

Evaluación psicológica de niños y adolescentes con obesidad : principios

*ebook.ecog-obesity.eu/es/evaluacion-psicologica-alteraciones/evaluacion-psicologica-ninos-
adolescentes-obesidad-principios*



Sandra Verbeken (PhD)

Evaluación psicológica del niño y adolescente obeso: principios
Caroline Braet (PhD) , Sandra Verbeken (PhD)
Departamento de Desarrollo, personalidad y psicología social
Ghent Universidad , Ghent (Bélgica)

Traducción al español por Marie-Claude Blondeau

Introducción

La investigación demostró que el comportamiento alimenticio de los individuos obesos consiste en una amplia variedad de patrones, como comer alimentos ricos en calorías para compensar sentimientos negativos, vómitos después de comer en exceso, comer por la noche, comer con moderación, saltar la comida.

Puede ser difícil de entender y tratar estos comportamientos alimentarios específicamente cuando están relacionados con factores psicológicos. La evaluación temprana y el tratamiento de estos problemas en los niños es importante ya que pueden llegar fácilmente a niveles más serios para los que se requieren intervenciones más intensivas y costosas y pueden obstaculizar la pérdida de peso.

Por lo tanto, el siguiente capítulo pretende resumir los antecedentes psicológicos observados en la obesidad pediátrica. La literatura identificó varios modelos psicológicos que pueden guiar una evaluación psicológica exhaustiva. No hay una teoría "líder" y los clínicos probarán diferentes hipótesis cuando un niño obeso solicite ayuda. Siempre se explorarán actitudes de restricción, factores emocionales, mecanismos de aprendizaje, personalidad y variables familiares para ayudar a adaptar el programa de tratamiento a las necesidades individuales del niño. Por lo tanto, se recomienda construir un perfil psicológico de cada niño obeso que busque tratamiento.

Se presentarán los modelos, los factores psicológicos y las medidas específicas que se utilizarán en una evaluación. Finalmente, se discuten las cuestiones relacionadas con el cribado en un entorno pediátrico.

2. Modelos psicológicos

2.1 Alimentación restringida o controlada

Los niños obesos pueden demostrar actitudes psicológicas como "restricción dietética" o la preocupación cognitiva con el peso, la forma y la restricción de alimentos. Esto no es lo mismo que "dieta" o el uso real de las prácticas de control de peso para reducir la ingesta de energía. Ambos son frecuentes en adultos obesos niños

Estas preocupaciones cognitivas son a menudo dañinas. Durante las dietas, el control interno del hambre y la saciedad es ignorado en favor del control cognitivo (por el niño o por los padres) sobre el comportamiento alimentario del niño. Sin embargo, el control cognitivo es a menudo demasiado rígido y fácilmente interrumpido y está en marcado contraste con un estilo de vida saludable

La Dietary Restraint Theory (DRT) es un modelo psicológico que explica los problemas de comer después de seguir una dieta estricta. Se demostró que el control cognitivo sobre comer a menudo falla bajo angustia o fatiga y que esto aumenta el riesgo de comer en exceso. De esta manera, la restricción dietética se alterna a menudo con el atracón que lleva al aumento de peso. Este patrón también es frecuente en los niños obesos (6). Además, los fracasos del comportamiento de restricción pueden causar angustia, lo que a su vez fomenta la alimentación emocional. Por lo tanto, dado que es probable que aparezcan anomalías en el estilo de alimentación, las actitudes dietéticas y dietéticas estrictas se consideran como variables de riesgo psicológico (7, 8).

Para concluir, evaluar y desafiar las actitudes y comportamientos de restricción dietética es importante para guiar nuestra comprensión y terapia. Aconsejar a los niños obesos que restrinjan su alimentación sin

reconocer plenamente la historia de las actitudes de restricción alimentaria puede resultar en intenciones de dieta más rígidas que a su vez pueden conducir a los efectos secundarios psicológicos evidenciados ya la pérdida de control (9)

2.2 Comida Emocional

Las emociones negativas debidas a eventos de la vida oa factores estresantes menores diarios afectan el comportamiento alimentario en algunas personas (10-12) tanto durante las comidas como por medio de meriendas. Específicamente, bajo condiciones suaves, se observa un consumo alimentario más confortable (alimentos densos en energía debido al alto contenido de azúcar y grasa) y un patrón alimentario más desequilibrado en el 30-43% de adultos y adolescentes. (13)

Dado que los jóvenes obesos sufren diariamente de insatisfacción corporal, preocupaciones por el peso, aislamiento social y baja autoestima (14), el nivel de estrés aumenta (15). Por otra parte, las emociones negativas están relacionadas con peor resultado en el tratamiento de la obesidad en algunos (16) pero no en todos (14) los estudios.

La teoría de la regulación del afecto (ART) define estas observaciones como comer emocional (17). En este modelo, el consumo de comida en ausencia de hambre se considera como un esfuerzo para regular las emociones negativas, ya que el alimento (a) proporciona comodidad a nivel psicológico, (b) reduce la excitación a nivel biológico, (c) distrae a las personas de su etapa emocional Y (d) eclipsa el afecto negativo (18, 19).

No hay conclusión, evaluar la alimentación emocional y explorar los factores subyacentes potenciales como estresores, baja autoestima, humor negativo, insatisfacción corporal o aislamiento social es relevante ya que puede guiar nuestra terapia. En este contexto, también debe incluirse la evaluación de la calidad de vida.

2.3 Estilo de alimentación impulsado por la recompensa.

Los niños obesos también pueden mostrar una mayor capacidad de respuesta a los alimentos en ausencia de actitudes de dieta o emociones. Para estos niños, la vista, el olfato, el sabor de los alimentos conduce a una reacción de aproximación automática, ignorando así los sentimientos de saciedad. Se pueden caracterizar como sensibles a las recompensas altas (RS) (20).

De acuerdo con la teoría de sensibilidad de refuerzo de Gray (RST) (21), RS refleja resultados funcionales del sistema de activación conductual (BAS). La activación de BAS provoca una activación conductual y una tendencia a acercarse a las metas. La investigación por imágenes en adultos mostró una mayor asociación positiva entre RS (22) y la activación en las áreas de recompensa cerebral a los alimentos apetitosos en relación con los alimentos blandos (23). Además, en comparación con el peso medio, los jóvenes obesos muestran una mayor activación en las áreas de recompensa cerebral en respuesta a estímulos alimentarios (24) y en respuesta al consumo de alimentos (25), lo que sugiere que los individuos obesos frente a las parejas). Por lo tanto, suponemos que RST puede explicar un tercer mecanismo subyacente perturbado comer.

Sin embargo, también hay que tener en cuenta los procesos cognitivos. El modelo de doble proceso (28) postula que la autorregulación o la decisión de ir a la recompensa inmediata comer comida pelable o de la tensión para el mayor beneficio futuro de la pérdida de peso y la mejora de la salud es el producto del equilibrio entre Control inhibitorio de arriba a abajo. Punto de investigación en paralelos entre la obesidad

y el TDAH en niños (29-32) y entre la obesidad y otros comportamientos potencialmente adictivos, todos caracterizados por RS alto y control inhibitorio deficiente (33, 34).

En suma, los niños obesos pueden mostrar una mayor capacidad de respuesta a los alimentos, a veces considerado como el deseo o la adicción a comer en exceso, incluso en ausencia de restricción de la dieta o comer emocional. Tales patrones alimentarios "recompensados" pueden ser considerados como probablemente una tercera vía, lo que contribuye a la conducta alimentaria desordenada. En consecuencia, la evaluación de RS es relevante, ya que puede guiar aún más nuestra comprensión de comer perturbado y terapia.

2.4 Impacto de la patología familiar o de una psicopatología comórbida

Para la mayoría de los niños, el entorno familiar es el contexto central de socialización que influye en el riesgo de obesidad en los hijos. Aunque la dinámica entre padre e hijo es difícil de desentrañar, hay tres mecanismos alternativos a considerar.

Primero, los padres adoptan diferentes estilos y estrategias de alimentación hacia sus hijos y es razonable sugerir que la forma en que los padres alimentan a sus hijos puede estar relacionada con el comportamiento alimentario y el estado de peso del niño (35). Los padres de un niño obeso pueden experimentar más dificultades implementando las reglas alimentarias diarias adecuadas y como consecuencia elegir estrategias de alimentación menos adecuadas (36). Las investigaciones sugieren que el informe de los padres sobre la alimentación restrictiva se asocia paradójicamente con el aumento del IMC infantil. Sin embargo, basándose en observaciones a la hora de comer, la falta de control parental en lugar de autocontrol sobre la nutrición de los niños emergió en las familias con sobrepeso. Así que nos preguntamos si los padres son conscientes de su estilo de crianza

Es notable que tanto la participación positiva como la participación de los padres demasiado estricta puede considerarse como disfuncional. Desde la década de los 70, la falta de participación de los padres se evidenció tanto para la paternidad general como para las situaciones de alimentación en las familias obesas (38). La presencia de reglas ineficaces y la disciplina, el uso de alimentos para reforzar un comportamiento infantil, sutiles signos de abuso emocional todos pueden tener efectos secundarios adversos. Se necesitan estudios basados en la población antes de que estos hallazgos puedan generalizarse.

En segundo lugar se demostró que la patología psiquiátrica en las madres, pero no en los padres, se asoció con la gravedad de la obesidad en sus hijos (39).

En tercer lugar, gran parte de esta investigación sobre las influencias familiares es correlacional y no se puede determinar la dirección de los efectos. Es probable que la relación padre-hijo sea bidireccional, con el temperamento de los niños también desafiando las prácticas de alimentación de los padres. Por ejemplo, algunos niños tienen un temperamento más irritable o reactivo o muestran síntomas más internalizantes (por ejemplo, sentimientos de ansiedad, depresión del estado de ánimo, quejas psicósomáticas) o síntomas de externalización (por ejemplo, comportamiento depresivo, agresión, comportamiento de oposición). Esto se puede medir fácilmente con las escalas de auto-reporte o el informe de los padres aunque debe ser interpretado con precaución. En la investigación sobre la obesidad, los problemas psicológicos y los trastornos mentales siempre han sido discutidos como causas del problema (41, 42)

Proponemos el modelo Diathesis-Stress (DSM) para comprender la interacción entre las características del niño y el medio ambiente para explicar los problemas mentales en niños con obesidad. Tener sobrepeso como niño en una sociedad que promueve el ideal delgado puede llevar a una retroalimentación

negativa, baja autoestima y esto puede formar una cicatriz (diátesis) que hace a estos niños más vulnerables cuando se enfrentan a nuevos factores estresantes. Según nuestra perspectiva de la psicopatología, la hipótesis del espíritu de los tiempos (44) (caracterizada por un ideal delgado y fuertes expectativas con respecto al rendimiento escolar y social para todos los niños) predice un aumento general de los problemas psicológicos en los individuos con sobrepeso.

En conclusión, en la obesidad infantil es muy importante detectar los problemas familiares, pero con cautela ya que (1) los padres no parecen estar conscientes de su estilo de crianza y (2) algunos niños pueden ser más difíciles de educar. En consecuencia, también deben evaluarse las características del niño tanto en los síntomas de internalización como en los de externalización.

3. Evaluación psicológica de los jóvenes con obesidad

Las variables psicológicas identificadas pueden guiar una evaluación pediátrica más completa. En el influyente documento de posición ECOG "El enfoque psicológico del comportamiento alimentario de los niños que son obesos" (45) se recomienda un procedimiento de evaluación multi estadio que se adopta aquí.

En primer lugar, los diferentes modelos psicológicos posibles (M) pueden ser probados a través de una breve entrevista.

M1. ¿Está el niño preocupado por restringir los alimentos, las actitudes de restricción de la dieta o el peso severo y las preocupaciones de forma?

M2. ¿El niño reporta comer emocional?

M3. ¿El niño muestra una sensibilidad de recompensa alta (en general o específica a las señales de comida), una capacidad de inhibición baja o un informe para ser adicto a los alimentos?

M4. ¿Hay problemas en la familia relacionados con la crianza de los hijos? O, ¿el niño muestra problemas de internalización o externalización?

Si una o más respuestas fueron positivas, debemos asumir problemas psicológicos y se indica una evaluación adicional. Para la evaluación de la psicopatología, se recomienda utilizar una estrategia en múltiples etapas (46). Este enfoque implica el uso de una prueba de cribado para seleccionar casos potenciales para una evaluación adicional. Dado que la observación o la entrevista no son métodos muy fiables ni rentables (47), se recomienda el uso de cuestionarios para los niños y adolescentes mediante informes parentales (todas las edades) o informes infantiles (a partir de los 8 años). Se recomienda usar medidas de detección apropiadas para la edad para verificar las respuestas obtenidas en las preguntas de la entrevista. Para interpretar la puntuación en un instrumento de cribado y evaluar el funcionamiento de los niños, los médicos tienen que comparar la puntuación bruta del niño con muestras normativas usando percentiles o T-scores. También se pueden usar puntos de corte para identificar a un niño en riesgo.

Para los participantes que excedan el puntaje de corte, el siguiente período de evaluación involucra una segunda administración del cuestionario junto con una entrevista estructurada.

En general, se recomienda el uso de métodos de detección fiables y válidos y, si es posible, se recomienda la evaluación de múltiples informantes que evalúen tanto la percepción del niño como de los padres sobre los mismos dominios. La siguiente tabla muestra una selección de instrumentos considerados confiables, válidos y disponibles para probar los diferentes modelos. Se puede utilizar una variedad de cuestionarios

psicológicos (10 minutos cada uno), tareas (20 minutos cada una) y entrevistas (45 minutos cada una) (ver Tabla 1). Algunos son completados por el niño, algunos son rellenos por los padres y para algunos, tanto el niño como el padre están disponibles. Debemos reconocer que algunas de estas medidas sólo pueden ser utilizadas por los psicólogos (las entrevistas), pero de manera específica el cuestionario puede ser fácilmente evaluado (digitalmente) anotado y también puede ser re-administrado en el seguimiento. A nuestro entender, para cada hipótesis existen diferentes opciones (véase el cuadro 1).

Tabla 1. Subescalas que evalúan factores psicológicos relevantes en la evaluación de la obesidad pediátrica

Pruebas de subescalas Modelo psicológico	Restricción	alimentación	Respuestas a la	Patología familiar	Problemas mentales
	M1 dietética	M2 emocional	M3 señales alimentarias	M4	
<i>Padre +niño</i>					
DEBQ*	x	x	x		
CBCL*		x			x
<i>Medidas infantiles</i>					
EDE-Q*	x				
cheat*	x				
EDI*	x				
BIS/BAS*			x		
SPPC*		x			x
CDI*		x			x
EDE	x				
KID-SCID		x			x
STROOP			x		
<i>Medidas parentales</i>					
CFQ*				x	
Rechazo de los padres*				x	

Leyenda: *cuestionario

4. procedimiento óptimo de selección

4.1 Evaluación de diferentes modelos psicológicos incluidos en un cuestionario.

Para mantener el procedimiento de cribado rentable y minimizar la carga de un largo procedimiento de evaluación en una consulta pediátrica se pueden utilizar cuestionarios cortos. Además, un cuestionario para el niño y uno para el padre a menudo se puede administrar a la pantalla de los diferentes modelos psicológicos. Para esta tarea, por ejemplo el DEBQ (versión infantil) combinado con CBCL (versión padre) es más eficiente, ya que puede ayudar a probar 4-5 modelos a la vez. Los niños en riesgo pueden ser identificados usando puntos de corte, basados en normas de una muestra no clínica. Siempre se interpretará con precaución ya que los instrumentos de cribado revelan sustanciales positivos positivos y

negativos. Por lo tanto, si los medios están disponibles doble verificación de la perspectiva del niño a través de la entrevista o la observación.

4.2 Consideraciones para la referencia y la importancia de una buena comunicación.

En algunos casos puede ser relevante considerar referral a un psicólogo pediátrico calificado adecuado para una evaluación más profunda y tratamiento. Por ejemplo, cuando en la evaluación inicial se reconoce que el comer sea desordenado o parece haber problemas en el niño o en el hogar que pueden impedir el progreso en la terapia, y cuando el clínico evaluador no se siente adecuadamente capacitado. Una primera consulta también puede identificar los casos en los que los padres deben ser referidos a especialistas adultos para la evaluación adicional y apoyo para sí mismos (por ejemplo, para abordar las habilidades de afrontamiento, las habilidades de los padres, dependencia de sustancias, depresión, etc)

Como los padres a menudo no son conscientes de la importancia de la salud psicológica subyacente para la salud general de sus hijos, pueden ser reacios a responder preguntas sobre estos temas. Es imprescindible para el clínico superar esta resistencia inicial dirigiéndose al niño y su familia de una manera apropiada para los niños y pedir permiso para enfocarse en estos dominios también. Su capacidad para comunicarse abiertamente y con compasión crea confianza y es esencial para obtener una visión precisa de la vida de los niños y de la familia. Es importante fomentar un ambiente de apoyo y comprensión para evitar la estigmatización o la discriminación del niño y la familia.

4.3 Banderas rojas para la remisión

Si la detección inicial identifica cualquier problema que pueda ser motivo de preocupación para la protección de los niños (abuso emocional, abuso físico, intimidación grave), se recomienda que se envíen prontamente a los servicios apropiados. Además, si el niño gana o pierde peso considerable en un período de seis meses, puede ser indicada la derivación a servicios apropiados.

5. Discusión

Debemos reconocer que algunos niños obesos pueden ser "psicológicamente sanos" sin adicción o trastornos alimenticios, y tienen una buena calidad de vida, con preferencia por una nutrición saludable y alta motivación intrínseca para la actividad física. El nuevo paradigma de "Salud @ cualquier tamaño" (48) tiene que ser evaluado como una opción para algunos, pero no para todos los niños.

Sin embargo, debemos ser conscientes de que los modelos psicológicos proponen hipótesis que pueden ser relevantes o no para un niño específico. Como se indicó anteriormente, no todas las cuestiones científicas relativas a los mecanismos subyacentes se han investigado todavía y algunos modelos tienen más pruebas que otros. En investigaciones futuras, necesitamos estudiar si debemos separar / diferenciar subtipos de comportamiento de acuerdo con los diferentes modelos psicológicos subyacentes.

Por último, los modelos psicológicos deben reconocer que vivimos en un ambiente tóxico, que puede influir en el niño a nivel macro, además de las influencias psicológicas. Por lo tanto, un proceso de evaluación también debe considerar el papel de los amigos, la escuela, el vecindario y los medios de comunicación

Referencias

1. Schlundt DG, Taylor D, Hill JO, Sbrocco T, Pope-Cordle J, Kasser T, et al. A behavioral taxonomy of obese female participants in a weight-loss program. *Am J Clin Nutr.* 1991 May;53(5):1151-8.
2. Costello EJ, Angold A. Developmental psychopathology and public health: past, present, and future. *Dev Psychopathol.* 2000 Autumn;12(4):599-618.
3. Claus L, Braet C, Decaluwe V. Dieting history in obese youngsters with and without disordered eating. *Int J Eat Disord.* 2006 Dec;39(8):721-8.
4. Decaluwe V, Braet C, Fairburn CG. Binge eating in obese children and adolescents. *Int J Eat Disord.* 2003 Jan;33(1):78-84.
5. Howard CE, Porzelius LK. The role of dieting in binge eating disorder: etiology and treatment implications. *Clin Psychol Rev.* 1999 Jan;19(1):25-44.
6. Stice E, Presnell K, Groesz L, Shaw H. Effects of a weight maintenance diet on bulimic symptoms in adolescent girls: an experimental test of the dietary restraint theory. *Health Psychol.* 2005 Jul;24(4):402-12.
7. [Hill AJ](#), [Robinson A](#). Dieting concerns have a functional effect on the behaviour of nine-year-old girls. *Br J Clin Psychol.* 1991;30 (Pt 3):265-7.
8. Wardle J, Marsland L, Sheikh Y, Quinn M, Fedoroff I, Ogden J. Eating style and eating behaviour in adolescents. *Appetite.* 1992;18(3):167-83
9. Herman CP, Olmsted MP, Polivy J. Obesity, externality, and susceptibility to social influence: an integrated analysis. *J Pers Soc Psychol.* 1983 Oct;45(4):926-34.
10. Macht M. How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite.* 2008 Jan;50(1):1-11.
11. d'Autume C, Musher-Eizenman D, Marinier E, Viarme F, Frelut ML, Isnard P. [Eating behaviors and emotional symptoms in childhood obesity: a cross-sectional exploratory study using self-report questionnaires in 63 children and adolescents]. *Arch Pediatr.* 2012 Aug;19(8):803-10.
12. Isnard P, Quantin L, Cortese S, Falissard B, Musher-Eizenman D, Guedeney A, et al. Bulimic behaviours and psychopathology in obese adolescents and in their parents. *Int J Pediatr Obes.* 2010 Dec;5(6):474-82.
13. Nguyen-Rodriguez ST, Chou CP, Unger JB, Spruijt-Metz D. BMI as a moderator of perceived stress and emotional eating in adolescents. *Eat Behav* 2008; 9: 238-246.
14. Braet C. Patient characteristics as predictors of weight loss after an obesity treatment for children. *Obesity (Silver Spring).* 2006 Jan;14(1):148-55.
15. Stice E, Presnell K, Spangler D. Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation. *Health Psychol.* 2002 Mar;21(2):131-8.
16. Epstein LH, Wisniewski L, Weng R. Child and parent psychological problems influence child weight control. *Obes Res.* 1994 Nov;2(6):509-15.
17. Burton P, Smit HJ, Lightowler HJ. The influence of restrained and external eating patterns on overeating. *Appetite.* 2007 Jul;49(1):191-7.
18. Macht M, Haupt C, Ellgring H. The perceived function of eating is changed during examination stress: a field study. *Eat Behav.* 2005 Feb;6(2):109-12.
19. Macht M, Simons G. Emotions and eating in everyday life. *Appetite.* 2000 Aug;35(1):65-71.
20. Carnell S, Gibson C, Benson L, Ochner CN, Geliebter A. Neuroimaging and obesity: current knowledge and future directions. *Obes Rev.* 2012 Jan;13(1):43-56.
21. Gray, J. A. *Elements of a two-process theory of learning.* Oxford, England: Academic Press.1975
22. Carver, C. S., & White, T. L. Behavioral-inhibition, behavioural activation, and affective responses to impending reward and punishment: The BIS/BAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology,* 1994;67:319-333.
23. Beaver JD, Lawrence AD, van Ditzhuijzen J, Davis MH, Woods A, Calder AJ. Individual differences in reward drive predict neural responses to images of food. *J Neurosci* 2006; 26: 5160-5166.

24. Bruce AS, Holsen LM, Chambers RJ, Martin LE, Brooks WM, Zarccone JR, et al. Obese children show hyperactivation to food pictures in brain networks linked to motivation, reward and cognitive control. *Int J Obes (Lond)*. 2010 Oct;34(10):1494-500.
25. Stice E, Spoor S, Bohon C, Small DM. Relation between obesity and blunted striatal response to food is moderated by TaqIA A1 allele. *Science*. 2008 Oct 17;322(5900):449-52.
26. McGloin AF, Livingstone MB, Greene LC, Webb SE, Gibson JM, Jebb SA, et al. Energy and fat intake in obese and lean children at varying risk of obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2002 Feb;26(2):200-7.
27. Rissanen A, Hakala P, Lissner L, Mattlar CE, Koskenvuo M, Ronnema T. Acquired preference especially for dietary fat and obesity: a study of weight-discordant monozygotic twin pairs. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2002 Jul;26(7):973-7.
28. Appelhans BM. Neurobehavioral inhibition of reward-driven feeding: Implications for dieting and obesity. *Obes*. 2009, 17: 640-647.
29. Agranat-Meged AN, Deitcher C, Goldzweig G, Leibenson L, Stein M, Galili-Weisstub E. Childhood obesity and attention deficit/hyperactivity disorder: a newly described comorbidity in obese hospitalized children. *Int J Eat Disord*. 2005 May;37(4):357-9.
30. Cortese S, Angriman M, Maffei C, Isnard P, Konofal E, Lecendreux M, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and obesity: a systematic review of the literature. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2008 Jun;48(6):524-37.
31. Cortese S, Bernardina BD, Mouren MC. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and binge eating. *Nutr Rev*. 2007 Sep;65(9):404-11.
32. Cortese S, Isnard P, Frelut ML, Michel G, Quantin L, Guedeney A, et al. Association between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and bulimic behaviors in a clinical sample of severely obese adolescents. *Int J Obes (Lond)*. 2007 Feb;31(2):340-6.
33. Dawe S, Loxton NJ. The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neurosci Biobehav Rev*. 2004 May;28(3):343-51.
34. Volkow ND, O'Brien CP. Issues for DSM-V: should obesity be included as a brain disorder? *Am J Psychiatry*. 2007 May;164(5):708-10.
35. Golan M, Crow S. Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. *Nutr Rev* 2004; 62: 39-50.
36. Constanzo PR WE. Domain specific parenting styles and their impact on the child's development of particular deviance: The example of obesity-proneness. *J Clin Psychol* 1984;3: 425-45.
37. Moens E, Braet C, Bosmans G, Rosseel Y. Unfavourable family characteristics and their associations with childhood obesity: a cross-sectional study. *Eur Eat Disord Rev* 2009; 17: 315-323.
38. Bruch, H. (1975). Obesity and anorexia-nervosa – psychosocial aspects. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 9, 159-161.
39. Favaro A, Santonastaso P. Effects of parents' psychological characteristics and eating behaviour on childhood obesity and dietary compliance. *J Psychosom Res*. 1995 Feb;39(2):145-51.
40. Braet C, Claus L, Verbeken S, Van Vlierberghe L. Impulsivity in overweight children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Dec;16(8):473-83.
41. Britz B, Siegfried W, Ziegler A, Lamertz C, Herpertz-Dahlmann BM, Remschmidt H, et al. Rates of psychiatric disorders in a clinical study group of adolescents with extreme obesity and in obese adolescents ascertained via a population based study. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2000 Dec;24(12):1707-14.
42. 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 Adolesc Psychiatry*. 2004 Feb;43(2):134-50.
43. Mustillo S, Worthman C, Erkanli A, Keeler G, Angold A, Costello EJ. Obesity and psychiatric disorder: developmental trajectories. *Pediatrics*. 2003 Apr;111(4 Pt 1):851-9.
44. Puhl R, Brownell KD. Bias, discrimination, and obesity. *Obes Res*. 2001 Dec;9(12):788-805.
45. Braet, C. The psychological approach of the eating behaviour of children who are obese. An ECOG position paper, ECOG group (2014).

46. Kendall, P. C., Cantwell, D. P., & Kazdin, A. E. Depression in children and adolescents - assessment issues and recommendations. *Cognitive Therapy and Research*. 1989;13(2), 109-146.
47. Jensen, A. L., & Weisz, J. R. (2002). Assessing match and mismatch between practitioner-generated and standardized interview-generated diagnoses for clinic-referred children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 158-168.
48. Miller WC, Jacob AV. Health at any size paradigm for obesity treatment: The scientific evidence. *Obes Rev* 2001;2:37 – 45

~ **Más sobre las autoras** ~

Sandra Verbeken (PhD)



Evaluación psicológica del niño y adolescente obeso: principios

Caroline Braet (PhD) , Sandra Verbeken (PhD)

Departamento de Desarrollo, personalidad y psicología social

Ghent Universidad , Ghent (Bélgica)

Autor correspondiente : Sandra Verbeken

Departamento de Desarrollo , personalidad y psicología social

Ghent Universidad

Henri Dunantlaan 2

B-9000 Ghent (Bélgica)

Tel +32 (0)9 264 64 12

Fax +32 (0)9 264 64 99

Sandra.Verbaken@UGent.be (S. Verbeken)

~ **Cómo utilizar este artículo** ~

Es **libre de utilizar, compartir y copiar** este texto, citando este artículo como sigue:

Sandra V (2015). Evaluación psicológica y disturbancias. . En M.L. Frelut (Ed.), El ebook ECOG'S sobre niños y adolescentes obesos. Extraído de ebook.ecog-obesity.eu

Además asegurarse de **dar crédito** cuando vaya a utilizar este contenido. Para más información, por favor, visite ebook.ecogobesity.eu/es/terms-use/summary/

~ **Última palabra** ~

Gracias por leer este artículo.

Si le ha parecido un artículo útil, por favor, compártalo con el que esté interesado.

Asegúrese de visitar ebook.ecog-obesity.eu para leer y descargar más artículos relacionados con la obesidad infantil.