



Obesidad y maltrato infantil. Un fenómeno bidireccional

Dra. Gloria Elena López-Navarrete,* Dr. Arturo Perea-Martínez,** Dr. Arturo Loredó-Abdalá***

RESUMEN

El maltrato y la obesidad son problemas de salud pública, con efectos importantes en el aspecto físico, emocional y social del individuo. Las consecuencias del maltrato infantil se han abordado frecuentemente de manera individual; sin embargo, es difícil separar el resultado en cada uno de sus aspectos ya que los trastornos físicos pueden tener implicaciones psicológicas y manifestarse en conductas de riesgo que a su vez pueden propiciar problemas de salud a largo plazo. Diversos estudios han mostrado la asociación entre la obesidad y el maltrato infantil; se han señalado entre las posibles explicaciones de esto, el consumo de alimentos como una forma de gratificación para compensar la carencia de afecto y la hostilidad en el ambiente del niño. Las conductas compulsivas ocurren en algunos trastornos psiquiátricos o alteraciones neurobiológicas a consecuencia del maltrato o como una forma de protección ante nuevas agresiones, principalmente del abuso sexual. También se ha señalado que la obesidad en el niño puede ser la causa de diversos tipos de agresión, como el acoso u hostigamiento en la escuela (fenómeno de "bullying") con varias consecuencias en su desarrollo psicosocial.

Palabras clave: Maltrato infantil, hostigamiento, abuso sexual, negligencia, adolescente, obesidad.

ABSTRACT

Child abuse and obesity are important public health problems, which affect physical, emotional and social aspects of the individual. Child abuse consequences are frequently studied individually; but it is difficult to separate every aspect of the problem because physical disorders may have psychological implications which are risk factors to develop long-term health problems. Several studies have demonstrated the association between obesity and child abuse; these indicate possible explanations such as excessive food ingestion, a gratification to compensate for lack of affection and hostility in the child's environment. Compulsive behavior present in some psychiatric or neurobiologic disorders are thought to be a consequence of child abuse or a kind of protection against new aggressions, mainly sexual abuse. Likewise, child obesity can be the object of several types of aggression such as harassment in school (bullying phenomenon) with psychological consequences.

Key words: Child abuse, sexual abuse, neglect, obesity, adolescent.

La transición epidemiológica de las últimas dos décadas ha producido cambios sustanciales en el comportamiento de las enfermedades en todo el mundo. Las enfermedades crónico-degenerativas (ECD) y las médico-sociales (EMS), han emergido en todas las regiones y han tenido consecuencias adversas

más serias en la salud que los padecimientos infecciosos. Ambos grupos de enfermedades se han extendido a la población infantil y adolescente, que tienen alto riesgo para la salud y representan un impacto económico importante en los sistemas de salud.

Como factor de riesgo de las ECD y en forma individual como padecimiento, la obesidad es una enfermedad sistémica, crónica y recurrente, caracterizada por un exceso de grasa corporal, que genera graves riesgos para la salud. Su etiología es compleja; involucra interacciones entre factores de conducta, ambientales y genéticos, que conducen a un desequilibrio entre el consumo de alimentos y el gasto energético del individuo, quien adquiere un exceso de calorías que se almacenan en el organismo como grasa.¹

Las iniciativas en salud pública se han enfocado principalmente al mejoramiento de la alimentación y el incremento de la actividad física del individuo. Sin embargo, promover únicamente estas estrategias puede no ser

* Adscrito a la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado
** Coordinador de la Clínica para Adolescentes
*** Coordinador de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado
Instituto Nacional de Pediatría

Correspondencia: Dr. Arturo Perea-Martínez. Clínica para Adolescentes, INP. Insurgentes sur 3700-C, colonia Insurgentes Cuicuilco, 04530, México, DF. Tel. y fax: 1084-0900 ext.1357. Correo electrónico: aperea_m@yahoo.com.mx

Recibido: febrero, 2008 Aceptado: septiembre, 2008.

Este artículo debe citarse como: López NGE, Perea MA, Loredó AA. Obesidad y maltrato infantil. Un fenómeno bidireccional. Acta Pediatr Mex 2008;29(6):342-6

La versión completa de este artículo también está disponible en: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

suficiente para prevenir y reducir la obesidad entre ciertos subgrupos de la población, en los que otros factores pueden interferir con la capacidad individual para adoptar un patrón saludable de nutrición y actividad física. El modelo de atención constante a la obesidad contempla una asistencia integral. Incluye no sólo al individuo y a la familia, sino el medio ambiente en donde se desenvuelven y a la participación de los sistemas de salud como promotores y cuidadores de conductas saludables.²

Por otra parte la OMS, ha considerado el maltrato infantil como un problema de salud pública desde hace casi una década, que es un fenómeno médico social definido como “una acción u omisión intencional, contra uno o varios menores, que ocurre antes o después de nacer, lo que altera su bienestar biopsicosocial, y que es perpetrado por una persona, institución o sociedad, en razón a su superioridad física, intelectual o ambas.³ Afecta a uno de cada diez niños y tiene graves consecuencias.⁴

El impacto del maltrato al menor suele ser analizado en forma aislada de acuerdo a las consecuencias físicas, psicológicas, de conducta y sociales, que dependen de factores como la edad del niño y su nivel de desarrollo físico e intelectual; el tipo, frecuencia, duración y severidad del maltrato; además de la relación entre la víctima y su agresor.⁵ Sin embargo, no es posible separar por completo las consecuencias que tiene en las diferentes áreas de la salud del individuo, ya que en ocasiones sus consecuencias físicas, por ejemplo, la repercusión en el crecimiento cerebral del menor, suelen tener implicaciones psicológicas: retardo cognoscitivo o dificultades emocionales y sociales: marginación, maltrato y pobreza entre otras. A su vez, los problemas psicológicos frecuentemente se manifiestan con situaciones de alto riesgo como la depresión y la ansiedad. Estos pueden hacer que una persona sea más propensa a fumar, beber alcohol, consumir drogas ilícitas y comer en exceso, lo que favorece la aparición de problemas de salud a largo plazo como obesidad, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y pulmonares, cáncer, entre otras.⁵⁻⁷

Diversos estudios sugieren que la exposición a maltrato y negligencia genera diferentes tipos de secuelas, entre ellas la obesidad, debido a que suele interferir en la mejor adaptación de un estilo de vida saludable como prevención o manejo del sobrepeso.⁸

Un estudio de cohorte de los EE.UU. de 1995 a 1997, evaluó la relación entre el antecedente de maltrato en

la infancia (abuso sexual –AS–, maltrato psicológico –MP– y físico –MF–) con el peso corporal en la edad adulta y el riesgo de obesidad. Se encontró que el 66% de los participantes sufrieron uno o más tipos de maltrato. El MF y MP (agresiones verbales) fueron las formas más frecuentemente relacionadas con sobrepeso y obesidad en la edad adulta. En ese estudio, el riesgo de obesidad fue proporcionalmente mayor a la cronicidad y severidad de cada tipo de maltrato. Sin embargo, en el seguimiento de los casos, la prevención del maltrato disminuyó modestamente la frecuencia de la obesidad. Por otra parte, en el tratamiento del adulto obeso con antecedente de maltrato en la infancia, el resultado fue mejor cuando se logró identificar los mecanismos que condujeron al exceso de peso.⁹

Uno de los primeros estudios que han evaluado la relación entre la obesidad y el antecedente de maltrato, señala que el 60% de las personas que sufrieron AS tenía hasta más de 22 kg de sobrepeso en comparación con 28% de las que no tenían este antecedente. Las personas que habían sufrido AS fueron más propensas a tener obesidad extrema: 25% de ellas tenía más de 40 kg de sobrepeso, comparado con 6% del grupo control. La información tomada de sus expedientes médicos, mostró que el AS precedió al inicio de la obesidad que se presentó al poco tiempo. Otras investigaciones han comprobado esta asociación y han identificado otras formas de maltrato hasta en el 29% de la población de estudio contra 14% en el grupo control. Además de factores como la pérdida de alguno de los padres en la infancia o adolescencia, en 48% de los casos contra 23% del grupo control había antecedente de alcoholismo en los padres en el 40% de la población estudiada contra un 17% del control.¹⁰

En el estudio Adverse Childhood Experiences se investigó la asociación con tres formas de maltrato (MF recurrente, MP severo y AS) y diferentes situaciones que señalaban disfunción familiar: algún miembro de la familia en prisión, violencia contra la madre, uso de alcohol o drogas por alguno de los miembros de la familia, convivencia con personas que sufrían depresión, enfermedad mental, intento de suicidio o ausencia de alguno de los padres durante la infancia. Las personas en las que hubo cuatro o más de estas circunstancias tuvieron un riesgo de 1.4 a 1.6 veces mayor de tener un índice de masa corporal (IMC) igual o mayor a 35 kg/m², en comparación con quienes no sufrieron maltrato o disfunción familiar.

Controlando algunas variables, se identificó una asociación estadísticamente significativa entre el antecedente de AS con penetración y el riesgo de obesidad.⁶

Un estudio prospectivo longitudinal en mujeres víctimas de AS, mostró mayor riesgo para desarrollar y mantener la obesidad en la adultez (20 a 27 años) en comparación con mujeres sin este antecedente (42.25% vs 28.40%, (OR) razón de momios 2.85, $p=.09$).¹¹ Sin embargo, en dicho estudio no fue posible valorar factores individuales y familiares que pudieron haber contribuido a desarrollar obesidad.

Otro estudio de 11,116 mujeres mostró una relación significativa entre la obesidad y el antecedente de maltrato infantil. En un modelo multivariado en el que se ajustaron los resultados por edad, raza, nivel educativo y seguridad en la obtención de los alimentos, se vio que las mujeres expuestas a maltrato tienen una discreta tendencia a la obesidad (OR= 1.29, IC (intervalo de confianza) 95% 1.16-1.43, $p<0.001$).⁸

La mayoría de los estudios sugiere una pequeña correlación positiva entre el AS y la obesidad, más acentuada al parecer, cuando se trata de AS severo.¹⁰

POSIBLES EXPLICACIONES DE LA ASOCIACIÓN ENTRE MALTRATO INFANTIL Y OBESIDAD

El antecedente de maltrato infantil puede aumentar o exacerbar riesgos psicosociales relacionados con el desarrollo y mantenimiento de la obesidad.¹¹

Una teoría propone que los alimentos sirven como mecanismo compensador en niños que han vivido una experiencia traumática o que viven en ambientes hostiles y que tienen deficiencias afectivas.^{12,13}

En un estudio a largo plazo, cerca del 80% de adultos jóvenes que había sido maltratado cumplía con criterios diagnósticos de al menos un trastorno psiquiátrico a la edad de 21 años; entre los padecimientos identificados había: depresión, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria e intentos de suicidio.¹⁴⁻¹⁶ Otras condiciones psicológicas y emocionales identificadas fueron trastornos disociativos, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno por estrés postraumático.¹⁷

Wonderlinch sugiere que la relación entre el AS y el desorden alimentario puede ser mediada por diversas variantes como el estado de ánimo, las conductas compulsivas, los trastornos de autoimagen, el uso de drogas y baja autoestima.¹⁰

Se ha planteado también la hipótesis de que comer en forma compulsiva puede ser una variable mediadora entre el AS y la obesidad. En una muestra de 145 pacientes con trastorno de alimentación compulsiva se encontró el antecedente de AS en el 30.3% comparado con el 18.4% de la población control.^{10,18}

El antecedente de experiencias traumáticas, particularmente el abuso sexual durante la niñez, se ha relacionado a conductas impulsivas en los trastornos de la alimentación.^{13,19} Un estudio de niños y adolescentes obesos mostró que alrededor del 36% de ellos (de ambos sexos) come en forma compulsiva y tiene baja autoestima.¹⁶ Otro estudio de casos y controles realizado por Fairburn (1998) con mujeres comedoras compulsivas mostró un índice mayor de antecedente de abuso sexual (28.8%) y maltrato físico (21.2%) en el grupo de estudio y algunas cifras comparables con bulimia nervosa (35.3 y 32.4% respectivamente).^{citado por 10}

La depresión en niños y adolescentes es otro problema psiquiátrico relacionado con la obesidad de los adultos y una consecuencia común del maltrato. Un estudio con seguimiento de 1,037 pacientes desde su nacimiento hasta los 30 años de edad, mostró que el 7% de los niños entre los 11 y los 15 años de edad y el 27% en la adolescencia tardía, sufren depresión mayor. A los 26 años el 12% padecía obesidad y la depresión aumentó dos veces el riesgo de este problema de nutrición.^{20,21}

Entre las modificaciones neurobiológicas debidas a maltrato severo durante la infancia se ha descrito el desequilibrio del eje hipotálamo-hipofisis-suprarrenales que suele manifestarse por secreción elevada de cortisol. Esta hormona promueve la diferenciación de precursores de adipocitos y estimula la lipogénesis en presencia de insulina. Algunos estudios han hallado una relación directa entre los niveles altos de cortisol con índices cadera-cintura relativamente elevados en mujeres.¹¹ Este desequilibrio puede tener influencia negativa que favorece conductas de mala adaptación. Se sugiere que se reduce la actividad de la vía 5-hidroxitriptamina (5-HT), la cual juega un papel importante en la regulación del apetito.¹⁰

Otra explicación que se ha sugerido para esta asociación plantea a la obesidad como un mecanismo de adaptación. Algunas mujeres que sufrieron abuso sexual pueden volverse obesas como una forma de protección contra el acoso sexual de parejas potenciales no deseadas o de agresores.

Para algunas mujeres con antecedente de AS la reducción de peso puede dar síntomas de estrés postraumático conforme se aproxima al peso corporal que tenían cuando sufrieron abuso.¹⁰

OBESIDAD COMO CAUSA DE MALTRATO

La obesidad en la niñez y la adolescencia tienen efectos perjudiciales inmediatos en el desarrollo psicosocial y bienestar general; puede tener consecuencias negativas a largo plazo incrementando los ataques de que son objeto al ser percibidos por sus iguales como personas de cuerpo tosco, indulgentes con sí mismas y perezosas. Los niños y los adolescentes tienen riesgo de sufrir aislamiento, intimidación, insultos, burlas e incluso agresión física que a menudo les hace víctimas de maltrato y marginación social, por los pares, principalmente en el ambiente escolar.²²

Las consecuencias de este hostigamiento o acoso, conocido con "bullying" son la dificultad para tener amigos, el estrés emocional y el aislamiento; bajo rendimiento escolar, ausentismo y abandono de estudios, así como pobre adaptación psicosocial, lo que aumenta la ansiedad, los sentimientos depresivos, la soledad, la pérdida de autoestima y los problemas de conducta. Los varones experimentan estos problemas con mayor frecuencia que las mujeres; sin embargo, los niños con sobrepeso y los obesos son más propensos a comportarse como agresores que los niños con peso promedio.²³

CONCLUSIONES

Es innegable el interés que existe en buscar la relación entre la obesidad y el antecedente de maltrato infantil, particularmente en los casos de abuso sexual. Es posible que esta relación sea consecuencia de circunstancias como la inadaptación, propiciada por las repercusiones psicosociales que tuvo la violencia padecida o que funcione como un mecanismo de protección; sin embargo, algunos autores sugieren que se trata de un fenómeno complejo, multifactorial y particularmente heterogéneo en todos los casos en el que participa la interrelación entre elementos individuales y ambientales.

Hay estudios con diferentes metodologías que han tratado de dar respuesta a esta asociación. En general se concluye que la limitación principal de estas investigacio-

nes es la dificultad para establecer una secuencia temporal entre los factores familiares y sociales y la obesidad. Es importante al analizar los resultados, señalar el tipo de diseño, las poblaciones estudiadas, los métodos de selección de muestras, edades, definiciones, control de factores de confusión e instrumentos de evaluación de factores familiares.

REFERENCIAS

1. De Silva NK, Helmrath MA, Klish WJ. Obesity in the adolescent female. *J Pediatr Adol Gynecol* 2007;20:207-13.
2. Barlow SE. Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. *Pediatrics* 2007;120: S164-92.
3. Perea M, Loredó A, Trejo H et al. El maltrato al menor: propuesta de una definición integral. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2001;58:251-8.
4. Loredó AA. Diversas formas de maltrato infanto-juvenil. En: Loredó AA. *Maltrato en niños y adolescentes*. México: Editores de Textos Mexicanos;2004.p.17-27.
5. Long-term consequences of child abuse and neglect. *Child Welfare Information Gateway*. U.S. Department of Health and Human Services 2006.
6. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998;14(4):245-58.
7. Dong M, Giles WH, Felitti VJ et al. Insights into causal pathways for ischemic heart disease: adverse childhood experiences study. *Circulation* 2004;110(13):1761-6.
8. Alvarez J, Pavao J, Baumrind N, Kimerling R. The relationship between child abuse and adult obesity among California women. *Am J Prev Med* 2007;33(1):28-33.
9. Williamson DF, Thompson TJ, Anda RF, Dietz WH, Felitti V. Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002;26(8):1075-82.
10. Gustafson TB, Sarwer DB. Childhood sexual abuse and obesity. *Obes Rev* 2004;5(3):129-35.
11. Noll JG, Zeller MH, Trickett PK, Putnam FW. Obesity risk for female victims of childhood sexual abuse: a prospective study. *Pediatrics* 2007;120(1):e61-e67.
12. Zimetkin AJ, Zoon CK, Klein HW, Munson S. Psychiatric aspects of child and adolescent obesity: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adol Psychiatry* 2004;43(2).
13. Gómez JM, Perea MA, Martín MV, Cerezo CV. Maltrato psicológico. Impacto en el desarrollo cognoscitivo, emocional y nutricio del menor. En: Loredó AA. *Maltrato en niños y adolescentes*. México: Editores de Textos Mexicanos;2004: p.103-19.
14. Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse Negl* 1996;20(8):709-23.
15. Braet C. Psychological profile to become and to stay obese. *Intern J Obes* 2005;29:519-23.

16. Decaluwé V, Braet C, Fairburn G. Binge eating in obese children and adolescents. *Int J Eating Dis* 2003;33:78-84.
17. Teicher MH. Wounds that time won't heal: The neurobiology of child abuse. *Cerebrum: The Dana Forum on Brain Science* 2000;2(4):50-67.
18. Grilo CM, Masheb RM. Childhood psychological, physical, and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder: frequency and associations with gender, obesity, and eating-related psychopathology. *Obes Res* 2001;9(5):320-5.
19. Corstorphine E, Waller G, Lawson R, Ganis C. Trauma and multi-impulsivity in the eating disorders. *Eating Behavior* 2007;8(1):23-30.
20. Pine DS, Goldstein RB, Wolk S et al. The association between childhood depression and adulthood body mass index. *Pediatrics* 2001;107:1049-56.
21. Richardson LP, Davis R, Poulton R et al. A longitudinal evaluation of adolescent depression and adult obesity. *Arch Pediatr Adolesc* 2003;157:739-45.
22. Robinson S. Victimization of obese adolescents. *J School Nurs* 2006;22(4):201-6.
23. Griffiths LJ, Wolke D, Page AS, Horwood JP. Obesity and bullying: different effects for boys and girls. *Arch Dis Child* 2006;91:121-5.

