LA OBESIDAD INFANTIL: UNA FORMA DE MANIFESTACIÓN DEL MALESTAR EN LA CULTURA

CHILD OBESITY: AN EXPRESSION OF CIVILIZATION AND ITS DISCONTENTS

Catalina Martín Gómez*y Paloma Ortiz Soto**

RESUMEN

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, que suele iniciarse en la infancia y adolescencia y constituye un creciente problema de salud pública. Tradicionalmente el tratamiento de la obesidad se fundamenta en la dieta y el ejercicio físico. Sin embargo, este enfoque es excesivamente reduccionista, ya que los aspectos psicológicos y socio-familiares, que juegan un papel decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad, no son por lo común considerados en el tratamiento.

En este trabajo pretendemos reflexionar sobre los factores psicosociales relacionados con el inicio y el mantenimiento de la obesidad en niños y adolescentes con el fin de proponer intervenciones terapéuticas eficaces. Partiremos de tres interrogantes: 1-¿Qué factores psicosociales se relacionan con la obesidad infantil?; 2-¿Cómo incide y se articula lo sociocultural con lo psicológico?; 3-¿Qué modos de intervención debemos emplear para que surja una demanda de tratamiento verdadera que haga posible una intervención eficaz?.

PALABRAS CLAVE: obesidad infantil, intervención, salud mental.

ABSTRACT

Obesity is a chronic, complex and multicausal disease that usually starts during childhood or adolescence. Nowadays it is a mayor public health problem. Obesity management is traditionally based on diet and exercise. However, this might be a reductionist approach since psychological, family and social aspects, that play an important role in the onset and maintenance of obesity, are usually forgotten in the treatment.

In order to suggest potential therapeutic interventions, this paper try to reflect on psychosocial factors related with the onset and maintenance of obesity in children and adolescents. We try to find the answer to the following three questions: 1) Which are the psychosocial factors related to obesity in childhood? 2) Which is the sociocultural factors impact and how are they related to psychological factors? 3) What kind of intervention strategy should be used in order to elicit a real request for treatment leading to an effective intervention?

KEY WORDS: Obesity, childhood, mental health, intervention.

* Psiquiatra. Coordinadora del Hospital de día de adolescentes. Hospital de día de adolescentes-Centro educativo "Vallecas". C/ Rafael Fernández Hijicos nº 28. 28033 Madrid. Dirección postal: c/ Delicias nº 28; portal B; 1º A. 28045 Madrid. Teléfono: 690354180; 915277520. Correo electrónico: catimiguel@yahoo.es.

** Psiquiatra. Coordinadora del Programa Infanto- Juvenil. Centro de Salud Mental de Retiro. Centro de Salud Mental de Retiro. C/ Lope de Rueda nº43. 28009. Dirección postal: c/ Chaparro 38. Torrelodones. 28250 Madrid. Teléfono: 610930794 Correo electrónico: portizsoto@hotmail.com.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Introducción

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, que suele iniciarse en la infancia y adolescencia; su prevalencia ha aumentado en las últimas décadas hasta convertirse en un importante problema de salud pública.

En España existen pocos estudios representativos sobre la frecuencia de la obesidad en la población infanto-juvenil. El estudio enKid diseñado para valorar los hábitos alimentarios y el estado nutricional de la población infanto-juvenil española estima con cierta validez la prevalencia de la obesidad en dicha población. Dicho estudio se realizó sobre una muestra representativa de la población española de 2 a 24 años en el periodo 1998-2000, y obtuvo prevalencias del 13,9% de obesidad y del 26,3% de sobrepeso y obesidad; ambos valores fueron mayores en varones que en mujeres. Respecto a la distribución por edad, los niños de 6 a 13 años son los que presentaron mayores prevalencias (Serra, Ribas, Aranceta y cols., 2003). Según el National Center for Health Statistics (1997) la obesidad en la infancia, sobre todo después de los 10 años, es un importante predictor de la obesidad en el adulto.

Desde una perspectiva psicosocial podemos pensar en la obesidad como un síntoma de nuestro tiempo estrechamente relacionado con el excedente de alimentos, los hábitos sedentarios y el consumismo propio de los países "desarrollados" que incluye también a los alimentos entre los bienes de consumo.

Tradicionalmente los pilares básicos del tratamiento la obesidad son la dieta y el ejercicio físico, basados en que los factores que causan la obesidad son la ingesta excesiva de calorías y los patrones de vida sedentaria. Desde nuestro punto de vista, este es un enfoque excesivamente reduccionista, ya que en la obesidad hay que considerar otras variables que influyen tanto en el inicio como en su mantenimiento y cronicidad. No se trata de negar la evidencia de la necesidad de aumentar el ejercicio físico y disminuir la ingesta si se pretende perder peso, pero para que la reducción del peso se mantenga en el tiempo es necesario prestar atención a otros aspectos como son los psicológicos y socio-familiares. Dichos aspectos juegan un papel decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad y sin embargo en los enfoques de tratamiento actuales quedan por lo común, descuidados. Generalmente los abordajes terapéuticos propuestos, consisten en intervenciones a nivel nutricional y psicoeducativo con planificación de programas para facilitar información a los pacientes y familiares sobre hábitos saludables de alimentación y ejercicio físico, pero hay una alta tasa de abandonos y las recaídas durante la etapa de mantenimiento son la norma.

Por otra parte, una de las mayores dificultades para el abordaje de estos pacientes es la ausencia de una "demanda real" de tratamiento (Schmit, 1990). Los pacientes y sus familias piden ayuda médica muchas veces a instancias de un tercero que suele ser el pediatra alarmado ante el sobrepeso del niño, pero no suelen comprometerse con en el tratamiento o lo hacen con disgusto.

Desde la perspectiva de salud mental en la relación con estos pacientes se nos plantean algunas cuestiones éticas y técnicas: ¿Se debe plantear una intervención desde salud mental?, ¿En qué casos?, ¿Cual es el tipo de intervención más adecuada y en qué momento de la intervención médica/ somática debe proponerse?

En este trabajo pretendemos reflexionar sobre los mecanismos de funcionamiento psicológico y los factores sociales y familiares relacionados con el inicio y el mantenimiento de la obesidad en niños y adolescentes, con el fin de proponer intervenciones terapéuticas eficaces.

Consideraciones iniciales

Partimos de tres interrogantes:

1-¿Qué factores psicosociales se relacionan con la obesidad infantil?

2-¿Cómo incide y se articula lo sociocultural con lo psicológico?

3-¿Qué modos de intervención debemos emplear para que surja una verdadera demanda de tratamiento que haga posible una intervención eficaz?

1-¿Qué factores psicosociales se relacionan con la obesidad infantil?

1.A- Factores individuales

En la génesis de la obesidad están implicados factores individuales que pueden actuar bien directamente o bien modificando las conductas alimentarias.

A.1-Relaciones tempranas

La alimentación no puede considerarse como una mera

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

forma de cubrir la necesidad sino que representa un área de intercambios privilegiada en donde se enfrentan la solicitación activa del lactante a su madre y la respuesta proporcionada por ella en función de su percepción de las necesidades del niño, percepción modulada por su propia problemática inconsciente.

Vicente (2005) describe la significación del diálogo corporal entre la madre y el bebé en la adquisición de una identidad psíquica: "La adquisición de una identidad corporal es la base para el establecimiento de una identidad psíquica. Se construye y se organiza en relación con un "otro" que ocupa para el niño un lugar privilegiado (...). El niño necesita del tacto, del contacto, de la voz, la mirada de ese "otro" para sentirse, para ir percibiendo y construyendo su cuerpo." Desde la perspectiva materna sabemos que el niño y sobre todo sus manifestaciones sintomáticas, juegan un papel dentro de la economía psíquica de la madre, permitiéndole reencontrar y recuperar un objeto perdido cuyo luto es todavía conflictivo. (Manzano, 2001).

La dificultad que tiene el obeso para identificar sus sensaciones no pudiendo distinguir hambre de saciedad, ni hambre de otras emociones que le embargan (Bruch, 1957) tendría su origen en el contexto de los intercambios entre la madre y el niño. La respuesta estereotipada de la madre suministrando alimento ante cualquier manifestación emocional del niño, le impedirá distinguir el hambre de otras sensaciones internas y le llevará mas tarde a calmar cualquier sensación con comida.

El hecho de satisfacer inmediatamente la necesidad incluso antes de que el deseo haya sido elaborado afecta a dimensiones importantes del desarrollo del niño y es más grave cuando el alimento sustituye a sentimientos que la madre no puede expresar de otro modo.

Doltó (1986) señala que la madre es quién por medio de la palabra, hablándole a su hijo de lo que este querría pero que ella no le da, le mediatiza la ausencia de un objeto, al tiempo que reconoce como válido este deseo cuya satisfacción es negada,. La madre de un niño obeso tendría dificultades para asumir sus límites o fallas en relación a su hijo y ofrecería alimento para cubrirlas.

Queremos señalar como palabras y alimento pueden venir a calmar la insatisfacción del niño de modos muy distintos; si la madre acepta no saber "todo" sobre lo que necesita su hijo le ofrecerá compañía, palabras, canciones, caricias… o por el contrario, puede pensar que lo único que le ocurre es que tiene hambre y confundir la necesidad con el deseo donde la comida puede sustituir a sentimientos. Una relación de incompatibilidad entre la palabra y la comida puede advertirse en las expresiones coloquiales "come y calla" o "no se habla con la boca llena".

Las fallas en la función materna tanto respecto a la incapacidad para ajustarse con constancia a las necesidades corporales del niño, como a nivel del investimento motriz, podrían conducir a graves trastornos de la representación de la imagen del cuerpo, de los límites corporales en relación con el otro, y por tanto del sentido de identidad, trastornos que a veces permanecen latentes, antes de convertirse en lugar privilegiado de conflictos más tardíos.

A.2-Perspectiva pulsional

Desde una perspectiva pulsional y siguiendo a Freud, A. (1968) en el desarrollo normal, el niño ha de pasar por diferentes etapas hasta alcanzar la regulación de un modo activo y racional de la alimentación, de acuerdo con las propias necesidades y apetito y de manera independiente de sus relaciones con la persona que lo alimenta y de sus fantasías. Sin embargo, las fijaciones y regresiones a modalidades de la oralidad primitiva marcan las líneas de fuerza fundamentales en el desarrollo posterior de la personalidad. De este modo, la sensación de hambre y por extensión, de cualquier frustración, pueden re-editar la herida narcisista asociada a la dependencia total de los estadios precoces y provocar vivencias angustiosas de separación y rechazo. En algunos casos, las gratificaciones orales tratan de "llenar" el vacío objetal negando así la dependencia del otro.

El conflicto edípico suscita a menudo movimientos regresivos que privilegian los modos de satisfacción mas investidos en el pasado. Las satisfacciones orales, al conllevar menos prohibiciones o limitaciones que la mayoría de los otros objetivos pulsionales representan un goce menos conflictivo, mediante el cual, además, puede imaginarse que satisfacen a su madre. La obesidad le sirve al niño para ocultar sus deseos edípicos demostrando que no se interesa más que por los alimentos. El niño, enfrenta en parte la problemática edípica empleando la negación en vez de la represión lo que puede derivar en dificultades posteriores en el aprendizaje y en la identificación sexual. Los alimentos pueden adquirir un significado fálico y asociarse a la adquisición de poder, que al ser la madre quien lo dispensa, se torna inofen-

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

sivo. La hiperfagia sirve también como modo privilegiado de expresión de las pulsiones agresivas, que por otra parte se hallan cuidadosamente controladas, por lo menos en lo que se refiere a imágenes parentales.

En la adolescencia, si prevalece una problemática oral podrán aparecer episodios bulímicos o anorexia mental. Otros niños pasarán sin cambio notable de una obesidad infantil a una obesidad adolescente.

Según Schmit (1990), los trastornos de la identidad en la obesidad pueden situarse a niveles muy distintos: en algunos adolescentes se centra en la imposibilidad de elección sexual o como una aspiración a la bisexualidad. Pueden aparecer fantasías de hermafroditismo con un cuerpo que posee pene, senos, nalgas o fantasías en las que el cuerpo entero representa el poder fálico. En otros adolescentes se utiliza la obesidad y sus beneficios secundarios como defensa contra la activación del conflicto edípico, sin que ello suponga traba alguna a una identidad sexuada.

A.3-Psicopatologia y formas clínicas

Winnicot en su texto "Apetito y trastorno emocional" (1936) nos recuerda: "En la literatura psicoanalítica y psicológica existe un consenso general con respecto a que las alteraciones del apetito son comunes en las enfermedades psiquiátricas pero lo cierto es que tal vez no se reconozca toda la importancia del comer. Así, resulta raro encontrar la palabra "gula" en los escritos psicológicos; y, sin embargo, ésta es una palabra que tiene un significado muy definido, que une lo físico con lo psíquico, el amor con el odio, lo que resulta aceptable para el ego con lo que es inaceptable. (…) Hace tiempo que debiera haberse comentado la relación entre el apetito y la gula. Me atrevo a sugerir que en el ser humano la gula jamás aparece de forma manifiesta, ni siquiera en los niños, y que, cuando aparece como síntoma, constituye siempre un fenómeno secundario que entraña angustia (…). Llevo ya varios años enseñando que la observación atenta pone de manifiesto que no hay ninguna línea que divida claramente las siguientes afecciones: la anorexia nerviosa de la adolescencia, inhibiciones de la función nutritiva propias de la niñez, los trastornos del apetito en la niñez que tienen relación con ciertos momentos críticos, y las inhibiciones de la función nutritiva de la infancia, incluso de la primera infancia (...) El análisis de niños de mayor edad, así como de adultos, nos proporciona una visión muy clara de las múltiples maneras en que el apetito se ve envuelto en la defensa contra la angustia y la depresión".

La obesidad, siguiendo a Lebovici (1990) es más un estado que un síntoma. Constituye una forma de adaptación, mantenida activamente en la medida en que protege de angustias o de desorganizaciones más graves. En palabras de este autor: "Es imposible describir un perfil o imaginar el modelo de funcionamiento mental del niño obeso. La obesidad en sí es una respuesta específica a dificultades del desarrollo libidinal, a conflictos psíquicos subyacentes, a interacciones padres-niño que no tienen nada de específicas y que al aparecer precozmente, podrían haber dado lugar a otras manifestaciones psicopatológicas o psicosomáticas".

Consideramos que el enfoque psicológico del niño obeso obliga a articular su trastorno alimentario con aquello que se observa en el conjunto de la economía psíquica del niño. No existe una organización específica de la personalidad ni podemos hablar de una exploración psicopatológica común, la obesidad puede darse sobre cualquier tipo de estructura subyacente (psicosis, neurosis o límite). No obstante, queremos hacer referencia a la clasificación que propone Bruch (1975) por considerarla de interés. De acuerdo con dicha autora, las formas clínicas de la obesidad infantil pueden agruparse en:

a) Obesidades sin problema psicológico aparente: se refiere a la obesidad que aparece como síntoma aislado en niños sin ninguna otra problemática aparente y tampoco con un sobrepeso excesivo.

b) Obesidades reaccionales y neuróticas: estas aparecen como una forma de trastorno reactivo en relación con un acontecimiento traumático o ante una situación de abandono o falta de cuidados prolongada para el niño. Aquí la hiperfagia es un intento de calmar la angustia ocasionada o la depresión.

c) Obesidades de desarrollo y trastornos graves de la personalidad: las entiende como un modo defensivo que ayuda a mantener el sentimiento de identidad. Estas obesidades se presentan asociadas a un conjunto de síntomas, constituyendo un síndrome y son las de aparición más precoz, más graves y asociadas a la inactividad.

Para Schmit (1990), dicha diferenciación en formas clínicas debe concebirse desde una perspectiva dinámica ya que la evolución del desarrollo psíquico del niño obeso y la evolución de su obesidad no son siempre convergentes. A veces, puede persistir como una forma defensiva, evitando recurrir a otros síntomas, mientras que en otras ocasiones, su importancia en la economía psíquica disminuye dando paso a otros tipos de funcionamiento, sin que la obesidad excluya otro tipo cualquiera de organización.

Bruch (1975) describe una serie de rasgos presentes en los obesos: sentimientos de dependencia, inagotable demanda afectiva, gran intolerancia a la frustración, vivencia de in-

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

satisfacción y angustia de separación. Existe una búsqueda de gratificación inmediata a nivel oral que oculta un sentimiento de omnipotencia, apoyado por las fantasías ligadas a la apariencia corporal.

Autores como L Kreisler describen un tipo de obesos donde el funcionamiento mental es encuadrable en la clínica psicosomática. Son personas bien adaptadas con ausencia de fantasías, relaciones interpersonales pobres y pensamiento preoperatorio predominante, (Schmit, G.1990). La hiperfagia sirve como vía de descarga de la excitación, así, el modo de alimentarse se constituye como una forma de evitar el conflicto convirtiéndose en recurso habitual y permite una posición aparentemente ajena a los conflictos que quedan reprimidos o negados.

Desde otra perspectiva psicoanalítica se puede plantear como un rasgo común en los obesos una posición masoquista del sujeto ante el sufrimiento que le produce la renuncia al lazo pulsional con la madre, de ahí pueden derivarse la pasividad y la aceptación del maltrato social que se observa a veces en estos pacientes.

No acometemos aquí el estudio de las obesidades causadas por enfermedades malformativas, endocrinas o secundarias a la toma de fármacos por considerar que dependiendo de su origen van a requerir modos de comprensión y abordajes diferentes y suponen tan sólo el 10% de los casos siendo el 90% de los casos idiopáticos (Dietz, Robinson, 2005).

Conducta y mecanismos de defensa del niño obeso

La hiperfagia, la inactividad y pasividad son características del niño obeso. Se observa un predominio de la oralidad y una falta de investimento adecuado de la motricidad de manera que el niño no obtiene satisfacción con el movimiento a lo que se asocia un sentimiento de inseguridad.

La inactividad podría estar en relación con dificultades en la separación del objeto materno. La madre no conseguiría crear un ritmo de ausencia y presencia adaptado a las necesidades del niño impidiendo que este pueda disfrutar del movimiento para alejarse o acercarse al objeto y alcanzar un sentimiento de seguridad y confianza en sus propios logros psicomotrices, así como de apoderamiento y dominio del espacio, con reconocimiento de los límites propios. Con la pasividad se mantiene la dependencia del objeto para alcanzar las propias metas o simplemente se reniega de ellas.

La hiperfagia es un acto compulsivo de carácter autoerótico, donde la pérdida de la madre o de los objetos que la representan produce una vivencia de vacío y de carencia que el sujeto trata de negar y de colmar con el alimento sin conseguirlo, puesto que es imposible de colmar. La hiperfagia sirve también como vehículo de expresión de pulsiones agresivas.

Ambas, son formas de manejo de angustias primitivas en relación con la ausencia. En la inactividad predomina la situación de dependencia del objeto, en la hiperfagia predomina la actuación con descarga de la pulsión y la negación de la dependencia, son pues, las dos caras de la misma moneda. Estos modos de funcionamiento a lo largo del tiempo adquieren un carácter autónomo y se pueden inscribir como rasgos de personalidad.

Entre los mecanismos de defensa más empleados por el obeso están la negación para mantener un sentimiento de omnipotencia y el aislamiento que según Laplanche (1994) es “un proceso específico de defensa que se extiende desde la compulsión hasta una actitud sistemática y concertada, consistente en una ruptura de las conexiones asociativas de un pensamiento o de un acto, en especial los que le preceden y le siguen en el tiempo y permite al sujeto no interrogarse y por tanto evitar la vivencia de fragmentación o castración que eso produce”. La utilización excesiva de estas defensas provee al paciente de una “fortaleza” casi inexpugnable.

Insistimos en la consideración de que un aspecto esencial que comparten algunos de estos pacientes es el sostener una posición masoquista y esto constituye la mayor resistencia al tratamiento. Freud, S. (1924) atribuye a la satisfacción de un sentimiento inconsciente de culpa la fuerza con que el paciente se rebela contra la curación de su enfermedad.

Traemos aquí el caso de una paciente adolescente que en el plazo de unos pocos meses engordó hasta alcanzar los 100 kg como forma de respuesta a una situación de maltrato materno. La madre volcaba sobre la hija toda su conflictiva personal sin poder hacerse cargo de las dificultades de la niña. Esta paciente, calmaba la angustia alimentándose de forma compulsiva, como si realmente hiciera un esfuerzo por intentar contener a su madre y tomaba en sí misma la forma de madre-continente que las sostuviera a ambas. Negaba así su ausencia y controlaba la agresividad que sentía hacía ella. Antes de ser obesa, esta niña presentaba mecanismos de escisión y manifestaciones paranoides asociados a estados depresi-

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

vos que no le permitían un adecuado ajuste psicosocial. Durante su estado de obesidad la paciente mantenía un mejor funcionamiento social, familiar y mejor contacto con la realidad.

A.4.Trastornos psiquiátricos asociados

La sobrealimentación y falta de control de los hábitos alimentarios que conducen a la obesidad produce sufrimiento y dificultades psicosociales pero en las clasificaciones internacionales no se considera un trastorno psiquiátrico. La CIE 10 la clasifica dentro de las condiciones médicas generales y el DSM-IV no la encuadra como categoría psiquiátrica al "no estar bien establecido que la obesidad se asocie de forma consistente con un síndrome psicológico o conductual" (American Psychiatric Association, 1994). Pero también es cierto que dentro de la categoría de los trastornos por atracón se hallan incluidos un alto número de obesos y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA): bulimia, anorexia y trastornos del comportamiento alimentario no especificados, son seis veces más frecuentes en los obesos que en la población general (Brito, Siegfried, Ziegler et al 2000).

A nivel psicopatológico una de las características más frecuentes en los sujetos obesos es la conducta compulsiva ante la comida. Mas del 50% de los niños obesos ha adquirido el hábito de la bulimia durante la primera infancia y en el pasado de muchos niños obesos hubo una anorexia precoz.

Varios autores (Zametkin, Alan, 2004) se plantean si algunos de los trastornos psicológicos asociados a la obesidad son causa o consecuencia de la misma debido a que a nivel social se tiene una imagen negativa de las personas obesas y a menudo desde la infancia, son objeto de burlas y acoso en la escuela.

Salvo en lo que respecta a mayor frecuencia de TCA, aunque hay estudios que aportan tasas mayores de trastornos psicológicos y psiquiátricos en la población obesa, no existe evidencia suficiente que les diferencie de la población general. Por otra parte, es común encontrar descompensaciones depresivas y ansiosas en los obesos que están sometidos a dietas.

1. B-Factores ambientales

B.1- Familiares

Se han descrito determinadas características en el entorno familiar del niño obeso como un interés particular en la comida en detrimento de otros intereses como pueden ser los intelectuales.

El riesgo de ser adultos obesos en los niños se duplica si uno de los padres lo es (Whitaker, Wright, et al. 1997). Se encuentran altas tasas de trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia y trastorno por atracón) en los familiares de primer grado de los pacientes con trastorno de la alimentación. Las evidencias sugieren que factores genéticos y ambientales actúan juntos para que se encuentre esa agregación en los familiares de pacientes anoréxicas y bulímicas (Lilenfeld, Kaye, Greeno, et al., 1998).

Diferentes estudios relacionan las conductas alimentarias de los padres y las de sus hijos. Jacobi (2001) en un estudio realizado en niños desde el nacimiento hasta los 8 años donde investigó predictores de TCA extrajo las siguientes conclusiones:

a) La influencia del trastorno alimentario en la madre es mucho mayor que las actitudes paternas y el trastorno alimentario del padre, y esto se refleja ya muy tempranamente.
b) El TCA (sobre todo obesidad) se asocia a situaciones en las que uno de los padres es muy obeso y el niño percibe que el otro padre otorga una gran importancia a la delgadez.

Con relación a la transmisión parental queremos recordar las aportaciones de Palacio, Manzano y Zilkha, (1999) en relación a las proyecciones narcisistas de los padres.

Bruch, (1947) describe un marco familiar frecuente: el niño se utiliza abusivamente para compensar las imperfecciones de la vida de los padres, por lo general, insatisfechos el uno del otro. La madre impone su propia representación de los deseos al niño. No está segura de sí misma y combate su angustia y su culpa con una protección excesiva. La sobrealimentación le otorga a la comida un valor de afecto y dedicación. El niño se muestra incapaz de ser autónomo en la vida cotidiana y aumenta sus demandas de alimento, equivalente de amor, a medida que sus otras demandas, en especial de reconocimiento y seguridad, no son percibidas por los padres. El padre permanece distante, interviene poco o adopta un papel materno, lo que refuerza la disfunción. El niño es un objeto de valor está bien cuidado, pero no debe expresar su personalidad.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

La obesidad también garantiza un estatus de niño pequeño con la persistencia de cuidados corporales y una relación más cercana y dependiente de la madre y un menor grado de exigencia por parte del padre. Winnicot (1936) señala como ya desde los 9 o 10 meses, el bebé puede mostrar suspicacia hacia la comida, dudar de la comida, como medio de ocultar la duda del amor.

Lacan y otros autores (Hekier, Millar, 1994) sostienen que la demanda de los pacientes con TCA, sobre todo anoréxicas y bulímicas, es de amor. Según Lacan: dar amor es dar lo que no se tiene, "Se pide que el otro dé justamente lo que no tiene y, en eso, dar algo de su ser". La ignorancia de esta demanda de amor por el Otro materno ofreciendo el objeto que satisface la necesidad "… se constituye como un engaño que aplasta la demanda de amor en juego". Esto tiene consecuencias clínicas entre las que están, la anorexia, bulimia y la obesidad entre otras.

En la anorexia la respuesta del sujeto cuando el Otro materno dice: "lo único que necesitas es comer más", es decir No y negarse a ser nutrida y con ello desplaza al Otro de su lugar de omnipotencia. En el niño obeso se acepta la respuesta del Otro y se dice: "lo que necesito es comer más" y se aplasta la demanda de amor y se silencia el deseo con la satisfacción oral, lo que puede dar lugar a baja autoestima y conduce a esa apariencia de pasividad y falta de voluntad.

Traemos un ejemplo clínico de cómo el alimento sirve como signo de amor: Una mujer, obesa desde la infancia, sometida a cirugía bariátrica recordaba con orgullo algunos momentos de su infancia: "Mi madre me mandaba siempre un buen bocadillo al recreo lo que envidiaban las otras niñas, porque mi madre me quería y a ellas las suyas no".

B.2. Sociales

Entre los factores sociales asociados a obesidad infantil se citan las situaciones de abandono y abuso y un ambiente que aporta escaso soporte socio-familiar. En el estudio prospectivo realizado a lo largo de diez años por Lissau y Thorkild (1994) se encontró una fuerte asociación entre obesidad y factores psicosociales desfavorables y se concluyó que un factor de alto riesgo para la obesidad en el adulto joven es la negligencia en los cuidados recibidos en la infancia. Este factor de riesgo es independiente de la edad, IMC en el niño, del sexo y del nivel social. Citamos aquí el caso de una niña de 18 meses con un peso de 49 kg que le producía importantes apneas del sueño. Entre otros factores familiares, estaban las ausencias de la madre donde quedaba a cargo del cuidado de sus hermanas mayores, estas le ofrecían alimento ante cualquier signo de inquietud, sin plantearse siquiera que la niña precisase de otras atenciones, canalizando de este modo también los sentimientos de envidia fraterna que el bebé les suscitaba.

Fellitti, (1993) encuentra una mayor incidencia de abuso sexual en la infancia entre los adultos que acuden a tratamiento.

Socialmente la gente obesa está estigmatizada por su condición y se les atribuyen múltiples características negativas que influyen en su propia imagen y autoestima. Los niños manifiestan actitudes negativas hacia sus pares obesos incluso desde la guardería. Según algunos estudios (Zametkin, Alan et al 2004) los niños prefieren como compañero de juegos un niño discapacitado de una enfermedad física, que a uno obeso.

Por otra parte, la obesidad puede tener una función de protección ante determinadas actividades e intercambios sociales que el niño vive como costosos. Para Schmit, G. (1990) "La obesidad instituye de entrada unas limitaciones admitidas por todos. Evita a los niños numerosas situaciones en las que se ponen en juego la competición, la agresividad, y también los deseos libidinales o sexuales. Soslayan así numerosas decepciones y, eventualmente, se favorecen unos ensueños totalmente apartados de la realidad, una omnipotencia imaginaria basada en el supuesto: "si yo fuera delgado". Existe también un goce masoquista por todas las situaciones penosas a las que se ven sometidos: dietas, intervenciones y exploraciones médicas, burlas vejaciones (...) Tienden a volver la agresividad contra sí mismos."

La escasa movilidad de estos niños podría tener también una función de protección ante frustraciones y servir de adaptación a un entorno tremendamente normativo y restrictivo del espacio como es la vida en las ciudades.

Todos estos beneficios intervienen en la persistencia del síntoma sobre todo si se incluyen en un acuerdo tácito y estable entre el niño y su entorno.

Estos elemento presentados, recuerdan la necesidad de volver a situar el síntoma en el contexto de un sistema económico familiar y social con el fin de apreciar lo que está en juego y los riesgos del cambio.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

2- ¿Cómo se articula lo psicológico con lo sociocultural?

Coincidimos con Schmit, (1990) en considerar que a la vez que aumenta la frecuencia de obesidad en el mundo desarrollado como consecuencia de factores socioeconómicos debido a la abundancia de alimento, los cánones estéticos y éticos le atribuyen un valor negativo y así, de simbolizar el poder y la abundancia pasa a significar la ausencia de voluntad, la dejadez y el abandono a las pulsiones más primitivas.

Las enfermedades dependen del imaginario que domina en cada época, los modos de presentación de los pacientes se moldean con las modas imperantes. Las denominadas por la medicina enfermedades del siglo XXI o TCA, son manifestaciones de nuestro tiempo. En palabras de Hekier y Miller (1994) "son los ropajes con que ciertos posicionamientos subjetivos se presentan en la clínica, lo importantes inferir la estructura en la que subyacen". "Son manifestaciones del malestar en la cultura".

"Si la anorexia y la bulimia se han convertido en una patología paradigmática de nuestro tiempo es porque, predominantemente, nuestra cultura está objetalizada. Se intenta responder a un ideal de completud, abundancia y progreso a través de una economía de mercado planetarizada, donde el valor de intercambio es aquello que cubre el orden de la necesidad, pero no aquello que responde al orden del amor" (Hekier, Miller, 1994).

La obesidad desde el punto de vista social apunta a una forma de goce que es a la vez promovido y denostado. Muestra la incongruencia de alcanzar un estado de bienestar a través de los objetos de consumo y en la degradación del sujeto a ser también él mismo un objeto de consumo, un valor de intercambio. El obeso halla una forma de transformar y neutralizar su angustia siguiendo las leyes de la psicosomática en afección corporal, y a la vez denuncia que ese modo de "goce", social y familiarmente permitido, produce un malestar al sujeto, enfermándolo de múltiples modos.

Freud en "El problema económico del masoquismo" (1924) nos dice: "el retorno del sadismo contra la propia persona se presenta regularmente con ocasión del sojuzgamiento cultural de los instintos, que impide utilizar al sujeto en la vida una gran parte de sus componentes instintivos destructores".

Traemos aquí un ejemplo cinematográfico donde se ilustra el empuje social hacia la obesidad y también una forma ingeniosa y subjetiva de respuesta para sustraerse a ese empuje. Se trata de la historia de Maggy la protagonista de la película dirigida por Clint Eastwood "Million Dolar Baby" para quien la única salida es dedicarse al boxeo. "Son pobres, su padre ha muerto, su hermano está en la cárcel y su madre es una obesa de más de 120 kg. En este contexto Maggy dice que su destino sería encerrarse en su cuarto a ver televisión y a atragantarse de galletas. Su madre le pide que viva apropiadamente, que se busque un hombre, que tener una hija boxeadora le da vergüenza y los vecinos se burlan de ella. Pero Maggy no está dispuesta a seguir los eslóganes de lo políticamente correcto e intentar esconder su castración y su fallida existencia escondiéndose en su habitación. Decide no someterse, cuando socialmente todo está preparado para que lo haga, numerosos grupos de apoyo la esperan para instalarla en alguno de ellos y tener un lugar social y una ayuda económica. No se conforma con el masoquismo para tener un lugar en el mundo. Resulta curioso que ella se permite elegir y no busca un padre, ni un marido, bajo quién cobijarse, sino un entrenador, hace una elección ética no material" (Miller, 2000).

3-¿Qué modos de intervención debemos emplear para que surja una demanda de tratamiento verdadera que haga posible una intervención eficaz?

Es fundamental tener en cuenta todas las consideraciones anteriores a la hora de plantear un tratamiento para el niño obeso.

- La dimensión psicológica siempre hay que tenerla presente de cara a la intervención (tanto en el niño como en los padres y el médico). Aun, en los casos de las obesidades sin problema psicológico aparente, pueden presentarse síntomas en relación con dificultades adaptativas o conflictos en el proceso de la constitución de la identidad en la adolescencia.

- El enfoque psicoeducativo y nutricional exclusivo, como ya se ha señalado, tiene malos resultados. Las fases de adelgazamiento, con gran frecuencia se siguen de recaídas. Los repetidos fracasos conducen a la idea de que "nada se puede hacer" atribuyendo a la falta de voluntad del niño el fracaso en el tratamiento. No se trata de ignorar la

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

necesidad de un régimen alimenticio para perder peso, pero hay que reconocer que un niño obeso es perfectamente capaz de hacer fracasar, con cierto placer, las prescripciones dietéticas impuestas por los padres o por el médico. Sólo se somete si consigue algún beneficio y si ha decidido someterse él solo. Además los padres siempre muestran cierta ambivalencia ante los profesionales, sobre todo si se sienten criticados en la forma de alimentar a su hijo.

- La obesidad suele estar negada o aceptada como una fatalidad. Sólo será posible abordarla cuando los padres y el niño estén suficientemente preparados y, si es posible dejándoles la iniciativa de la demanda. Con frecuencia, los motivos de consulta inicial suelen ser otros distintos de la obesidad: enuresis, fracaso escolar, trastornos del comportamiento. Por tanto, debemos respetar y esperar a que se realice el reconocimiento de la necesidad de tratamiento. Las prescripciones demasiado rápidas pueden acarrear ruptura del tratamiento o favorecer la tendencia de los padres a centrarse únicamente en la desaparición del síntoma y la tendencia de los niños a la resistencia pasiva y a la búsqueda de satisfacciones masoquistas. Hay que tener en cuenta que la obesidad a veces constituye tan sólo un elemento más de un conjunto francamente patológico y atacar directamente el síntoma puede conducir a un agravamiento incluso desencadenar descompensaciones psicopatológicas.

- El establecimiento de una alianza terapéutica con el niño y los padres es la base imprescindible para posibilitar un cambio. El trabajo para la puesta en marcha de un intercambio verdaderamente terapéutico se inicia cuando el interés del médico se desplaza desde el síntoma obesidad al conjunto de dificultades del paciente y su familia. El objetivo del trabajo psicológico es la búsqueda de una gestión más positiva de los conflictos y no una reducción ponderal. La actitud del médico debe ser sincera y requiere de una mínima formación en los aspectos psicológicos para que opere una intervención eficaz. En cualquier caso, los métodos de restricción alimentaria, cuando están indicados sólo deben ponerse en marcha en una segunda etapa, una vez que el médico ha establecido una relación sólida con el niño y con su familia, y cuando el régimen responde a los deseos suficientemente elaborados y realistas del niño.

- Un cambio exige ciertas condiciones. Es necesaria la renuncia de los padres a conformarse con la sumisión aparente del niño y la franca consideración de los deseos del niño en otros campos que en el de la oralidad. Por su parte, el niño debe aceptar no reparar y proteger incesantemente las imágenes parentales idealizadas que contribuyen a cerrarle el acceso al reconocimiento de su propio cuerpo.

En resumen, el tratamiento debe comprender las modificaciones en la dieta y ejercicio siempre en el contexto de una intervención global: bio-psico-social.

Los grupos de apoyo pueden constituir una herramienta eficaz para la realización de objetivos concretos en la medida en que el sujeto puede encontrar nuevas identificaciones y tener la ocasión de redistribuir sus investimentos.

Es de crucial importancia que el médico que realice el tratamiento revise su actitud contratransferencial hacia la obesidad con jóvenes, ya que es muy fácil caer en actitudes paternalistas y culpabilizadoras cuando los pacientes no van bien. En estos chicos conviene, si no pierden peso a pesar de un tratamiento adecuado, abstenerse de acusarles de hacer trampas con la dieta o mentir sobre el ejercicio que realiza, es preferible ofrecer una alternativa que ayude a “salvar la cara” con un abordaje diferente en el que no se ofrezca un programa de pérdida de peso. Algunos de estos niños tienen la experiencia de fracasar en múltiples aspectos y ocasiones en sus vidas y conviene no añadir a esto su dificultad en perder peso.

Solo a través de una valoración psicológica del niño se podrá determinar en qué pacientes debe indicarse un tratamiento psicoterapéutico reglado.

“ Cuando el enfermo es remitido al médico o cuando lo aborda, no digan que espera de él pura y simplemente la curación. Coloca al médico ante la prueba de sacarlo de su condición de enfermo, lo que es totalmente diferente, pues esto puede implicar que él esté totalmente atado a la idea de conservarla. Viene a veces a demandarnos que lo autentifiquemos como enfermo: en muchos casos viene, de la manera más manifiesta, para demandarles que lo preserven en su enfermedad, que lo traten del modo que le conviene a él, el que le permitirá seguir siendo un

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

enfermo bien instalado en su enfermedad"(Lacan, 1985).

Los obesos adultos rara vez consultan a un especialista en salud mental por su obesidad y si lo hacen suelen hacerlo en momentos de crisis, donde pueden aparecer síntomas psiquiátricos y casi siempre subyace el deseo de estar delgados como la solución a sus problemas. En los niños se observa la proyección de este deseo en el futuro, con la ilusión de estar delgados cuando sean mayores, como una forma de logro y realización quizá en identificación a este deseo de sus padres. No pasa este deseo por la ley de unos hábitos más saludables que apenas dependen de ellos si no de sus familias.

Es un auténtico reto afrontar un tratamiento que sabemos conlleva gran esfuerzo y la posibilidad de que el paciente pueda sentirse mal, y mucho más si se trata de un niño. Los padres presionan para que se les den soluciones cosméticas y tratamientos farmacológicos que les dejen su vida y a su hijo como está. Se demanda un cambio sin dolor, sin renuncia, ni cuestionamiento sobre sus gustos o los hábitos de su casa y su familia. Los tratamientos psicoeducativos ofrecidos son radicales en este sentido y a ello pueden deberse los malos resultados, y a que los pacientes pueden sentirse sobrepasados por objetivos que ven inalcanzables. Actualmente se considera fundamental plantear objetivos realistas con pérdidas de peso modestas y de forma lenta. En los niños que tienen un buen apoyo familiar y son supervisados en sus hábitos alimentarios y más aun si uno de los progenitores se apunta al plan de tratamiento, se consiguen buenos resultados.

A continuación exponemos, desde una perspectiva psicodinámica que incluye una orientación lacaniana, cómo pensamos que puede entenderse el trastorno y las consecuencias terapéuticas que se derivan.

Una de las características de los TCA radica en la dimensión de acto irrefrenable, compulsivo. El sujeto queda sometido a la repetición de un acto que le esclaviza. El profesional queda por tanto destinado a abordar el trastorno como una adicción, una adicción sin droga. Pero enfocar la clínica desde esa perspectiva, supone centrarse en el manejo del objeto de la adicción (el alimento). Usan este enfoque los abordajes donde se intenta regular la relación con el alimento: midiéndolo, pesándolo, reglando el ritmo y la calidad de los alimentos que deben estar presentes en la dieta, en definitiva, instaurando un orden racional en la relación del sujeto con la comida.

Brusset, (1981) considera que la hiperfagia es eficaz para el sujeto pues consigue la descarga de un estado de excitación. "…la anomalía alimenticia no es el lugar de un conflicto intrapsíquico, sino una manera de evitarlo, lo que se convierte en un recurso habitual, y a veces automático, que permite una posición exterior no comprometida en conflictos que se ven profundamente negados o reprimidos."

Lacan apunta a que es la dimensión del acto lo determinante y la articulación de la compulsión-impulsión sobre lo que se debe enfocar el tratamiento. Las patologías de nuestro tiempo son patologías del acto, del no poder decir. Las crisis bulímicas y los atracones dejan fuera la posibilidad de pensar y se repiten de forma incesante, en un intento fallido de ser ligadas a "algo" que no fue ligado en otro momento. No preguntarse es el contrapunto de la no renuncia. Ahí donde el sujeto "no dice", "hace" y eso lo denuncia con su cuerpo. Espera del alimento que éste le dé más de lo que puede darle. Por tanto, el tratamiento requiere que la problemática referida al cuerpo se pueda poner en relación con el inconsciente para ser verbalizada y ligada.

El obeso ha encontrado una forma de manejo de la angustia y no quiere saber más. ¿Cómo abrir interrogantes a quien ya ha encontrado la respuesta a sus problemas en la repetición de un acto? Insistimos se trata de que la acción compulsiva ceda lugar a la palabra. Pero esta es una cuestión harto difícil pues sabemos que en muchos de estos pacientes hay dificultades para la simbolización, incluso para algunos autores, el pensamiento operatorio caracteriza a estos trastornos . El uso del lenguaje que hacen algunos pacientes con trastornos de la alimentación es un uso que disminuye su poder significante tratando a las palabras como objetos que al igual que con el alimento evitan metabolizar.

Al interferir un acto compulsivo hacemos surgir la angustia y con ella de nuevo la compulsión, por tanto, es necesario estar en disposición de contenerla para poder contar con la colaboración del paciente. La relación terapéutica y la creación de un encuadre estable y seguro, son esenciales para esta colaboración.

En estos pacientes la mortificación aparece en el cuerpo de forma real, como vemos con las graves consecuencias físicas de este trastorno. Ya en 1898 Freud describe "las neurosis actuales" localizándolas como una tensión física que no consigue penetrar en el ámbito psíquico y por lo

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

tanto permanece en el trayecto físico. Es necesario ayudar al paciente a acceder a vías de desarrollo de lo simbólico, para lo que el primer objetivo fundamental pasa por el reconocimiento de la obesidad como expresión de una determinada conflictiva psicológica. Hay que tener en cuenta, no el por qué del síntoma, sino su sentido para el sujeto.

Para que el paciente pueda hablar debemos tener una posición de escucha. En palabras de Brusset (2006) "Una escucha comprensiva y atenta tiene un valor de reparación narcisista pasando del comportamiento a la experiencia subjetiva, mediante la solicitación activa de la verbalización de sus experiencias, las emociones, las interrelaciones…". Se requiere un manejo no intrusivo, un "estar" y un saber "hacer" silencioso, sobre todo al principio, hasta que se pueda interpretar. Se trata, en palabras de Winnicott de realizar una función de "holding", a través de los gestos, el silencio, el lenguaje. Es toda una actitud de interés y preocupación lo que se pone en juego.

Se han propuesto, entre otros recursos técnicos, la utilización de recursos plásticos: dibujos, modelados, juego… o también recursos psicodramáticos con el fin de que en la puesta en marcha de las representaciones dramáticas puedan surgir asociaciones, puesto que el nivel imaginario y el discurso verbal parecen estar detenidos y empobrecidos. Dolto, (1984) sostiene que "las palabras para cobrar sentido deben tomar cuerpo, ser al menos metabolizadas en una imagen de cuerpo relacional". Nuestro propósito es que las asociaciones del sujeto avancen mediante "un hacer" que de paso a un decir.

Así como con las representaciones de dibujos o modelados se va dando paso a las representaciones simbólicas, el psicodrama supone el medio ideal para trabajar la ligazón entre las representaciones imaginarias con las emociones y sensaciones que surgen con la puesta en escena del cuerpo propio y de los otros. Con la representación de escenas vividas, el sujeto reactiva recuerdos acompañados de sensaciones que son actuales y a la vez remiten al pasado y al re-presentarlos, los repite en una forma distinta, abriendo la posibilidad de re-ligar, dando paso a nuevas asociaciones.

Para concluir pensamos que la perspectiva psicológica debe ser tenida en cuenta siempre y de su consideración por parte del médico de atención primaria o del especialista va a depender, en la mayoría de los casos, la eficacia de la intervención. La estrategia terapéutica debería considerar el significado particular de la enfermedad para cada paciente en concreto, teniendo en cuenta la perspectiva evolutiva.

En estos trastornos las aproximaciones paternalistas u omnipotentes están condenadas al fracaso.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder 4th edition (DSM IV). Washington, DC : American Psychiatric Association.

Brito, B., Siegfried, W., Ziegler A. et al. (2000). Rates of Psychiatric disorders in a clinical study group of adolescent with extreme obesity in obese adolescent ascertained via a population based study. International Journal of Obesity, Related Metabolic Disorder 24: 1707-1714

Bruch, H. (1957). The importante of oveweight. New York: W.W. Norton.

Bruch, H. (1961). Transformation of oral impulses in eating disorders. Psychiatric Quarterly, 35, 368-381.

Bruch, H. (1975). Les yeux et le ventre. Paris: Payot.

Brusset, B. (1981). Valeur sémiologique des anomalies des conduites alimentaires. Encyclopedie Medico Chirurgicale; Psychiatrie 37105 D 10.

Brusset, B. (2007). "Tratamiento psicoanalítico de las anorexias". Conferencia presentada en el Ilustre Colegio de Médicos de Madrid el 28 de Abril del 2007.

Buddeberg-Fisher, B., Klaghofer, R. y Reed V. (1999). Associations beteween body weight, psychiatric disorder and body image female adolescents. Psychotherapy and Psychosomatics, 68, 325-332.

Jacobi, C., Agras, W. S., Hammer, L. (2001). Predicting Children´s Reported Eating Disturbances at 8 years of age. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40(3), 364-372.

Csabi, G.,Tenyi, T., Molnar, D.(2000). Depressive symptoms among obese children. Eating and Weigth Disorders, 5, 43-45.

Dolto, F (1984). La imagen inconsciente del cuerpo. Buenos Aires: Paidos.

Fairburn, C.G., Cowen, P.J. y Harrison, P.J. (1999). Twin studies and the etiology of eating disorders. International Journal of Eating Disorders, 26, 349-358.

Fellitti, V.J. (1993). Childhood sexual abuse, depression, and family dysfunctión in adult obese patients.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Southern Medical Journal, 86, 732-736.
French, S.A., Store, M. y Perry, CL. (1995). Self-esteem and obesity in children and adolescent: a literature review. Obesity Research, 3, 479-490.
Freud, A. (2006). Normalidad y patología en la niñez. Anna Freud. Obras escogidas. Barcelona: RBA Coleccionables. (Orig.1968).
Freud, S. (1981). Neurosis actuales. Sigmund Freud Obras Completas. Tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva (Orig.1898).
Freud, S. (1981). El problema económico del masoquismo. Sigmun Freud Obras Completas Tomo III. Madrid: Biblioteca Nueva (Orig.1924).
Hekier, M., Millar, C. (1994). Anorexia Bulimia: Deseo de nada. Barcelona: Paidós.
Klish, W.J. (1998). Chilhood obesity. Pediatrics in Review, 19, 312-315.
Kestemberg, E., Kestemberg, J., Decobert, S. (1976). El hambre y el cuerpo. Madrid: Espasa Calpe (Orig.1972).
Lacan, J.(1984). La dirección de la cura y los principios de su poder. Escritos 2 Jacques Lacan. Méjico: Siglo XXI.
Lacan, J. (1985). La transferencia. Seminario VIII. Intervenciones y textos. Psicoanálisis y Medicina. Buenos Aires: Editorial Manantial.
Laplanche, J. (1994). Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona: Editorial Labor, S.A.
Lemoine, E., Lemoine, P. (1997). Jugar-gozar. Barcelona: Gedisa (Orig. 1980).
Lilenfeld, L.R., Kaye, W.H., Greeno, C.G. et al. (1990). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Archives of General Psychiatry, 55, 603-610.
Lissau, I., Sorensen, T. (1994). Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. Lancet, 343, 324-273.
Manzano, J., Palacio, F., Zilkha, N. (1990). Los escenarios narcisistas de la parentalidad Bilbao: Asociación ALTXA (1999) (Orig. 1999)
Manzano, J. (2001). Las interacciones precoces padres-hijos: Una nueva frontera. En: J. Manzano (dir.) Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos .(pp3-13) Madrid: Necodisne.
Miller, J. A. (2000). Intervención de Jacques Alain Miller en la primera Conferencia científica de la Scuola Lacaniana di Psicoanálisis, el 21 de Mayo del 2000.
Nacional Center for Health Statistics (1999). Prevalence of overweigth Among Children and Adolescents:United State,1999.
(http://www.cdc.gov/nchs/products/pubd/hestats/overwght99.htm) (accesed August 2001)
Pesa, J.A., Syre, T.S. y Jones, E. (2000). Psychosocial differences associated with body weight among female adolescents: importance of body image. Journal of Adolescent Health Care, 87, 1303-1310.
Richardson S.A., Boodman N., Hastorf A.H. y Dornbush S.M. (1961). Cultural uniformity in reaction to physical disabilities. Sociological Review, 26, 241-7.
Rhodes, S.K., Shimoda, K.C., Waid , L.R. et al. (1995). Neurocognitive deficits in morbidly obese children with obstructive sleep apnea. Journal of Pediatrics, 127, 741-744.
Schmit, G. (1990). La expresión somática. La obesidad infantil. S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé (dirs.), Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente Tomo IV (pp.209-232). Madrid: Bilblioteca Nueva.
Serra Majem, Ll., Ribas Barba, L. et al. (2003). Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados de estudio enKid (1998-2000). Medicina Clínica (Barcelona), 121(19), 725-32.
Stice, E., Agras W.S., Hammer, L.D (1999). Risk factors for the emergence of Childhood disturbances: A five-year prospective study. International Journal of Eating Disorders, 25, 375-387.
Stradmeijer, M., Bosch, J., Koops, W., Seidell, J. (2000). Family functioning and psychosocial adjustment in overweight youngsters. International Journal of Eating Disorders, 27,110-114.
Strauss, R.S. (1999). Childhood obesity. Current Problems in Pediatrics, 29, 1-29.
Styne, D.M. (2001). Childhood and adolescent obesity: prevalence and significance. Pediatric Clinics of North America, 48, 823-854.
Vicente, P. (2005). Intervenciones psicomotrices en los Trastornos por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. Conferencia presentada en el Centro de Salud Mental de Retiro. Madrid, el 20 de Noviembre de 2005.
Whitaker, R.C., Wright, J.A., et al. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. New England Journal of Medicine, 337,869-873.
William, H., Dietz W.H., and Robinson T.N (2005). Overweight children and adolescents. New England Journal of Medicine, 352: 2100-9.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Winnicot, D. (1999). Escritos de Pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Paidós (Orig. 1958).

Winnicot, D. (1936). Apetito y trastorno emocional. Leído ante la Sección Médica de la Sociedad Psicológica Británica, 1936.Obras completas. http://www.psikolibro.tk

Zametkin, A.J., Zoon, C.K., Klein, H.W., Munson, S. (2004). Psychiatric Aspect of Child and Adolescent Obesity: A Review of the past 10 Years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43(2), 134-150.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967