

## **PELIGROS Y TRATAMIENTO DEL SOBRE PESO INFANTIL.**

Pablo J. Olivares-Olivares, José Olivares. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad y el sobrepeso se inscriben ya dentro de los requisitos que delimitan el concepto de epidemia mundial. En caso específico de la infancia los datos disponibles estiman en más de 22 los millones de niños menores de cinco años con problemas de obesidad y sobrepeso en el mundo (véase Burke *et al.*, 2008).

Por lo que respecta a España hace tan solo cinco años el número de niñas y niños entre los seis y los doce años estaba ya en el 11%. Hoy presenta este problema uno de cada cuatro niños con edad entre los seis y los doce años (16,1%). Este dato sitúa a España el cuarto lugar de los países europeos con mayor número de niños con sobrepeso (el los últimos quince años se ha triplicado el número de niñas y niños con sobrepeso entre nosotros). Pero si incrementamos el rango de edad al que hemos hecho referencia e incluimos también a los adolescentes entonces en España la cifra se sitúa en el 25%, lo que pone de manifiesto la magnitud de este problema.

La obesidad infantil acarrea consecuencias muy negativas para la salud de estos menores. Así entre las complicaciones asociadas al sobrepeso podemos citar problemas como la obesidad mórbida, los ortopédicos, las enfermedades de la piel y afecciones respiratorias, la mayor vulnerabilidad al inicio de la diabetes, la intolerancia a la glucosa, la hipertensión, los problemas hepáticos, el aumento del colesterol y de los triglicéridos, las alteraciones en el sueño, etc. Por todo ello se considera que la obesidad es un problema de salud pública grave. Pero además de las consecuencias físicas, la obesidad puede afectar negativamente al desarrollo psicosocial de los niños y constituir un factor de vulnerabilidad que favorece el inicio y desarrollo de problemas psicológicos como el aislamiento y la pérdida de la autoestima como consecuencia del rechazo que sufren en la interacción con sus iguales, la aparición de cuadros depresivos o trastornos distímicos resultantes de la indefensión ante el control del sobrepeso y las consecuencias aversivas que ello conlleva, trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia y la bulimia, etc.

Por todo ello es preciso que todos los agentes implicados en la Salud Infantil (padres, profesores, educadores, centros de enseñanza con comedor escolar, médicos

pediatras, psicólogos, nutricionistas, etc.) pongan el mayor énfasis posible en la prevención de la obesidad infantil o en su defecto en su detección e tratamiento temprano.

En este contexto, hay que recordar que el tratamiento psicológico es fundamental para abordar los casos de obesidad infantil, como indicó el doctor Gonzalo Morandé, de la Asociación Española de Pediatría (AEP) durante el desarrollo del *LIIIX Congreso de la AEP* (Zaragoza, 5 junio 2009) «Hasta el momento la dieta y el ejercicio físico parecían ser los dos pilares fundamentales en el abordaje de este problema. Sin embargo, existe un tercero que, aún más en el caso de los menores, parece fundamental para obtener los resultados deseados. Hablamos del “modelo psicológico” (...) Según Morandé, responsable de la Unidad de Trastornos Alimentarios del Hospital Niño Jesús de Madrid, “este modelo aporta algo distinto que viene a sumarse a los elementos clásicos de la dieta y el ejercicio físico. Consigue motivación para el tratamiento y favorecer su continuidad; adecuación de objetivos para hacerlos más alcanzables y aporta un formato grupal de pacientes y padres que permite aumentar su potencia”» (véase [www.diariosalud.net/](http://www.diariosalud.net/)). En este mismo sentido, el Instituto para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido (*National Institute for Health and Clinical Excellence- NICE-*), subraya que el tratamiento de los trastornos de alimentación debe ser integral, contando con la participación conjunta de nutricionistas y psicólogos, dada la eficacia que ha demostrado, en concreto, la terapia cognitivo-conductual al respecto (véase [www.nice.org.uk/](http://www.nice.org.uk/)).

Concluyendo, como indicada Lorence (2008), entendemos que es de vital importancia que se desarrollen planes de intervención integral que comprendan tratamientos psicológicos e intervención médica con el fin de que este modelo de intervención interdisciplinar permita maximizar la eficacia de los tratamientos tanto de orden preventivo como terapéutico.

### **Bibliografía.**

Burke, G. L.; Alain G. Bertoni, A. G.; Shea, S.; Tracy, R.; Watson, K. E.; Blumenthal, R. S.; Chung, H.; Carnethon, M. R. (2008). The Impact of Obesity on Cardiovascular Disease Risk Factors and Subclinical Vascular Disease. *Archives of Internal Medicine*, 168(9), 928-935 (<http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/abstract/168/9/928>)

Lorence, B. (2008). Perfil psicológico de la obesidad mórbida. *Apuntes de Psicología*, 26 (1), 51-68.