



## Recomendaciones para el manejo psicológico de niños y adolescentes con obesidad

*Recommendations for the psychological management of children and adolescents with obesity*

Arturo Perea-Martínez,\* Ana Lidia González-Valadez,\* Ana María Hernández-López,‡  
Ariadna L Campos,\* Verónica García,\* Patricia Saltigeral-Simental,§ Manuel Ángel Correa-Flores,§  
Mitchel Martín Padilla-Rojas,§ Jessie Zurita-Cruz¶

\* Departamento de Pediatría Integral y la Clínica de Obesidad, Instituto Nacional de Pediatría; ‡ Unidad de Bienestar Infantil del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”; § Asociación Mexicana de Pediatría; ¶ Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, sede hospitalaria: Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México, México.

### RESUMEN

La frecuencia de depresión, trastornos de ansiedad y baja autoestima es mayor en niños y adolescentes con obesidad, que sus pares sin esta condición, lo cual conduce a un deterioro en la calidad de vida. Por lo anterior, como parte de la evaluación integral de este grupo de pacientes resulta indispensable valorar su salud mental. En este artículo se dan a conocer las pautas para el abordaje inicial de los niños y adolescentes que tienen sobrepeso/obesidad; además, se describen las intervenciones psicológicas que han demostrado buenos resultados a largo plazo.

**Palabras clave:** obesidad, ansiedad, depresión, salud mental, niños, adolescentes.

### ABSTRACT

The frequency of depression, anxiety disorders and low self-esteem is higher in children and adolescents with obesity than their peers without this condition, which leads to a deterioration in their quality of life. Therefore, as part of the comprehensive evaluation of this group of patients, it is essential to evaluate their mental health. This article provides guidelines for the initial approach to children and adolescents who are overweight/obese; in addition, psychological interventions that have demonstrated good long-term results are described.

**Keywords:** obesity, anxiety, depression, mental health, children, adolescent.

### INTRODUCCIÓN

En épocas relativamente recientes, tanto las y los niños, como las o los adolescentes con sobrepeso y obesidad enfrentan un mayor riesgo de baja autoestima y percepción negativa de su imagen corporal. Lo anterior, se debe, en parte, a la influencia del contexto social, en dónde la industria de la moda y la belleza, así como las redes sociales orientan a la población mundial a poseer

una figura física delgada, para que una persona sea considerada saludable, bella y con aprobación social.

Entonces, a las personas con sobrepeso estas “reglas” les generan grandes retos para lograr aceptarse así mismas y, en caso contrario, vivir un nivel variable de insatisfacción social y psicológica. Además, a estas personas, su condición nutricional las hace blanco para ser victimizado(a) y estigmatizado(a) por sus pares e incluso familiares.

**Correspondencia:** Dra. Jessie Zurita-Cruz, E-mail: zuritajn@hotmail.com

**Citar como:** Perea-Martínez A, González-Valadez AL, Hernández-López AM, Campos AL, García V, Saltigeral-Simental P et al. Recomendaciones para el manejo psicológico de niños y adolescentes con obesidad. Rev Mex Pediatr. 2023; 90(s1): s34-s40. <https://dx.doi.org/10.35366/115878>

Todas estas circunstancias las hace vivir con síntomas de depresión y ansiedad, los cuales en conjunto a otras condiciones psicológicas hacen que estas personas requieran, como parte de un manejo integral, de la evaluación de su condición psicológica y su ámbito social. En muchas ocasiones, el resultado de esta evaluación hará necesario la implementación de intervenciones encaminadas a mejorar su salud.

Este artículo tiene como objetivo que el pediatra o el médico de primer contacto disponga de las herramientas básicas para sospechar la presencia de alteraciones psicológicas en pacientes pediátricos que cursan con sobrepeso u obesidad. Asimismo, se informa de los principales abordajes que actualmente existen, a fin de orientar a pacientes y sus padres para buscar el apoyo psicológico y social que requieren.

### ¿Cuándo iniciar el abordaje psicológico en un paciente pediátrico con obesidad?

*Cualquier paciente pediátrico con obesidad que inicie un programa de atención integral de la obesidad requiere de estrategias psicológicas que trasciendan para el logro de sus objetivos.<sup>1,2</sup>*

En los desórdenes nutricionales como la obesidad, la regulación emocional y el estrés están muy relacionados con menor actividad física, mayor incidencia de irregularidades en el sueño y los trastornos de la conducta alimentaria que les confiere una mayor susceptibilidad para la ganancia de peso.<sup>1,2</sup> Ante esto, siempre es indispensable el inicio de una intervención psicológica en estos pacientes.

Entre los principales objetivos de las intervenciones psicológicas en el ámbito en pacientes con sobrepeso u obesidad se incluyen estrategias conductuales y de afrontamiento que ayuden a la reducción de comportamientos alimentarios desordenados, en la preocupación por el peso y la figura, para reducir los sentimientos de depresión y ansiedad (regulación de las emociones). Asimismo, se trata de empoderar a los pacientes para fortalecer sus habilidades que contribuyan a la conciencia, comprensión y aceptación de las emociones; el apoyo propio y la autocompasión mejoran la resiliencia, autocuidado, autoeficacia, autoestima y asertividad entre los individuos con sobrepeso y obesidad.<sup>1,2</sup>

Cabe señalar que los adolescentes representan un grupo de mayor riesgo para los problemas de salud mental, afectando más su calidad de vida.<sup>1,2</sup>

### ¿Cuáles son las alteraciones psicológicas que ocurren en pacientes con obesidad?

Como podemos ver en la *Tabla 1*, existen múltiples alteraciones psicológicas que impactan sobre el peso corporal de los pacientes, en caso de no identificarlos y atenderlos apropiadamente, ponen en riesgo el éxito de las otras intervenciones para mejorar la condición nutricional de éstos, ya que habrá un alto porcentaje de fracaso y deserción en el manejo de la obesidad.

De estas alteraciones destaca la depresión y ansiedad; ante esto, se recomienda en el abordaje inicial aplicar instrumentos en todos los pacientes pediátricos con obesidad. Existen instrumentos validados para la población pediátrica que se pueden aplicar, tanto para ansiedad (SCARED, *Anexo 1*), como para depresión (BIRLESON, *Anexo 2*). En caso de detectar estas alteraciones, la recomendación es que estos pacientes sean evaluados por expertos en psiquiatría infantil o psicología.

### ¿Cuáles son las intervenciones psicológicas más efectivas como parte del manejo niños y adolescentes con obesidad?

*La terapia cognitivo-conductual (TCC) es el enfoque más utilizado y aborda la relación entre cogniciones, sentimientos y conductas, utilizando técnicas de terapia conductual para modificar conductas y disfunciones.<sup>2-6</sup>*

Son dos los componentes principales de la TCC; el primero es el enfoque conductual, cuyo objetivo,

**Tabla 1:** Alteraciones psicológicas que son causa y/o consecuencia de la obesidad.<sup>2,12,13</sup>

Alteraciones psicológicas	Impacto a largo plazo
Depresión	Deserción escolar
Ansiedad	Dificultad para el diseño de un proyecto de vida
Baja autoestima	Alcanzar un estatus socioeconómico más bajo
Insatisfacción corporal	
Auto concepto negativo	
Trastornos alimentarios como atracones, anorexia y bulimia	
Acoso escolar	
Déficit de habilidades sociales	
Problemas de atención	

en presencia de sobrepeso u obesidad, se centra en cambiar los hábitos alimentarios y la actividad física a través del autocontrol (es decir, *que el paciente reciba información sobre la obesidad y sus complicaciones, que conozca los principios del tratamiento, establecer un autocontrol de los hábitos alimentarios y de actividad física, tener objetivos realistas, contar con opciones de alimentos saludables, reducir la actividad sedentaria, incrementar la actividad diaria y la gestión del tiempo, establecer reglas familiares para el uso de la televisión y la computadora, y encontrar alternativas de actividades, así como identificar barreras para el cambio de comportamiento.*)

Mientras que el segundo componente es el enfoque cognitivo, en el cual se trata de cambiar la distorsión en la imagen corporal y ayudar a la regulación de las emociones (esto es, *reconocer los pensamientos y las emociones relacionados con los hábitos alimenticios, estrategias para la regulación de las emociones, evitar comer emocionalmente, estrategias para el manejo de situaciones difíciles que involucran alimentos, distinguir entre hambre y antojo, fomentar la autoestima y la imagen corporal saludable; así como la modificación de conducta y afrontamiento, estrategias cognitivas para ayudar a mejorar el mantenimiento del peso, aunado a la prevención de recaídas.*)<sup>7</sup>

Se ha demostrado que las intervenciones basadas en la TCC dan como resultado hábitos alimentarios más saludables, mejor salud psicosocial, calidad de vida, autoestima y variables antropométricas, incluido el IMC y la circunferencia de la cintura, en niños y adolescentes.<sup>2-6</sup>

Debido al papel que tiene la familia en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad en los niños y adolescentes, existen variables que se deben tener en cuenta para el diseño de estrategias que ayuden a la prevención y manejo de este padecimiento. Una de estas variables es el peso de los padres, las rutinas familiares, el establecimiento de límites, el hacinamiento, el funcionamiento familiar, los modelos paternos y el estado de estrés de los padres; todos estos factores son predictores del sobrepeso en niños y adolescentes, de ahí que la atención basada en la familia y otros contextos para el manejo del sobrepeso y la obesidad infantil se centra en los comportamientos dietéticos y de actividad física, junto con las reglas de la unidad familiar, sus rutinas de salud, actividades escolares y complementarias, la comunicación y dinámica de éstas.<sup>2-5</sup>

Se conoce que comer produce sentimientos de placer y recompensa; particularmente los alimentos de alto

contenido energético tienen un efecto de contención en las áreas del cerebro involucradas en la respuesta al estrés, traducándose en un resultado relajante emocional y socialmente enriquecedor, pero puede llevar al consumo excesivo de calorías y la ganancia de peso. Por lo tanto, comer puede convertirse en una forma condicionada de regular el estrés fisiológico y las emociones negativas, haciendo desaparecer el malestar, aunque sea momentáneamente. Lo anterior sugiere la necesidad de promover apegos seguros desde edades tempranas para prevenir y tratar la obesidad infantil y estrategias de manejo del estrés para modificar los patrones alimentarios de riesgo.<sup>2-5</sup>

### ¿Cómo puede la conversación motivar a los pacientes pediátricos, como parte del manejo de la obesidad?

En el tema de la obesidad, es importante considerar “hablar cuidadosamente del tema”, para ser capaz de influir en un cambio de conducta a través de una conversación positiva.<sup>8</sup> En este punto, la conversación profesional constituye la mejor herramienta, pero iniciarla de manera adecuada es fundamental para poder llevar a cabo una discusión positiva.

A continuación, se describen las recomendaciones desarrolladas por la Red Canadiense de Obesidad, que ofrecen un marco de trabajo claro para que los profesionales médicos aborden el tema del sobrepeso/obesidad en la consulta habitual; para ayudar a entenderlo y dominar sus componentes lo denominaron como: Las 5 A's (Figura 1):<sup>9</sup>

1. **(Ask) averiguar:** pedir permiso para hablar sobre el peso, averiguar si el paciente o familia está dispuesto a hablar de su peso.
  - a) Explorar la preparación para el cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y recaída.
  - b) Usar la entrevista motivacional.
  - c) Crear un ambiente favorable.
2. **(Assess) analizar:** determinar el grado de obesidad, analizando las causas, complicaciones y posibles barreras para el cambio.
3. **(Advise) asesorar:** sobre los riesgos de la obesidad, comentar beneficios y opciones.
4. **(Agree) acordar:** expectativas realistas y un plan de metas conductuales **SMART:** Específicas, Medibles, Alcanzables, Relevantes y basadas en Tiempo.



Figura 1: Las 5 A's del manejo de la obesidad.

5. **(Assist) acompañar:** ayudar al paciente y su familia a identificar las causas de la obesidad (ambientales, socioeconómicas, emocionales y médicas).

En este contexto es importante que reconozcamos que el entorno familiar influye para el desarrollo y la perpetuación de la obesidad; de ahí la necesidad de hablar del tema y sus consecuencias, pero no sólo al paciente, sino que también es importante involucrar al resto de la familia, para que en conjunto realicen cambios para que sus hábitos sean más saludables. El éxito se observa más, cuando todos los integrantes de la familia están convencidos que las acciones tendrán impacto positivo para todos sus integrantes.

### ¿Cuál es el papel del profesional de la salud, específicamente el médico general de primer contacto o pediatra, en el abordaje psicológico?

¡Es importante! trabajar en la motivación para el cambio de conductas. Asimismo **NO enfocarse en la reducción de peso**, sino en la adquisición de hábitos saludables en la alimentación, la actividad física y mejoría de las comorbilidades que el paciente presenta antes del inicio del manejo del sobrepeso u obesidad. Durante la conversación es importante evitar la confrontación para no generar resistencias. Además, el profesional de la salud requiere estar centrado en el paciente, y necesita disponer de tres características que

son decisivas para facilitar el cambio: empatía, calidez emocional y autenticidad.<sup>10,11</sup>

## CONCLUSIONES

Basado en que la obesidad es una patología multifactorial, todo niño o adolescente con obesidad requiere de ser evaluado para identificar la presencia de alteraciones psicológicas, principalmente ansiedad y depresión. Y, en caso de detectarlas, iniciar manejo específico.

Además, es importante emplear intervenciones psicológicas, particularmente la TCC, las cuales deben estar dirigidas a modificar el estilo de vida familiar hacia patrones más saludables, incluyendo la ingesta dietética y hábitos de actividad física.

## REFERENCIAS

- Murray M, Pearson JL, Dordevic AL, Bonham MP. The impact of multicomponent weight management interventions on quality of life in adolescents affected by overweight or obesity: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Obes Rev.* 2018; 20(2): 278-289. doi: 10.1111/obr.12774.
- Martin A, Booth JN, Laird Y, Sproule J, Reilly JJ, Saunders DH. Physical activity, diet and other behavioural interventions for improving cognition and school achievement in children and adolescents with obesity or overweight. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018; 1(1): CD009728. doi: 10.1002/14651858.CD009728.
- Colquitt JL, Loveman E, O'Malley C, Azevedo LB, Mead E, Al-Khudairy L et al. Diet, physical activity, and behavioural interventions for the treatment of overweight or obesity in preschool children up to the age of 6 years. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016; 3(3): CD012105. doi: 10.1002/14651858.CD012105.
- Janicke DM, Steele RG, Gayes LA, Lim CS, Clifford LM, Schneider EM et al. Systematic review and meta-analysis of comprehensive behavioral family lifestyle interventions addressing pediatric obesity. *J Pediatr Psychol.* 2014; 39(8): 809-825. doi: 10.1093/jpepsy/jsu023.
- Santos AF, Martins MC, Fernandes C, Bost KK, Verissimo M. Relation between attachment and obesity in preschool years: a systematic review of the literature. *Nutrients.* 2021; 13(10): 3572.
- Jebeile H, Kelly AS, O'Malley G, Baur LA. Obesity in children and adolescents: epidemiology, causes, assessment, and management. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2022; 10(5): 351-365. doi: 10.1016/S2213-8587(22)00047-X.
- Kang NR, Kwack YS. An update on mental health problems and cognitive behavioral therapy in pediatric obesity. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2020; 23(1): 15-25. doi: 10.5223/pghn.2020.23.1.15.
- Miller WR, Rollnick S, Asensio Fernández M. *La entrevista motivacional.* 3ª edición: ayudar a las personas a cambiar (1.). Ediciones Paidós; 2015.
- Wharton S, Lau DCW, Vallis M, Sharma AM, Biertho L, Campbell-Scherer D et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline. *CMAJ.* 2020; 192(31): E875-E891. doi: 10.1503/cmaj.191707.
- Aveyard P, Lewis A, Tearne S, Hood K, Christian-Brown A, Adab P et al. Screening and brief intervention for obesity in primary care:

- a parallel, two-arm, randomised trial. *Lancet*. 2016; 388(10059): 2492-2500. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31893-1.
11. Hampl SE, Hassink SG, Skinner AC, Armstrong SC, Barlow SE, Bolling CF et al. Clinical practice guideline for the evaluation and treatment of children and adolescents with obesity. *Pediatrics*. 2023; 151(2): e2022060640. doi: 10.1542/peds.2022-060640.
  12. Zeiler M, Philipp J, Truttmann S, Waldherr K, Wagner G, Karwautz A. Psychopathological symptoms and well-being in overweight and underweight adolescents: a network analysis. *Nutrients*. 2021; 13(11): 4096. Available in: <https://doi.org/10.3390/nu13114096>
  13. Gow ML, Tee MSY, Garnett SP, Baur LA, Aldwell K, Thomas S et al. Pediatric obesity treatment, self-esteem, and body image: A systematic review with meta-analysis. *Pediatr Obes*. 2020; 15(3): e12600. Available in: <https://doi.org/10.1111/ijpo.12600>

**Conflicto de intereses:** los autores declaran que no tienen.

## Anexo 1: Autorreporte SCARED para niños y adolescentes.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ años

Instrucciones: por favor lee con cuidado cada una de las oraciones y marca con una X qué tanto se aplica en tu caso para nunca, algunas veces o siempre en las últimas dos semanas. No hay respuestas buenas ni malas.

	Nunca	Algunas veces	Siempre
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			

Ansiedad

≥ 25 Síntomas de ansiedad.

+ 30 Trastorno de ansiedad generalizada.

### Anexo 2: Escala de BIRLESON para niños y adolescentes.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años

Instrucciones: por favor responde honestamente cómo te has sentido en las últimas dos semanas. No hay respuestas buenas o malas.

Codificación	Siempre	Algunas veces	Nunca
0-2	1. Me interesan las cosas tanto como antes		
0-2	2. Duermo muy bien		
2-0	3. Me dan ganas de llorar		
0-2	4. Me gusta salir con mis amigos		
2-0	5. Me gustaría escapar, salir corriendo		
2-0	6. Me duele la panza		
0-2	7. Tengo mucha energía		
0-2	8. Disfruto la comida		
0-2	9. Puedo defenderme por mí mismo		
2-0	10. Creo que no vale la pena vivir		
0-2	11. Soy bueno para las cosas que hago		
0-2	12. Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes		
0-2	13. Me gusta hablar con mi familia		
2-0	14. Tengo sueños horribles		
2-0	15. Me siento muy solo		
0-2	16. Me animo fácilmente		
2-0	17. Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo		
2-0	18. Me siento muy aburrido		

Depresión

13-21 = síntomas depresivos.

+22 = depresión mayor.