diabéticos, con los que comparten ciertas características comunes: por un lado conviven con los efectos derivados de padecer una enfermedad crónica y, por otro, necesitan asumir ciertas limitaciones dietéticas; de esta forma, este segundo grupo de comparación permitiría controlar los efectos derivados de estos supuestos condicionantes.

Método

Muestra

La muestra recogida para el presente estudio consta de 90 sujetos, 50 niños y 40 niñas. Los criterios de inclusión para toda la muestra han sido los siguientes: niños o niñas de edades comprendidas entre 8 y 12 años (media de edad de 10 años; desviación típica de 1,13), no estar o haber estado en tratamiento psiquiátrico y/o psicológico y residir en la ciudad de Huelva. Las características diferenciales de éstos han determinado 3 grupos muestrales que se comentan a continuación.

Grupo 1: constituido por 30 sujetos (47% niñas y 53% niños) diagnosticados de obesidad exógena y cuyo tratamiento consistía en la prescripción por parte del profesional correspondiente de la necesidad de limitar el

uso de determinados alimentos ricos en azúcar y grasas.

Grupo 2: constituido por 30 sujetos (43% niñas y 57% niños) diagnosticados de diabetes mellitus insulino-dependiente, pero no obesos y cuyo tratamiento consistía en mantener una dieta equilibrada, controlando el uso de azúcares y grasas, así como en la administración de las correspondientes dosis de insulina.

Grupo 3: constituido por 30 sujetos (57% niñas y 43% niños) sin ningún tipo de patología orgánica o psicológica conocida y con un peso normal, al que en lo sucesivo se le denominará grupo de niños sanos de peso normal (SPN).

Instrumentos

Inventario sociobiográfico

Ha sido diseñado para su uso en este trabajo. El objetivo era recoger información relevante sobre aspectos sociodemográficos y evolutivos de la población objeto de estudio. Intenta recoger de forma sistemática los siguientes puntos fundamentales:

- *Datos de identificación:* nombre, edad, sexo, curso y colegio al que asiste el niño.
- *Datos familiares:* número de hermanos, lugar que ocupa entre los mismos, edad del padre y de la madre, profesión del padre y de la madre y personas con las que convive el niño.
- *Antecedentes personales:* embarazo, parto, peso y talla al nacer, desarrollo psicomotor y del lenguaje, alimentación, sueño y control de esfínteres.

Cuestionario de personalidad para niños (CPQ, Porter y Cattell, 1986)

La tabla 1 ofrece una descripción resumida de las escalas, en base a la obtención de una puntuación baja o alta.

Test autoevaluativo de adaptación infantil (TAMAI, Hernández y Hernández, 1987).

En la tabla 2 se ofrece la estructuración y contenido de los factores que lo componen, si bien para este trabajo sólo se analizan los ítems referidos a la Inadaptación Personal, Social y Escolar.

Análisis

Análisis descriptivos

Se calcularon las *frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones típicas* de cada una de las variables que componen los instrumentos utilizados.

Análisis comparativos

Se realizaron una serie de análisis para controlar la posible influencia del factor sexo en los resultados obtenidos al comparar los tres grupos. En primer lugar se utilizó la *Prueba de Levene* con objeto de comprobar si existía igualdad de varianza entre el subgrupo de niños y niñas en cada uno de los grupos. Posteriormente y con el fin de verificar si existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos en cada uno de los grupos se llevó a cabo un contraste de medias. Para ello, se utilizó la *Prueba t de Student*, que permitió realizar el procedimiento asumiendo la no igualdad de varianza en las variables que procedía. Por último, se realizó un *ANOVA Factorial Simple* con aquellas variables que mostraron diferencias estadísticamente significativas entre niños varones y niñas. El objetivo era observar si los valores medios que adoptaron en cada uno de los grupos se veían condicionados, es decir, interactuaban de forma significativa a nivel estadístico, con el factor sexo. Finalmente, para determinar si existían diferencias estadísticamente significativas

Tabla 1. Descripción de las escalas del Cuestionario de Personalidad CPQ.

<i>Puntuaciones bajas</i>	<i>Escala</i>	<i>Puntuaciones altas</i>
<i>Reservado</i> , alejado, crítico, frío.	A	<i>Abierto</i> , afectuoso, reposado, participativo, sociable.
<i>Bajo en inteligencia</i> , pensamiento concreto, corto.	B	<i>Alto en inteligencia</i> , pensamiento abstracto, brillante.
<i>Afectado por los sentimientos</i> , emocionalmente poco estable, turbable.	C	<i>Emocionalmente estable</i> , tranquilo, maduro, afronta la realidad.
<i>Calmoso</i> , poco expresivo, cauto, poco activo, algo “soso”.	D	<i>Excitable</i> , impaciente, exigente, hiperactivo, no inhibido.
<i>Sumiso</i> , obediente, dócil, acomodaticio, cede fácilmente.	E	<i>Dominante</i> , dogmático, agresivo, obstinado.
<i>Sobrio</i> , prudente, serio, taciturno, se autodesaprueba.	F	<i>Entusiasta</i> , incauto, confiado a la buena ventura.
<i>Despreocupado</i> o desatento con las normas, actúa por conveniencia propia.	G	<i>Consciente</i> , perseverante, moralista, sensato, sujeto a las normas.
<i>Cohibido</i> , tímido, sensible a la amenaza.	H	<i>Emprendedor</i> , socialmente atrevido, no inhibido, insensible.
<i>Sensibilidad dura</i> , rechazo a las ilusiones, poca simpatía por las necesidades de los demás.	I	<i>Sensibilidad blanda</i> , impresionable, dependiente, superprotegido, evitación de la amenaza física.
<i>Seguro</i> , con gusto por la actividad en grupo, activo, vigoroso.	J	<i>Dubitativo</i> , irresoluto, reservado, individualista, precavido, reprimido interiormente.
<i>Sencillo</i> , franco, natural, sentimental.	N	<i>Astuto</i> , calculador, prudente, perspicaz.
<i>Sereno</i> , apacible, confiado, seguro de sí.	O	<i>Aprensivo</i> , con sensación de culpabilidad, inseguro, preocupado, turbable con reproches.
<i>Poco integrado</i> , descuidado, autoconflictivo, sigue sus propias necesidades.	Q3	<i>Muy integrado</i> , socialmente escrupuloso, autodisciplinado, compulsivo, control de su autoimagen.
<i>Relajado</i> , tranquilo, pesado, sosegado, no frustrado.	Q4	<i>Tenso</i> , frustrado, presionado, sobreexcitado, inquieto.
Factores de segundo orden		
Ansiedad baja	QI	Ansiedad alta
Introversión	QII	Extraversión
Calma	QIII	Excitabilidad/Dureza

Tabla 2. Factores del Test Autoevaluativo de Adaptación Infantil (TAMAI) que se toman en consideración en este trabajo.

Inadaptación Personal (TP):

(TP1) *Desajuste Disociativo* (evasión y huida de la realidad).

(TP2) *Autodesajuste* (sufrimiento e insatisfacción personal).

(TP21) *Cogniafección* (autoconcepto negativo).

(TP22) *Cognipunicción:*

(TP221) *Intrapunicción* (autodesprecio y autocastigo).

(TP222) *Depresión* (tristeza y pena).

(TP223) *Somatización* (enfermedades y molestias corporales).

Inadaptación Escolar (TE):

(TE1) *Inadaptación Escolar Externa* (baja aplicación e indisciplina).

(TE2) *Aversión a la Institución* (hacia profesores y colegio).

(TE3) *Aversión al Aprendizaje* (hacia el estudio y el saber).

Inadaptación Social (TS):

(TS1) *Autodesajustel Social:*

(TS11) *Agresividad Social* (conflicto con las personas).

(TS12) *Disnomia* (conflicto con la norma).

(TS2) *Restricción Social:*

(TS21) *Introversión* (restricción de la sociabilidad: escasa relación social).

(TS22) *Hostilgenia* (restricción cualitativa de la sociabilidad: desconfianza).

entre las medias de los tres grupos muestrales (obesos, diabéticos y sanos de peso normal) se llevó a cabo un ANOVA de un Factor (+ la prueba de Scheffé).

Resultados

La tabla 3 presenta la relación de variables cuyos valores se ven condicionados por la interacción entre los factores sexo y grupo. El análisis de estos datos permite detectar que las niñas obesas presentan valores extremos en la mayoría de variables. Así por ejemplo, son las que expresan mayores niveles de aprensión (CPQO=4,64) así como de tristeza y quejas somáticas (TP22=9; TP222=4,07; TP223=1,71).

Las variables que han mostrado diferencias estadísticamente significativas al comparar los tres grupos mediante el ANOVA

de 1 factor junto con la prueba de Scheffé, se reflejan en las tablas 4 y 5. No se detalla ningún elemento del Inventario Sociobiográfico dada la ausencia de significación estadística en las variables que lo componen. En cuanto al Cuestionario de Personalidad para Niños -CPQ- (tabla 4) se observa que en todos aquellos factores en los que existen diferencias estadísticamente significativas, son los niños sanos de peso normal los que marcan las distancias respecto a los otros grupos, en unos con la puntuación más baja y en otros con la más elevada. Ello ocurre en los factores CPQB -inteligencia baja/alta- (OBS=5,7; DBT=5,43; SPN=7,7. F=9,81, p=0,00) y CPQFIII -calma/excitabilidad- (OBS=4,27; DBT=3,85; SPN=6,05. F=13,38, p=0,000), siendo ellos los que reflejan medias superiores a los demás. En el factor CPQE -sumiso/dominante- también presentan la

Tabla 3. Variables que muestran interacción significativa entre los factores SEXO-GRUPO.

	Obesos (G1)		Diabéticos (G2)		SPN (G3)		F	p
	<i>Niños</i>	<i>Niñas</i>	<i>Niños</i>	<i>Niñas</i>	<i>Niños</i>	<i>Niñas</i>		
<i>PI</i>	0,44	0,36	0,1	0,5	0,46	0,06	6,1	0,003
<i>CPQO</i>	2,56	4,64	3,8	2,8	3,38	3,12	8,96	0,000
<i>TP22</i>	5,63	9	4,45	7,7	5,23	4,12	3,46	0,036
<i>TP222</i>	2,75	4,07	1,8	3,7	2,31	1,88	3,05	0,052
<i>TP223</i>	0,69	1,71	0,7	1,6	1	0,41	4,29	0,017

puntuación media más elevada aunque, en este caso, las diferencias son estadísticamente significativas sólo respecto a los diabéticos (DBT=3,8; SPN=5). En los factores CPQI -sensibilidad dura/blanda- y CPQ3 -menos/más integrado son los que presentan la puntuación media inferior (CPQI, OBS=5,1; DBT=4,83; SPN=3,4. F=5,96, p=0,004; CPQ3, OBS=7,73; DBT=7,86; SPN=6,3. F=5,38, p=0,006).

En un importante número de factores del Test Autoevaluativo de *Adaptación*

Infantil -TAMAI- (tabla 5), se observan diferencias estadísticamente significativas entre los niños obesos y sanos de peso normal, siendo los primeros los que presentan los valores más elevados y los segundos los más bajos. Ello ocurre concretamente con los factores relacionados con la inadaptación personal y social: (TP, OBS=11,63; SPN=7,5; TP2, OBS=9; SPN=5,2; TP21, OBS=1,8; SPN=0,6; TP22, OBS=7,2; SPN=4,6; TP222, OBS=3,36; SPN=2,06; TS2, OBS=4,43; SPN=2,1; TS21, OBS=1,53; SPN=0,7 y

Tabla 4. Resultados del análisis de varianza del Cuestionario de Personalidad CPQ.

	Obesos (G1)		Diabéticos (G2)		SPN (G3)		F	p
	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>		
CPQB	5,7	2,08	5,43	2,64	7,7 (G3/G1) (G3/G2)	1,64	9,81	0,000
CPQE	3,93	1,81	3,8	1,69	5 (G3/G2)	1,87	4,02	0,02
CPQI	5,1 (G1/G3)	1,88	4,83 (G2/G3)	2,3	3,4	1,94	5,96	0,004
CPQ3	7,73 (G1/G3)	1,98	7,86 (G2/G3)	2,03	6,3	2,13	5,38	0,006
CPQFIII	4,27	1,63	3,85	1,73	6,05 (G3/G1) (G3/G2)	1,86	13,38	0,000

Tabla 5. Resultados del análisis de varianza del Test Autoevaluativo de Adaptación Infantil (TAMAI).

	<i>Obesos (G1)</i>		<i>Diabéticos (G2)</i>		<i>SPN (G3)</i>		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>		
TP	11,63 (G1/G3)	6,23	10,06	5,07	7,5	4,35	4,68	0,01
TP2	9 (G1/G3)	5,59	6,76	4,43	5,2	3,54	5,16	0,008
TP21	1,8 (G1/G3)	1,42	1,3	1,14	0,6	0,72	8,44	0,00
TP22	7,2 (G1/G3)	4,49	5,53	3,78	4,6	3,29	3,43	0,03
TP222	3,36 (G1/G3)	2,05	2,43	2,06	2,06	1,66	3,36	0,03
TE1	2,53	2,44	2,93 (G2/G3)	3,14	1,26	1,41	3,82	0,02
TS2	4,43 (G1/G3)	2,94	3,16	2,36	2,1	1,62	7,26	0,001
TS21	1,53 (G1/G3)	1,52	1,16	1,02	0,7	1,05	3,5	0,03
TS22	2,9 (G1/G3)	1,7	2,03	1,71	1,4	1,19	7,01	0,001
TPI	5,93	1,94	6,53 (G2/G3)	1,79	5,1	1,62	4,8	0,01
TF	0,96 (G1/G3)	1,09	0,6	0,89	0,13	0,34	7,38	0,001
TPA1	11,83	2,36	13,2 (G/G.1) (G2/G3)	1,32	11,36	1,79	7,6	0,001
TM1	12,5	1,71	13,03 (G2/G3)	2,41	11,33	1,88	5,52	0,006

TS22, OBS=2,9; SPN=1,4). A los factores TP22 y TP222 se les aplicó un ANCOVA con control del sexo, debido a la interacción mantenida con el grupo de pertenencia (tabla

3). Los resultados seguían ofreciendo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Con respecto a la inadaptación escolar externa, se establecen diferencias

estadísticamente significativas entre los diabéticos, con la puntuación más elevada, y los niños sanos de peso normal con la más baja (TE1, DBT=2,53; SPN=1,26). Por último, son los diabéticos los que generan diferencias estadísticamente significativas con los niños sanos de peso normal en el caso de la educación personalizada de la madre (TM1, DBT=13,03; SPN=11,33) y con el resto de los grupos en la del padre (TPA1, OBS=11,83; DBT=13,2; SPN=11,36. $F=7,6$, $p=0,001$).

Discusión

Aunque se hubiera preferido hacer subgrupos en función del sexo dentro de cada grupo, el limitado número de sujetos acotó considerablemente esta posibilidad. Partiendo de esta condición, se intentó controlar el nivel de error que pudiera suponer mezclar los datos de niños varones y niñas, como procedentes de la misma población. Para ello, se realizaron una serie de procedimientos estadísticos que quedan descritos en el apartado dedicado al Método. Los resultados que muestra la tabla 3 reflejan que son las niñas obesas las que parecen presentar un mayor índice de malestar personal. Son más aprensivas, están más tristes, expresan más quejas somáticas y sus padres las perciben menos adaptadas socialmente que al resto de los subgrupos. Acorde con la bibliografía, se reconoce el sexo femenino como factor de riesgo psicopatológico entre los obesos y es que la presión social para que la fémina esté delgada, especialmente en países desarrollados, acarrea un mayor estigma en ésta y la sitúa en una posición más vulnerable y propensa a experimentar distorsión de la imagen corporal, bajo autoconcepto y atribuciones pesimistas. A esta conclusión llega Massa (1999) con su estudio comparativo entre

niños españoles obesos ($n=50$)/no obesos ($n=50$), en el que también se mezclan datos de niños varones y niñas. Lo expresa así:

“Así pues, si todos los obesos al hacer balance de lo que constituye su corta biografía están más expuestos que los no obesos a ponderarse con tintes de insatisfacción, de entre ellos, son las niñas obesas las que estiman su situación especialmente desafortunada, y en este sentimiento de descontento se duelen consigo mismas e irradian a través de sus respuestas, más que sus iguales varones, el deseo de gozar de una felicidad que de momento parecen no percibir en su vida cotidiana”.

Una vez controladas aquellas variables en las que se producía interacción significativa entre los factores sexo y grupo, se estimó existían garantías suficientes para poder mezclar ambas poblaciones en los posteriores análisis. Del contraste de medias realizado a través del ANOVA de un factor entre los tres grupos con las variables que componen el *Inventario Sociobiográfico* no se desprende ninguna diferencia estadísticamente significativa. El presente instrumento se compone de una serie de variables *sociodemográficas* que ayudaron a igualar los grupos y, *evolutivas* que permitieron hacer un recorrido por los antecedentes personales del niño. El no haber encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ellas sugiere un importante nivel de semejanza entre los grupos y permite descartar a las variables evolutivas como elementos diferenciadores ya que, a partir de estos resultados, no existen argumentos que sugieran un desarrollo evolutivo del niño obeso diferente al del resto de los grupos. Ni siquiera las variables que hacen referencia a la alimentación, tales

como: lactancia materna, duración de la misma y problemas de alimentación en el pasado, ofrecen diferencias estadísticamente significativas lo que, de alguna forma, se aleja de los postulados mantenidos por un buen número de autores de orientación psicodinámica que sitúan la génesis de la obesidad en las tensiones e incertidumbres desarrolladas en los primeros intercambios madre-hijo en torno a la alimentación (Bruch, 1973; Kaplan y Kaplan, 1957; Mazet y Stoleru, 1990; Mills, 1994).

En aquellos factores del *Cuestionario de Personalidad para Niños -CPQ-* que manifiestan diferencias estadísticamente significativas se observa un claro distanciamiento entre el grupo constituido por niños con patología crónica por un lado, es decir obesos y diabéticos y, el de los sanos de peso normal por otro. En este sentido, la orientación hacia el polo negativo que manifiestan los primeros en el factor CPQB (inteligencia baja-alta) presenta a una población intelectualmente deficitaria, de pensamiento concreto y aprendizaje y comprensión lenta. Ello sin obviar la salvedad hecha por el propio autor del instrumento, de que el mencionado factor es una medida muy simple de los aspectos intelectuales y por tanto nunca debe remplazar a una más estable de cociente intelectual obtenida mediante otra herramienta más apropiada. Pero a pesar de la precariedad del instrumento para evaluar la dimensión intelectual, se recogen en la literatura referencias diversas que apoyan este hallazgo, tanto con la población obesa (Massa, 1999; Sorensen *et al.*, 1982; Sorensen y Sonne-Holm, 1985; Teasdale *et al.*, 1992; Yoshida *et al.*, 1985) como con la diabética (Rovet *et al.*, 1988; Ryan *et al.*, 1985; Wysocki, 1997). Comparten todas ellas la imposibilidad de aportar explicaciones científicas que justifiquen la mencionada desventaja o, dicho de

otro modo, los mecanismos implicados en tal asociación, atreviéndose algunas a conjeturar con posibles razones. En el caso de la diabetes, las hipótesis tienden a centrarse en las complicaciones físicas que a corto o largo plazo se asocian a la misma, tales como hiper o hipoglucemia, cetoacidosis diabética, retinopatía, nefropatía y enfermedad cardiovascular. En cuanto a la obesidad, se argumenta la posible discriminación que sufre el niño obeso en su ambiente psicosocial o el hecho de que ésta implica una perturbación psicológica que afecta a la motivación para lograr un buen nivel educativo o para la utilización del potencial cognitivo. Desde otra perspectiva, se recurre a la *-inactividad-* para justificar las dificultades en las producciones intelectuales de los obesos, contemplando a la misma no como un simple detalle biográfico asociado a la pereza o como un hecho circunstancial añadido y de escaso valor en sí mismo sino, desde una dimensión simbólica, como un comportamiento de detención y bloqueo generalizado, que frena la necesidad de saber. También en los *Tratados Hipocráticos* se hace referencia a la asociación existente entre el sobrepeso y diversas enfermedades del alma, tales como la necedad y la idiotez; llegando a proponer la conveniencia en estos casos de llevar a cabo una dieta correcta para así resultar más inteligente y agudo:

“...y si se sigue una dieta correcta, puede (el tal individuo) resultar más inteligente y agudo de lo que prometía su natural (...). Si en mayor medida resulta dominado el fuego por el agua presente¹, tenemos esos individuos que llaman ne-

1. Según el autor, el fuego es el elemento activo y seco mientras el agua es pasivo y húmedo, de tal forma que la estupidez es más propia de aquellos en que predomina lo húmedo.

cios unos y otros idiotas. La locura de éstos deriva a una mayor torpeza. Éstos lloran sin ningún motivo, temen lo que no es terrible, se duelen de lo que no es penoso, y no perciben en realidad nada de lo que deben percibir los sensatos. Les conviene tomar baños de vapor y purgarse a fondo con eléboro² después de los baños y seguir la dieta recomendada en el caso anterior. Necesitan delgadez y sequedad.” (Tratados Hipocráticos III)

Por su parte, las diferencias estadísticamente significativas establecidas entre el grupo de niños con patología crónica y el de sanos de peso normal en relación a los factores CPQI (sensibilidad dura/blanda), CPQ3 (menos/más integrados) y CPQFIII (calma/excitabilidad) sigue ofreciendo un perfil de personalidad propio y compartido por obesos y diabéticos. Reflejan un carácter dependiente, impresionable, sobrepotegido, sumiso, prudente, sentimental, autodisciplinado, socialmente escrupuloso, poco expresivo e hipercontrolado emocionalmente; frente al temple independiente, autoconfiado, entusiasta, vital, obstinado, perspicaz, calculador y descuidado de las reglas sociales que presentan los niños sanos de peso normal. Existen autores que han asociado determinadas características de personalidad a la obesidad, tales como dependencia, pasividad, bajos niveles de asertividad, autocontrol y autoestima. Estos rasgos se acercan a los mostrados por el conjunto de niños analizados, no sólo obesos sino también diabéticos, por lo que, desde estos datos, sería más correcto hablar de patrones de personalidad propios de niños con enfermedades crónicas que de niños con tal o cual patología. Es decir, a

estos niveles resulta difícil diferenciar rasgos característicos y propios de los niños obesos o diabéticos aunque sí parece que ambas poblaciones comparten aspectos que los hacen diferentes de aquellos que presentan un desarrollo normal.

En lo referente al *Cuestionario Autoevaluativo de Adaptación Infantil -TAMAI-*, se advierte un buen número de variables en las que el grupo de niños obesos y sanos de peso normal manifiestan diferencias estadísticamente significativas entre sí. Es el caso de los factores relacionados con la inadaptación personal y social, en los que se aprecian dos aspectos curiosos y relevantes: por un lado, los niños obesos presentan los mayores niveles de inadaptación en las áreas anteriormente reseñadas, al manifestar las puntuaciones medias más elevadas. Por otro, los diabéticos presentan puntajes intermedios entre los de obesos y sanos de peso normal, sin llegar a ser, en ninguna ocasión, significativa la relación que establece con estos dos. Ante estos hechos estos hechos, es importante recordar los objetivos por los cuales se incorporó a la población diabética en el estudio así como las similitudes y diferencias que encierran las dos patologías aquí estudiadas. Respecto a los objetivos, uno de ellos era controlar los posibles efectos derivados de padecer una enfermedad crónica, ya que si se establecían diferencias entre obesos y niños sanos de peso normal y no se contaba con otra población con patología, se hubiera planteado el interrogante de si éstas eran generadas por la obesidad o por el hecho de padecer una patología crónica, fuera ésta o cualquier otra: diabetes, asma, enfermedad renal... El otro objetivo era controlar las consecuencias que pudieran derivarse de la realización de un tratamiento dietético que, tal y como se ha señalado, se limitaba en ambos grupos a la prescripción de alimentos que debían o no

2. Nombre de una droga.

ser consumidos, aunque sin olvidar que en la población diabética tal variable resultaba ser mucho más influyente y determinante. En cuanto a las características particulares de cada una de las patologías, como se apuntó al inicio, obesidad y diabetes son enfermedades crónicas, no incapacitantes y progresivas, en las que la dieta juega un papel bastante importante. Las diferencias estriban en que la diabetes evoluciona con crisis, requiere controles frecuentes de los niveles de glucemia y administración de insulina, exige una dieta relativamente rígida, genera efectos inmediatos cuando se comete alguna infracción relacionada con el cuidado de la enfermedad y, por último, es un trastorno oculto, es decir, no visible físicamente. Respecto a la obesidad, se sabe que no evoluciona con crisis, no genera efectos inmediatos cuando se comete alguna infracción en relación al cuidado de la misma, es un trastorno físicamente visible y, por último, haciendo referencia a obesidades no clínicas, no suelen establecerse controles de ningún tipo ni una dieta rígida (aunque sería necesario y conveniente).

Teniendo en cuenta las características de la diabetes: evolución, cuidados diarios y exigencias con respecto a la dieta, sería lógico pensar que fueran los niños diabéticos los que presentarían un mayor índice de psicopatología. Sin embargo, los datos obtenidos no apoyan tal hipótesis ya que no sólo muestran puntuaciones inferiores de inadaptación personal y social a las de los obesos sino que ni siquiera superan de forma significativa a las de los niños sanos de peso normal en estas áreas.

Los resultados numéricos referentes a los factores relacionados con la inadaptación personal (TP, TP2, TP21, TP22, TP222), muestra a un conjunto de niños obesos descontentos tanto consigo mismos como con la realidad que les rodea. No tienden a atenuar

las dificultades con mecanismos disociativos (TP1) tales como: regresión, evasión o ensoñación, sino que, muy al contrario sufren por ello, de ahí sus más elevadas manifestaciones respecto a los otros grupos, de tristeza y pena (TP222). Son ellos lo que demuestran la mayor disposición a las autovaloraciones negativas; se muestran más inclementes consigo mismos y acarrear una autoestima de signo negativo.

Respecto a los factores que componen el área referente a la inadaptación social (TS), la configuración de la prueba permite diferenciar dos grandes bloques: uno relacionado con la falta de control social o de respeto y consideración hacia los demás y hacia las normas establecidas, (autodescontrol social -TS1-, agresividad social -TS11- y disnomia -TS12-) y otro que hace referencia a la cantidad y calidad de las relaciones sociales (restricción social -TS2-, introversión -TS21- y hostilgenia -TS22-). Pues bien, los niños obesos de la muestra estudiada destacan, no por plantear comportamientos agresivos, incumplimiento de las normas o enfrentamientos con la autoridad, sino por manifestar actitudes relacionadas con el segundo bloque anteriormente descrito, estableciéndose diferencias estadísticamente significativas en estos factores con sus iguales sanos de peso normal. En las aportaciones de Bruch (1975) en torno a la obesidad infantil, se pueden encontrar referencias que apoyan estos datos:

“Las gruesas capas de grasa actúan como un muro en torno al cual el niño se protege de las amenazas del mundo exterior. Los niños obesos raramente manifiestan un comportamiento agresivo. Habitualmente, el hecho de comer satisface las pulsiones agresivas y su corpulencia es una manera de afirmarse en ellos mismos...”

En este sentido, la población obesa analizada presenta un carácter más introverso e íntimo que el de los niños sanos de peso normal. Manifiestan tendencia al aislamiento y a relacionarse con poca gente, así como un talante hostil que expresan bien con actitudes de recelo y desconfianza hacia los demás, bien sintiéndose víctimas de la hostilidad de los que le rodean.

Teniendo en cuenta estos resultados, se podría plantear que quizás sea el *componente visible* de la enfermedad el que determine que los niños obesos, y no los diabéticos, sean los que expresen mayores índices de inadaptación, a pesar de que las exigencias y limitaciones del diabético son mayores que las del obeso. Según Perrin *et al.*, 1993, la visibilidad de la enfermedad, así como la presencia de instrumentos ortopédicos, son aspectos específicos que favorecen una peor adaptación, comparado con trastornos ocultos (diabetes), que no son tan llamativos y que no conllevan una confrontación directa o una exigencia por parte de la sociedad. Esta característica les delata y convierte en motivo de risas y ofensas y los estudios muestran que altos niveles de insultos percibidos están asociados a efectos negativos, concretamente a alteraciones de la imagen corporal (Latner y Stunkard, 2003; Strauss y Pollack, 2003). También Schmidt y Steins (2000) llegan a conclusiones parecidas en un estudio que realizan con el objetivo de observar la relación entre la autoestima y obesidad de un grupo de niños y adolescentes, en varias esferas de la vida diaria. Para ello, compararon un listado de declaraciones relacionadas con la autoestima, de un grupo de obesos (N=56) con otro compuesto por niños que padecían diversas patologías crónicas (n=22). Los resultados les mostraron que los obesos tenían una autoestima más baja que el resto, en cuestiones que tenían que ver con aspectos públicos de

sus vidas, tales como la escuela o el tiempo libre, pero no con aspectos privados, tales como la familia. Estos datos les llevan a concluir que la visibilidad de la enfermedad está relacionada con la autoestima de una forma significativa y además, que esta relación se revela únicamente en las áreas vitales de carácter público, tales como la escuela o el tiempo de ocio.

En la actualidad estar gordo, y más concretamente gorda, no está permitido en una sociedad en la que imperan otros modelos que se acercan a lo esbelto, delgado y, si se apura, a lo anoréxico y desnutrido. Esta moda impregna nuestra cultura hasta el punto de que los pequeños lo aprenden prácticamente desde que nacen ya que, casi de forma innata, no dudan en discriminar atacando cruelmente mediante insultos, a todo aquel compañero que exceda las medidas establecidas por la moda. El estigma social de la obesidad tiene un efecto negativo sobre el autoconcepto del sujeto por lo que su componente visible podría ser el causante de este malestar.

Referencias

- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders. Obesity. Anorexia Nervosa and the person within*. Nueva Cork: Basic Books.
- Campos, A.L., Sigulem, D.M., Moraes, D.E., Escrivao, A.M. y Fisberg, M. (1996). Intelligent quotient of obese children and adolescents by the Wechsler Scale. *Revista de Saude Pública*, 30 (1), 85-90.
- Eremis, S., Cetin, N., Tamar, M., Bukusoglu, N., Akdeniz, F. y Gokser, D. (2004). Is obesity a risk factor for psychopathology among adolencets? *Pediatric International*, 46 (3), 296.
- Erickson, S.J., Robinson, T.N., Haydel K.F. y Killen, J.D. (2000). Are overweight children unhappy?: Body mass index,

- depressive symptoms, and overweight concerns in elementary school children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154 (9), 931-935.
- Feldman, W., Feldman, E. y Goodman, J.T. (1988). Cultura frente a biología: actitud de los niños frente a la delgadez y la obesidad. *Pediatrics (Ed. española)*, 25 (2), 85-89.
- Greenberg, R.P. y Bornstein, R.F. (1988). The dependent personality: 1. Risk for physical disorders. *Journal of Personality Disorders*, 2 (2), 126-135.
- Goldfield, A. y Chrisler, J. (1995). Body stereotyping and stigmatization of obese persons by first graders. *Perceptual and Motor Skills*, 81 (3), 909-910.
- Hernández, P. (1987). *Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil*. Madrid: TEA Ediciones.
- Hill, A.J. y Silver, E.K. (1995). Fat, friendly and unhealthy: 9 year old children's perception of body shape stereotypes. *International Journal of Obesity Relative Metabolic Disorders*, 19 (6), 423-430.
- Kaplan, H.I. y Kaplan, H.S. (1957). The psychosomatic concept of obesity. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 125, 181-201.
- Kim, S.Y., Sweeney, C.G., Janosky, J.E. y MacMillan, J.P. (1991). Self-concept measures and childhood obesity: A descriptive analysis. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 12 (1), 19-24.
- Kim, J.Y.S. y Obarzanek, E. (2002). Childhood obesity: A new pandemic of new millennium. *Pediatrics*, 110, 1003-1007.
- Latner, J.D. y Stunkard, A.J. (2003). Getting worse: The stigmatization of obese children. *Obese Research*, 11, 452-456.
- Li-X. (1995). An study of intelligence and personality in children with simple obesity. *International Journal of Relative Metabolic Disorders*, 19 (5), 355-357.
- Massa Hortigüela, C. (1999). *La imagen propia en la obesidad infantil*. Secretariado de publicaciones e intercambio editorial. Universidad de Valladolid.
- Mazet, P. y Stoleru, S. (1990). Expresiones sintomáticas. En Mazet, P. y Stoleru, S. (Eds.), *Manual de psicopatología de la primera infancia* (págs.113 -161). Barcelona: Masson.
- Mellbin, T. y Vuille, J.C. (1989b). Further evidence of an association between psychosocial problems and increase in relative weight between 7 and 10 years of age. *Acta Paediatrica Scandinava* 78, 576.
- Mills., J. (1994). The obese personality: Defense, compromise, symbiotic arrest, and the characterologically depressed self. *Issues in Psychoanalytic Psychology*, 16 (1), 67-80.
- Mustillo, S. Worthman, C. Erkanli, A. Keeler, G. Angold, A. Caltello, E. (2003). Obesity and psychiatrics. *Pediatrics*, 111, 851-9.
- Must, A. y Anderson, S.E. (2003). Effects of obesity on morbidity in children and adolescents. *Nutrition in Clinical Care*, 6 (1), 4-12.
- Perrin, E.C., Ayoub, C.C. y Willet, J.B. (1993). In the eyes of the beholder: Family and maternal influences on perceptions of adjustment of children with chronic illness. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 14, 94-105.
- Porter, R.B. y Cattell, R.B. (1986). *Cuestionario de Personalidad para Niños*. Madrid: TEA Ediciones.
- Richardson, L.P., Davis, R. Poulton, R., McCauley E., Moffitt, T.E., Caspi, A. y Connell, F.A. (2003). A longitudinal evaluation of adolescent depression

- and adult obesity. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157 (8), 739-945.
- Rovet, J. Ehrlich, R.M. y Hoppe, M. (1988). Specific intellectual deficits in children with early onset diabetes mellitus. *Child Development*, 59, 226-234.
- Robbins, T. y Fray, P. (1980). Stress-induced eating: Fact, fiction or misunderstanding? *Appetite*, 1, 103-133.
- Ryan, C., Vega, A., Longstreet, C. y Drash, A. (1985). Cognitive deficits in adolescents who developed diabetes early in life. *Pediatrics*, 75, 921-927.
- Schmidt, C. y Steins, G. (2000). Relationship between self concept and obesity in children and adolescents in various spheres of daily life. *Praxis of Kinderpsychology and Kinderpsychiatry*, 49 (4), 251-260.
- Sorensen, T.I.A., Sonne-Holm, S., Christensen, U. y Kreiner, S. (1982). Reduced intellectual performance in extreme overweight. *Human Biology*, 54, 765-775.
- Sorensen, T.I.A., y Sonne-Holm, S. (1985). Intelligence test performance in obesity in relation to educational attainment and parental social class. *Journal of Biosocial Science*, 17, 379-387.
- Strauss, R.S. y Pollack, H.A. (2003). Social marginalization of overweight children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157, 746-52.
- Teasdale, T.W., Sorensen, T.I.A. y Stunkard, A.J. (1992). Intelligence and educational level in relation to body mass index of adult males. *Human Biology*, 64, 99-106.
- Velilla, P. (2001). Trastornos del comportamiento alimentario. Obesidad frente a anorexia. En LL. Serra y J. Aranceta (Ed.), *Obesidad infantil y juvenil: estudio enKid*, (págs. 63-77). Barcelona: Masson.
- Wysocki, T. (1997). Psychological complications of childhood: case examples. *Diabetes Spectrum*, 10 (4), 275-277.
- Yoshida, T., Okamoto, M., Watanabe, J. y cols. (1985). A psychosomatic study of obesity in children with school refusal. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 25 (3), 279-286.
- Zoppi, G., Luciano, A., Vinco, A. y Residori, P. (1995). Obesity in pediatrics: statistical analysis of school performance of obese children. *Pediatrica Medica e Chirurgica*, 17 (6), 559-561.