

A. de los Santos¹
P. Massé²
M. J. González Lobato³
R. Fernández Leal³
J. Rodríguez-Sacristán⁴

Obesidad infantil y malos tratos psíquicos

- 1 Facultativo Especialista de Área de Servicio de Psiquiatría Infantil del H. U. "Virgen Macarena". Sevilla.
- 2 M.I.R. de Psiquiatría del H.U.V.M.
- 3 Colaborador
- 4 Jefe del Servicio de psiquiatría Infantil del H.U.V.M.

Correspondencia:

Adolfo de los Santos
C/Conde de Cifuentes nº 6, Casa C, bjs
41004 Sevilla

Child obesity and emotional mistreatment

RESUMEN

En estos últimos años (1991-1994) han aparecido algunas publicaciones sobre la relación entre abuso infantil y obesidad como resultado de trastornos en la conducta alimentaria en los adultos

Nuestra hipótesis de trabajo es encontrar signos de malos tratos psíquicos como una de las causas en la génesis de la obesidad exógena en los niños. Para ello, aplicamos el "Inventario para la Detección de Malos Tratos en el Niño" de Santos, Massé y Rodríguez-Sacristán.

La muestra está integrada por un grupo experimental (30 niños obesos exógenos vistos en nuestra Unidad) y dos grupos controles. El primero de ellos formado por 30 niños con trastornos afectivos vistos en la misma unidad y el segundo formado por 30 niños hospitalizados por problemas pediátricos no psicósomáticos.

Se analizan y discuten los resultados

PALABRAS CLAVE

Obesidad infantil; Malos tratos psíquicos; Diagnóstico

ABSTRACT

In the last years (1991-1994) some publications about the relationship between child abuse and obesity have appeared as a result from confusion in the feeding behavior in adults.

Our working hypothesis is to find signs/symptoms of Psychological mistreatment as one of the causes of exogen obesity in children. To do this we use the "Inventory for the Detection of Mistreatment in the Child" by de Santos, Massé and Rodríguez-Sacristán. The sample is composed by an experimental group (thirty exogen obese children seen in our unit) and two control groups. The first of them, formed by thirty children with visual affective confusion in the same unit and the second, formed by thirty children hospitalized for pediatric non-psychosomatic problems.

The results are being discussed and analyzed.

KEY WORDS

Child obesity; Emotional mistreatment.

240 INTRODUCCIÓN

Según la Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la prevención del Maltrato (ADIMA), el maltrato es cualquier acción u omisión no accidental, que compromete la satisfacción de las necesidades básicas del menor.

Son muchos los factores que intervienen en una situación de maltrato, pero desde un punto de vista interactivo podemos diseñar la intervención de tres tipos de factores: las características del niño, del cuidador y las del contexto en donde se desarrolla el abuso. Habría entonces, como dicen Maya, Bermejo y González-Meneses⁽¹⁾, una disfunción de un sistema interrelacionado padres-niño-ambiente.

Dentro de los diversos tipos de malos tratos está el maltrato psíquico o emocional, que sucede cuando no se toman en consideración las necesidades psicológicas del menor, especialmente aquellas que tienen que ver con las relaciones interpersonales, la autoestima y la propia evolución y crecimiento.

Una interrupción constante de las iniciativas del niño, que le va a hipotecar su desarrollo hacia una mayor autonomía y realización como persona, como es expresarle una valoración negativa de sí mismo, o una sobreprotección desmesurada, puede ser un caso representativo de maltrato psíquico.

El maltrato psíquico y el abandono emocional se suelen manifestar como problemas de crecimiento y del desarrollo, y van a tener características específicas según la etapa madurativa y cronológica del niño. Por ejemplo: la baja talla, la inmadurez o hipermadurez socio-emocional, problemas graves en el control esfinteriano, etc. pueden ser exponentes de un maltrato psíquico solapado.

En los últimos años (1989-1994) han aparecido diversos artículos que intentan relacionar la obesidad del adulto y los malos tratos en la infancia de éste, sobre todo el abuso sexual⁽²⁻¹¹⁾.

Christofel y Forsyth⁽²⁾ estudiaron 12 niños con obesidad grave sin causas orgánicas y cuyas familias presentaban signos evidentes de disfunción psicosocial. Entre las características disfuncionales, se encontraban: desorganización familiar, separación de madres e hijos, desplazamiento del cuidado de los hijos hacia otras personas, depresión materna, negación de la anormalidad de la obesidad por parte de la madre, hostilidad hacia el personal sanitario e inconstancia en los seguimientos médicos.

El fenómeno de la obesidad no es un fenómeno unitario, sino que surge como resultado de una compleja intervención entre varios factores genéticos, constitucionales y psicológicos.

Hay diversas aproximaciones teóricas sobre la etiopatogenia de la obesidad (comportamentalista, psicodinámicas, etc.). Dentro de las psicodinámicas, por su interés en relación a nuestro trabajo, exponemos a continuación la teoría de Bruch^(12,13). Esta teoría arranca del análisis de las relaciones interpersonales, especialmente de las relaciones tempranas entre madre e hijo. Bruch afirma que los jóvenes obesos tienen un número más significativo de problemas emocionales que los de peso normal. La etiología de este trastorno se debería a una disfunción en las relaciones primarias madre-hijo, a causa de trastornos emocionales graves por parte de la madre. Esta manifestaría el trastorno respondiendo a todas las necesidades del niño, tanto físicas como psíquicas, ofreciéndole comida.

Antecedentes de miseria económica, de hambre real... en generaciones anteriores, experiencias traumáticas de escasez marcan indeleblemente a los individuos, creándoles fuertes necesidades orales, voracidad, ansias de acaparamiento, almacenaje. Para estas familias (familias orales) la mayoría de las intercomunicaciones se centran alrededor de la comida y la mayoría de los mensajes se hacen en términos alimentarios. El niño, entonces, es bueno o malo, se le quiere mucho o se le quiere poco, si come más o come menos. En estos momentos no se están tomando en consideración las necesidades psicológicas básicas del menor, por lo tanto se está incurriendo en una situación, como decíamos previamente, de malos tratos psíquicos.

Para algunos autores, como Cobo⁽⁴⁾, el panículo adiposo constituye una "barrera o coraza". Una "barrera o coraza" para soportar la hostilidad del contexto. Llama la atención la aparente paciencia (indiferencia-resignación-masochismo) con el que el niño obeso aguanta las puyas y las burlas de su entorno sin quejarse ni defenderse.

HIPÓTESIS

Nosotros, ante las aportaciones de los autores sobre las relaciones que hay entre adultos obesos y malos tratos en la infancia, nos planteamos las relaciones que pueden existir, si las hubiese, entre obesidad infantil exógena, es

decir sin base orgánica ni constitucional y los malos tratos psíquicos que coexisten con ella, y si éstos pueden incidir y de qué forma en la génesis de ella.

MATERIAL Y MÉTODO

Para ello decidimos aplicar el I.D.M.I. (Inventario para la Detección de Malos Tratos en la Infancia de Santos, Massé y Rodríguez-Sacristán). Este inventario está integrado por 60 ítems escogidos del C.C.B. (Cuestionario Clínico-Biográfico) de Cardoze-Rodríguez-Sacristán, habitualmente utilizado en nuestro Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Universitario "Virgen Macarena" de Sevilla.

Estos ítems se distribuyen en dos bloques. El primero de ellos, destinado a "criterios de inclusión" (23 ítems) y el segundo, destinado a "criterios de riesgo" (37 ítems). El I.D.M.I. va a explorar las áreas de embarazo, periodo neonatal, antecedentes personales, perfil familiar y los rasgos de personalidad del padre y de la madre del niño con sospecha de abuso emocional infantil.

La muestra de estudio está formada por tres grupos: uno experimental y dos controles.

A) *Grupo experimental*: este grupo está integrado por 30 niños obesos entre 4 y 14 años de edad (Edad media: 9,26 años) tratados en nuestro Servicio. Estos niños fueron seleccionados en base a los siguientes criterios:

1. Tener un C.I. normal (C.I.>80)
2. No tener enfermedades orgánicas tributarias de generar obesidad (endocrinológicas, neurológicas, etc).
3. No tener antecedentes familiares de constitución obesa.

B) *Grupo Control "A"*: este grupo control está integrado por 30 niños con trastornos afectivos no obesos entre 6 y 14 años de edad (Edad media: 9,9 años) vistos en nuestro Servicio.

C) *Grupo Control "B"*: este grupo control está integrado por 30 niños entre 2 y 13 años de edad (Edad media: 9,33 años) ingresados en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario "Virgen Macarena" y se caracterizaban por no tener sintomatología psíquica.

El sexo y el nivel socio-cultural eran similares en los tres grupos de estudio.

Como método de análisis estadístico en la comparación de los grupos muestrales, hemos utilizado la chi cuadrado con el factor de corrección de Fisher, considerando significativos valores de $p < 0,05$.

El programa informático utilizado para el análisis estadístico de los datos es el microstat.

241

RESULTADOS

A) Al comparar las puntuaciones obtenidas en el I.D.M.I. en los tres grupos muestrales, hallamos diferencias significativas en los siguientes ítems:

1. *Ítems "inclusión"*:

- "22": "En casa se discute mucho delante de los niños" ($x=6,757; p < 0,05$)

- "54": "A la madre le disgusta que el niño no obtenga las notas que espera" ($x=14,861; p < 0,001$)

- "57": "El niño/a la tiene desilusionada" ($x=9,630; p < 0,01$)

2. *Ítems "riesgo"*:

- "4": "Siempre fue asistido (alimentado, vestido, etc.) por una persona distinta a la madre" ($x=6,240; p < 0,05$)

- "11": "Su hijo ha tenido algún accidente importante" ($x=17,760; p < 0,001$)

- "36": "El padre se considera una persona nerviosa y de poca paciencia" ($x=10,622; p < 0,0001$)

- "37": "El padre pasa pocas horas en casa por causa del trabajo" ($x=18,521; p < 0,0001$)

B) Al comparar el Grupo Experimental con el Grupo Control A se obtienen diferencias significativas en los siguientes ítems:

1. *Ítems "inclusión"*:

- "54": "A la madre le disgusta que el niño no obtenga las notas que espera" ($x=5,455; p < 0,05$)

2. *Ítems "riesgo"*:

- "8": "Su hijo ha tenido o tiene poco peso para su edad" ($x=4,286; p < 0,05$)

- "16": "El niño pasaba la mayor parte del día en casa de otro familiar o lo hace actualmente" ($x=5,455; p < 0,05$)

C) Al comparar el Grupo experimental con el Grupo Control B se obtienen diferencias significativas en los siguientes ítems:

1. *Ítems "inclusión"*:

"22": "En casa se discute mucho delante de los niños" ($x=6,648; p < 0,01$)

"30": "Es necesario castigarle o reñirle mucho" ($x=5,406; p < 0,05$)

"31": "El padre conversa poco con el niño" ($x=5,455; p < 0,05$)

2. *Ítems "riesgo"*:

"4": "Siempre fue asistido (alimentado, vestido, etc) por una persona distinta a la madre" ($x=5,455; p < 0,05$)

242

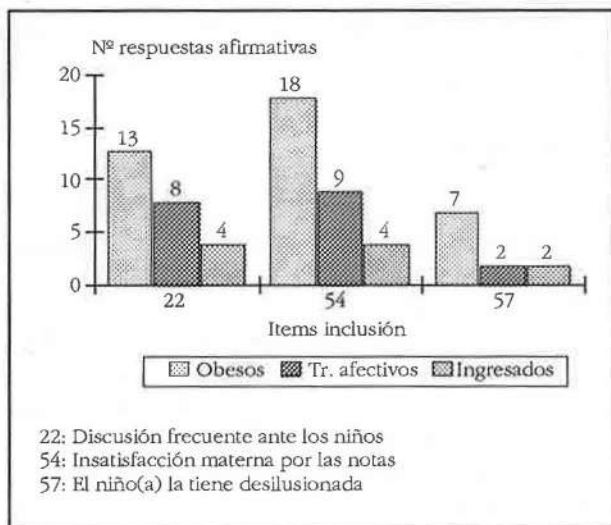


Figura 1. Maltrato Psíquico Infantil. Comparación entre grupo obesos- TR. Afectivos-Ingresados. Nivel de significación $P < 0,05$.

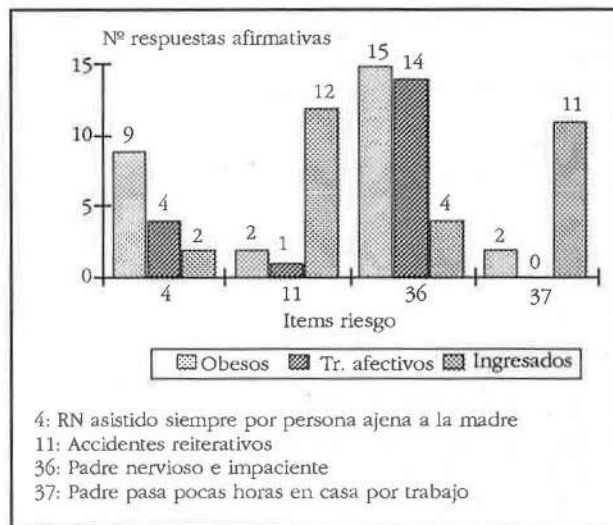


Figura 2. Maltrato Psíquico Infantil. Comparación entre grupo obesos- TR. Afectivos- Ingresados. Nivel de significación $P < 0,05$.

"11": "Su hijo ha tenido algún accidente importante" ($x=9,317; p < 0,01$)

"36": "El padre se considera una persona nerviosa y de poca paciencia" ($x=9,320; p < 0,01$)

"37": "El padre pasa pocas horas en casa por causa del trabajo" ($x=7,954; p < 0,01$)

D) En cuanto a la comparación entre los Grupos Control A y B se obtuvieron diferencias significativas en los siguientes ítems:

1. *Ítems "inclusión":*

"41": "El padre tiene preferencias por algunos hermanos o hermanas del niño" ($x=5,455; p < 0,05$)

2. *Ítems "riesgo":*

"11": "Su hijo ha tenido algún accidente importante" ($x=11,882; p < 0,001$)

"36": "El padre se considera una persona nerviosa y de poca paciencia" ($x=7,937; p < 0,001$)

"37": "El padre pasa pocas horas en casa por causa del trabajo" ($x=13,469; p < 0,001$)

DISCUSIÓN

A la luz de los resultados obtenidos, cabría intentar establecer un perfil particular para cada uno de los grupos del estudio.

Así, en el *Grupo Experimental (Obesos)*, se aprecia con una frecuencia significativamente mayor respecto a los dos grupos control la presencia de los siguientes ítems: "En casa se discute mucho en presencia de los niños" (22), "A la madre le disgusta que el niño no obtenga las notas que espera" (54), "El niño/a la tiene desilusionada" (57) y "Siempre fue asistido (alimentado, vestido, etc) por una persona distinta a la madre" (4).

Ello se corresponde con los resultados obtenidos por Christoffel y Forsyth⁽²⁾, los cuales encontraban, entre las características disfuncionales de las familias de los niños obesos: desorganización familiar (lo cual hace referencia al ítem 22: "En casa se discute mucho en presencia de los niños") y desplazamiento del cuidado de los niños hacia otras personas (lo cual alude al ítem 4: "Siempre fue asistido... por una persona distinta a la madre" y se confirma por el hallazgo en la comparación del Grupo Experimental y el Grupo Control A del ítem 16: "El niño pasaba la mayor parte del día en casa de otro familiar o lo hace actualmente").

En cuanto a los ítems "A la madre le disgusta que el niño no obtenga las notas que espera" (54) y "El niño/a la tiene desilusionada" (57), parecen mostrar cierto grado de hiperexigencia por parte de la madre y deterioro de la imagen que ésta tiene de su hijo, lo cual podría interactuar con la obesidad del niño por vía de la

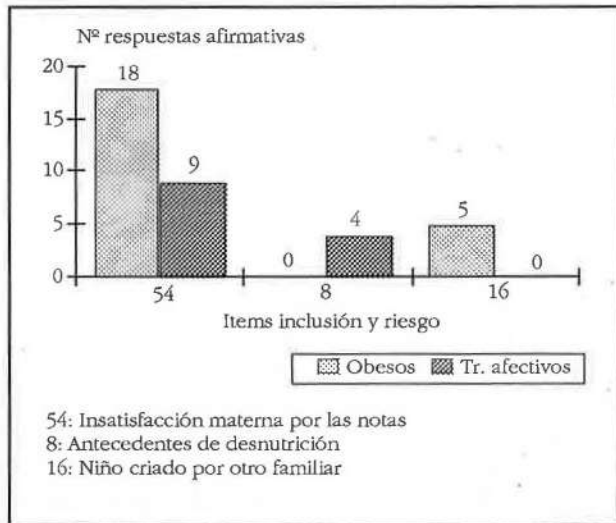


Figura 3. Maltrato Psíquico Infantil. Comparación entre grupo obesos- TR. Afectivos. Nivel de significación $P < 0,05$.

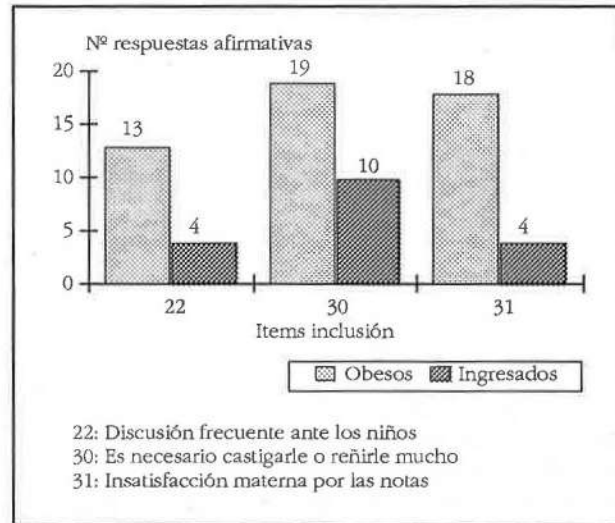


Figura 4. Maltrato Psíquico Infantil. Comparación entre grupo obesos y niños ingresados. Nivel de significación $P < 0,05$.

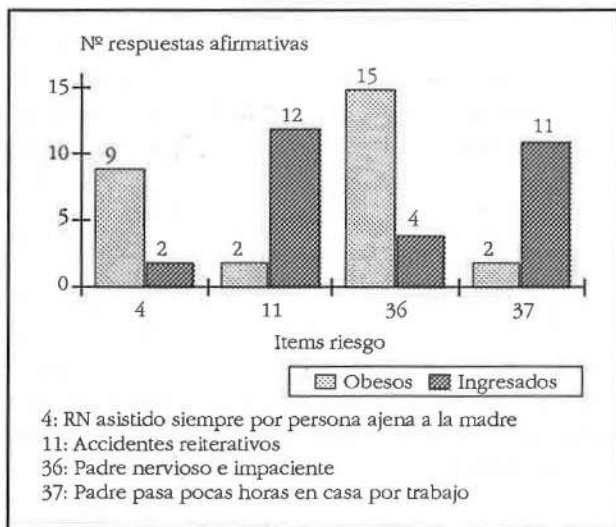


Figura 5. Maltrato Psíquico Infantil. Comparación entre grupo obesos y niños ingresados. Nivel de significación $P < 0,05$.

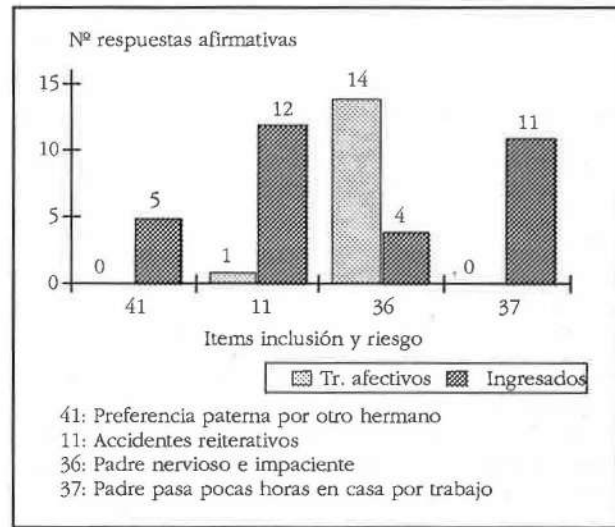


Figura 6. Maltrato Psíquico Infantil. Comparación entre TR. Afectivos y pacientes ingresados. Nivel de significación $P < 0,05$.

ansiedad que ello le generaría. En este sentido intervendría también el ítem "El padre se considera una persona nerviosa y de poca paciencia" (36), en el cual la elevada frecuencia de presentación es pareja en el Grupo Experimental y el Grupo Control A con respecto a la baja frecuencia observada en el Grupo Control B; una vez

más, podían ser los sentimientos de ansiedad e inseguridad transmitidos al hijo por un padre que se autodefine como nervioso e impaciente, el nexo común entre ambos trastornos (obesidad y trastornos afectivos). Lo mismo cabría decir del ítem: "Es necesario castigarle o reñirle mucho" (30), el cual aparece en una frecuencia

244 significativa superior en los niños obesos cuando se comparan con el Grupo de Niños Hospitalizados, lo cual nos sugiere que quizá el niño trate de buscar de forma compensatoria en la comida las recompensas y satisfacciones que no encuentra en un ambiente familiar exigente y poco gratificante. Ello nos recuerda a la hipótesis de Cobo⁽⁴⁾ para el que el panículo adiposo constituiría una "barrera" o "coraza" para soportar la hostilidad del contexto.

Con respecto al *Grupo Control A (Trastornos Afectivos)* hay que comentar que no hemos hallado ningún ítem dentro de los 60 que componen el I.D.M.I. que sea característico o específico de este grupo. Las diferencias que se obtienen en el ítem: "Su hijo ha tenido poco peso para su edad" (8) cuando se compara con el grupo de niños obesos parece responder más a la inexistencia de antecedentes de bajo peso en los niños que son obesos en el momento del estudio que a la presencia real de estos antecedentes de bajo peso en los niños con trastornos afectivos. Ello se confirma por el hecho de que tales diferencias no se aprecian cuando se compara este ítem con respecto al grupo de niños hospitalizados o al comparar los tres grupos entre sí.

En lo concerniente al *Grupo Control B (Niños Hospitalizados)*, se detectan frecuencias significativamente elevadas al comparar con los otros dos grupos en los ítems: "Su hijo ha tenido algún accidente importante" (11) y "El padre pasa pocas horas en casa por causa del trabajo" (37). En ambos casos parece sugerirse la omisión de cuidados o atención al niño por parte de los padres, si bien hay que advertir que el ítem: "Su hijo ha tenido algún accidente importante" (11) podría estar sesgado o sobervalorado por la especial sensibilidad en el recuerdo de los padres acerca de acontecimientos vitales del pasado relacionados con su hijo que tiene lugar en el momento de la hospitalización, sobre todo

cuando se trata de enfermedades graves o crónicas. También se detecta con mayor frecuencia en los niños hospitalizados, cuando se compara con el Grupo de niños con trastornos afectivos el ítem: "El padre tiene preferencia por alguno de los hermanos o hermanas del niño" (41), lo cual parece apuntalar la sospecha de la existencia de un padre ausente o con preferencia hacia otros hermanos en los niños hospitalizados o con tendencia a enfermar.

Otro dato que merece la pena comentar es la homogeneidad que presentan los resultados del I.D.M.I. en su aplicación a los tres grupos muestrales si lo analizamos de forma global, ya que de los 60 ítems que componen este inventario, tan sólo hemos obtenido diferencias significativas en siete de ellos, lo que avala al I.D.M.I. como un instrumento válido y estable en la detección de los malos tratos psíquicos en la infancia.

CONCLUSIONES

El estudio del maltrato psíquico infantil entraña un extraordinario interés por su influencia decisiva sobre el desarrollo madurativo del niño y su interacción con otras patologías somáticas y psíquicas. En los niños obesos, se sugieren indicios de desorganización familiar, desplazamiento de cuidados del niño hacia otras personas y determinadas actitudes en los padres que podrían actuar sobre la ansiedad del niño canalizándola hacia la conducta alimentaria. En los niños hospitalizados parecen hallarse indicios acerca de una omisión de cuidados especialmente por parte del padre, que puede manifestarse como padre ausente o que prefiere a otros hermanos del niño. El I.D.M.I. se muestra como un instrumento válido en la detección del maltrato psíquico en la infancia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Maya E, Bermejo T, González-Meneses A. *Maltrato infantil Trabajo monográfico para la asignatura de Psiquiatría Infantil*. Sevilla: Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla. 1995.
- 2 Christoffel KK, Forsyth BWC. Mirror image of environmental deprivation: severe childhood obesity of psychosocial origin. *Child Abuse Negl* 1989;13(2):249-256.
- 3 Felitti VJ. Long-term medical consequences of incest, rape, and molestation (see comments). *South Med J* 1991;84(3):328-331.
- 4 Felitti VJ. Childhood sexual abuse, depression, and family dysfunction in adult obese patients: a case control study (see comments). *South Med J* 1993;86(7):732-736, Jul.
- 5 Kanter RA, Williams BE, Cummings C. Personal and parental alcohol abuse and victimization in obese binge eaters and nonbingeing obese. *Addict Behav* 1992;17(5): 439-445.
- 6 Franker HM, Stacheli J. Childhood sexual abuse and adult obesity (letter; comment). *South Med J* 1992;85(6):671.

- 7 Yanovski SZ, Nelson JE, Dubbert BK, Spitzer RL. Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *Am J Psychiatry* 1993;150:1472-1479.
- 8 Hernández J. Abuse may cause eating disorders in some adolescents. *Am Fam Phys* 1993;47(8):1846.
- 9 Lissau I, Sorensen TI. Parenteral neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. *Lancet* 1994;343(8893):324-327.
- 10 Kopp N. The incidence of sexual abuse in women with eating disorder. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1994;44(5): 159-162.
- 11 Boan DA. Childhood sexual abuse (Letter; Comment). *South Med J* 1994;87(6):675. **245**
- 12 Bruch H. Development obesity and schizophrenia. *Psychiatry* 1985;21:65.
- 13 Bruch H. Disturbed communication in eating disorders. *Am J Ortho-psychiatr* 1973;33:1.
- 14 Cobo Medina C. *Psicopatología infantil*. Madrid: Laboratorios Roche, 1983.