

# ACTITUDES HACIA EL SOBREPESO Y SU ASOCIACIÓN CON RIESGO DE TRASTORNO ALIMENTARIO EN NIÑOS: UN ESTUDIO EXPLORATORIO

## ATTITUDES TOWARD OVERWEIGHT AND THEIR ASSOCIATION WITH RISK OF EATING DISORDER IN CHILDREN. AN EXPLORATORY STUDY

Luciana Elizathe<sup>\*, \*\*</sup>, Jéscica Custodio<sup>\*, \*\*</sup>,  
Brenda Murawski<sup>\*, \*\*</sup> y Guillermina Rutzstein<sup>\*</sup>

### Resumen

El objetivo de este estudio es explorar actitudes hacia el sobrepeso en niños/as y analizar su asociación con riesgo de trastorno alimentario. Participaron 94 niños/as escolarizados de edad promedio de 10,72 años. En una primera fase, completaron instrumentos autoadministrables. En una segunda fase se realizó una entrevista diagnóstica con los probables casos de riesgo de trastorno alimentario. La mayoría de los niños evidencian una actitud negativa hacia el sobrepeso, sin diferencias por sexo ni por índice de masa corporal. A su vez, se identificó una asociación significativa pero débil entre actitud hacia el sobrepeso y riesgo de trastorno alimentario. En conclusión, se sugiere el abordaje de esta problemática en los programas orientados a la prevención de trastornos alimentarios.

**Palabras clave:** Trastornos alimentarios - actitudes - sobrepeso - niños.

### Abstract

The aim of this study is to explore attitudes toward overweight and analyze its association with risk of eating disorder in children. The sample included 94 school children. The average age was 10.72 years. During the first stage, children filled out self-administered instruments. During the second stage, a diagnostic interview was conducted with those children identified at risk for eating disorder. The majority of children showed a negative attitude toward overweight, without differences by sex or body mass index. Moreover, a significant but weak correlation between attitudes toward overweight and risk of eating disorder was identified. In conclusion, it is suggested that programs aimed to prevent eating disorders should work on this subject.

**Key words:** Eating disorders - attitudes - overweight - children.

Recibido: 25-09-17 | Aceptado: 11-10-17

### Introducción

Sufrir burlas por el peso constituye una de las formas más frecuentes en que se manifiesta el acoso escolar (Puhl, Luedicke y Heuer, 2011). A su vez, es sabido que esta experiencia genera consecuencias negativas en el desarrollo psicológico de los niños que las padecen (Kovalskys, Bay, Rausch Herscovici y Berner, 2003), incrementando el riesgo de desarrollar alteraciones en la conducta alimentaria (Madowitz, Knatz, Maginot, Crow y Boutelle, 2012).

Por otra parte, las burlas por el peso corporal pueden estar motivadas por el sostenimiento de

actitudes negativas hacia el sobrepeso. Pareciera que las representaciones socioculturales que equiparan delgadez con éxito y felicidad, propiciarían la construcción de creencias negativas hacia quienes se apartan del estereotipo (Elizathe, Murawski y Rutzstein, 2011; Rutzstein, 2002). Tal es así que diversos estudios identificaron que niños desde los 4 años de edad presentan actitudes negativas hacia la obesidad y el sobrepeso. Por ejemplo, niños/as de 4 a 6 años califican con atributos principalmente negativos (“desagradable”, “tonto”, “sin amigos”, “descuidado”, “feo”) a una figura que representa un niño con sobrepeso (Holub, 2008). Otro estudio detectó que niños/as entre 7 y 12 años consideran a la figura que representa a un niño con sobrepeso como “más vago” (86%), “menos feliz” (74%), “menos popular” (81%), y

\* Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. \*\* Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET).  
E-Mail: lucianaelizathe@gmail.com  
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXVI p.p. 324-331  
© 2017 Fundación AIGLÉ.

“menos atractivo” (94%), en comparación con la figura del niño de peso promedio (Tiggemann y Wilson-Barrett, 1998). En esta misma línea, otros autores (Koroni, Garagouni-Areou, Roussi-Vergou, Zafiropoulou y Piperakis, 2009) encontraron que niños/as de 10 y 11 años, al clasificar seis dibujos de niños/as según su atractivo físico (dibujos donde se incluía un niño obeso, uno con peso promedio, otro con un brazo amputado, o con una cicatriz en el rostro), elegían al niño obeso entre los menos atractivos. Este estudio, además, concluyó que no había diferencias en las actitudes negativas que presentan los niños/as en función de su propio índice de masa corporal (IMC).

Sostener actitudes negativas en relación con el sobrepeso promovería prácticas discriminatorias y burlas hacia las personas con sobrepeso (Greenleaf, Chambliss, Rhea, Martin y Morrow, 2006), las cuales a su vez contribuyen al desarrollo de insatisfacción con la imagen corporal y alteraciones alimentarias en las víctimas (Davison y Birch, 2002; Kostanski y Gullone, 2007; Striegel-Moore, Dohm, Pike, Wilfley y Fairburn, 2002). Asimismo, ejercerían una influencia negativa en quienes sostienen dichas actitudes. Por ejemplo, Smolak y Levine (2001) sugieren que las actitudes negativas hacia el sobrepeso pueden mediar la relación entre el IMC y la satisfacción con el propio cuerpo, principalmente en niños/as con exceso de peso. Sin embargo, son escasas las investigaciones que han indagado la influencia de las actitudes negativas hacia el sobrepeso en las alteraciones de la conducta alimentaria. Davison y Birch (2004), por ejemplo, identificaron que las niñas que presentaban alteraciones en su conducta alimentaria tenían una tendencia superior a adoptar estereotipos contra la obesidad.

En atención a la problemática expuesta, este trabajo se propone explorar las actitudes hacia el sobrepeso que presentan niñas y niños escolarizados y analizar su asociación con el riesgo de trastorno alimentario.

## METODOLOGIA

### Tipo de diseño

El presente estudio sigue un diseño no experimental, transversal descriptivo y correlacional.

### Muestra

Se realizó un muestreo intencional. Se evaluaron a los niños que fueron autorizados por sus padres y que accedieron voluntariamente a participar. La selección de la muestra involucró niños de ambos sexos que asistían al quinto, sexto y séptimo grado de tres escuelas primarias (dos públicas y una privada) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

(CABA). Dichas escuelas fueron seleccionadas en función del interés que sus directivos demostraron en la temática de los trastornos alimentarios cuando se trabajó previamente en población media en el marco de dos proyectos financiados por la Universidad de Buenos Aires, o que manifestaron su interés en este trabajo a través del equipo de Salud Escolar del Área Programática del Hospital Ramos Mejía, con quien se estableció un contacto para poder realizar la presente investigación.

Los criterios de inclusión fueron: tener entre 9 y 13 años de edad, estar cursando estudios en una escuela primaria de la CABA y presentar el consentimiento informado firmado por alguno de los padres. Los criterios de exclusión fueron presentar problemas de comprensión, problemas cognitivos o retraso mental.

La muestra quedó conformada por 94 niños (50 niñas - 44 varones) de entre 9 y 13 años ( $M = 10,72$ ,  $DE = 0,83$ ), incluyendo únicamente a dos niños (2,1%) de 9 años y a uno (1,1%) de 13 años. No existieron diferencias significativas por sexo en esta variable.

Los participantes concurren al quinto (52,1%), sexto (25,5%) y séptimo grado (22,3%) de tres escuelas primarias (77,7% públicas y 22,3% privada) de la CABA.

### Instrumentos

Cuestionario socio-demográfico y de factores asociados a los trastornos alimentarios. Diseñado específicamente para esta investigación, con el fin de caracterizar la muestra y de identificar algunos factores de riesgo de trastorno alimentario (realización de dietas, actividad física para bajar de peso, presencia de burlas por el peso), mediante una serie de indicadores dicotómicos.

Escala de Siluetas para niños y adolescentes (Ch/ASRS, por sus siglas en inglés; Collins, 1991). Escala gráfica de siluetas que evalúa la insatisfacción con la imagen corporal. Consiste en siete figuras de niñas y siete de varones que conforman una graduación desde una silueta muy delgada hasta una que presenta un sobrepeso importante. Cada niño/a debe elegir la figura que representa como se ve y la que representa como le gustaría verse. Esta escala presenta un coeficiente de consistencia interna de 0,71 en relación a la imagen percibida como actual y 0,59 en relación a la imagen corporal deseada (Collins, 1991). El instrumento permite evaluar el grado de insatisfacción con la imagen corporal en función de la diferencia que existe entre la figura que representa como le gustaría verse y la que representa como se ve.

Children's Eating Attitudes Test (ChEAT; Maloney, McGuire y Daniels, 1988). Escala autoadministrada que permite evaluar hábitos y actitudes no

saludables asociados con la alimentación y la imagen corporal, que da cuenta de riesgo de trastorno alimentario. Se utiliza en niños de 8 a 13 años. La adaptación local de este instrumento (Elizathe, Murawski, Arana y Rutzstein, 2012), permitió conservar 23 de los 26 reactivos originales, agrupándose en tres subescalas: Dieta y preocupación por el cuerpo, Presión social por comer y Preocupación por la comida. Cada ítem posee un escalamiento Likert de 6 opciones (siempre, casi siempre, a menudo, a veces, pocas veces y nunca). El autor (1988) establece que el punto de corte es 20, no obstante, su adaptación local sugiere que el de 11 resulta más sensible en niños argentinos. La consistencia interna fue adecuada ( $\alpha = 0,81$ ) (Elizathe et al., 2012).

**Escala de Actitudes hacia el sobrepeso.** Instrumento diseñado para esta investigación basándose en la escala utilizada por Holub (2008) para medir actitudes negativas hacia el sobrepeso. Consiste en solicitar al niño/a que califique una figura que representa a un niño con sobrepeso y otra figura que representa a un niño con normopeso, mediante un diferencial semántico que incluye una serie adjetivos extremos bipolares, por ejemplo: feliz-triste, lindo-feo, inteligente-tonto. Cada participante debe contestar observando figuras de niños de su mismo sexo que representan dos categorías de peso (normopeso y sobrepeso). Cada figura se le presenta al niño/a en una hoja diferente, junto con la serie de adjetivos bipolares para calificarla, en una escala que va del 1 al 7. Las respuestas se transforman de manera tal que el valor 1 represente el extremo negativo (valor -3) y el valor 7 el extremo positivo (valor 3). La medida de actitud hacia el sobrepeso se calcula a partir de la diferencia entre la puntuación promedio otorgada a la figura de niño/a con sobrepeso y la otorgada al niño/a normopeso. Una diferencia negativa indica que la figura del niño/a con sobrepeso es calificada de manera más negativa que la del niño/a normopeso. Este instrumento evidenció una consistencia interna de 0,67 para la actitud hacia el sobrepeso (Holub, 2008), y de 0,80 en la versión local.

**Entrevista diagnóstica semiestructurada.** Entrevista clínica individual basada en el *Eating Disorder Examination* (EDE, Fairburn y Cooper, 1993) que se utiliza con el fin de confirmar el riesgo de trastorno alimentario. Consiste en una serie de preguntas abiertas y cerradas que contemplan los criterios para el diagnóstico de trastorno alimentario del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Esta entrevista viene siendo utilizada en el marco de dos proyectos de investigación UBACyT financiados por la Universidad de Buenos Aires, dirigidos por la última autora de este trabajo, y ha evidenciado buena capacidad discriminante en

adolescentes de ambos sexos con y sin trastorno alimentario (Rutzstein, Murawski, Elizathe y Scappatura, 2010). Se le han realizado unas pequeñas modificaciones para adaptarla a niños/as, siguiendo las recomendaciones de Bryant-Waugh, Cooper, Taylor y Lask (1996). Estas consistieron en utilizar ejemplos concretos y metáforas al evaluar conceptos abstractos como por ejemplo la pérdida de control al comer, con el fin de favorecer la comprensión del niño/a (ejemplo, “perder el control es similar a una roca que baja rodando por una montaña”). Esta entrevista fue aplicada por psicólogas entrenadas en la detección de trastornos alimentarios, con nivel académico de doctorado (alcanzado o en curso).

### Procedimiento

Se brindó información a las autoridades escolares y a los padres acerca del propósito del presente estudio. A su vez, teniendo en cuenta que los sujetos de la muestra son menores de edad, se solicitó el consentimiento por escrito de los padres como condición excluyente para la participación en este estudio. A los niños se les aseguró el carácter voluntario de su participación y la confidencialidad de los datos recabados.

Se siguió un diseño de doble fase. En la primera fase los niños completaron los instrumentos agrupados en aulas, previa introducción y lectura del instructivo. El proceso de evaluación se llevó a cabo en 45 minutos. Luego fueron pesados y medidos por una nutricionista de acuerdo a las normas antropométricas incluidas en los *Criterios de diagnóstico y tratamiento. Crecimiento y desarrollo* (Sociedad Argentina de Pediatría, 1986). Se procedió a calcular el IMC y se clasificaron los sujetos de la muestra en niños/as con bajo peso, riesgo de bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesidad. Para dicha clasificación se tomaron las curvas de IMC, por sexo y edad, propuestas en la Guía Operativa, Orientación para la evaluación del crecimiento (Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2010).

Posteriormente, se analizaron los datos recolectados y se identificaron probables casos de riesgo de trastorno alimentario (riesgo de trastorno alimentario en primera fase), según dos criterios: puntuación en el ChEAT  $\geq 11$  o criterio clínico (combinación de características asociadas a los trastornos alimentarios, tales como la presencia de dietas o insatisfacción con la imagen corporal; en ausencia de la superación del punto de corte en el ChEAT).

En la segunda fase, los niños/as identificados como probables casos de riesgo de trastorno alimentario, junto con un número equivalente de niños/as que no presentó riesgo (en calidad de controles), fueron entrevistados individualmente con el fin de confirmar o no la presencia del riesgo. No se con-

firmó la presencia del cuadro clínico tal y como se describe en los manuales diagnósticos como el DSM-IV (APA, 2002) y la CIE-10 (OMS, 1992), dado que estos no son apropiados para diagnosticar trastornos alimentarios en niños de estas edades (Nicholls, Chater y Lask, 2000). Para considerar la confirmación del riesgo se tuvieron en cuenta los criterios Great Ormond Street (GOS) propuestos por Lask y Bryant-Waugh (2000) y los cambios propuestos para el DSM-V por el grupo de trabajo para la clasificación de trastornos alimentarios en niños y adolescentes (Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescent, Bravender et al., 2010). Dichos criterios establecen:

(a) umbrales menores y más sensibles a esta etapa evolutiva en relación con la presencia de síntomas, por ejemplo: una menor frecuencia de atracones o conductas compensatorias para bajar de peso; referir pérdida de control al comer, pese a que las cantidades de comida sean normales; desviaciones significativas en las curvas de crecimiento independientemente de haber alcanzado un bajo peso o no.

(b) preponderancia de indicadores comportamentales de características psicológicas de los trastornos alimentarios, aún en ausencia del auto reporte directo de dichas características por parte del niño, por ejemplo: chequeo constante del cuerpo (mirarse al espejo, compararse con otros) como indicador de insatisfacción con la imagen corporal; restricción alimentaria o selectividad en la alimentación diseñada con el fin de mantener un bajo peso (negarse a comer carbohidratos o grasas), como indicador de temor a engordar.

La entrevista se realizó entre uno y dos meses luego de la evaluación. Los padres de los alumnos a los que se confirmó el riesgo fueron convocados a fin de derivar a esos niños/as a hospitales públicos para su atención.

Este estudio contó con la autorización del Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

### Análisis de los datos

El procesamiento de los datos se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 19.0). Primeramente, se realizó el análisis descriptivo de todas las variables evaluadas. Posteriormente, se analizó el comportamiento de las variables centrales de esta investigación (riesgo de trastorno alimentario en primera fase, riesgo de trastorno alimentario confirmado y actitud hacia el sobrepeso) en función de las variables tipo de escuela (pública - privada) y grado al que asiste el niño/a (quinto, sexto y séptimo). Únicamente se hallaron diferencias significativas en función del grado al que asiste el niño/a y la actitud hacia el sobrepeso ( $F = 4,351$ ;  $p = 0,01$ ). Por lo tanto, en los análisis posteriores se controló estadísticamente la variable grado al testear hipótesis que incluyeran la actitud hacia el sobrepeso.

Con el objetivo de testear hipótesis que plantean diferencias entre grupos se realizaron diferentes pruebas t de diferencia de medias para muestras independientes, o bien, análisis de la covarianza (ANCOVA), en los casos en que era necesario controlar variables extrañas.

Por último, con el fin de determinar la posible asociación entre las alteraciones alimentarias (puntuación total en el ChEAT) y la actitud hacia el sobrepeso, se realizó un análisis de correlación parcial, controlando la variable grado.

## RESULTADOS

### 1. Características antropométricas de la muestra

El IMC promedio fue de 20,53 ( $DE = 4,74$ ), sin diferencias estadísticamente significativas entre los sexos. De la muestra total, cerca de la mitad presentó exceso de peso (46,2%) en tanto que un poco más de la mitad presentó peso normal (51,6%). En la Tabla 1 puede observarse la clasificación de la muestra según el IMC por sexo.

Tabla 1. Categoría de peso según Índice de Masa Corporal (IMC).

Categoría de peso según IMC	Niñas	Varones	Total
	$n = 49$ % ( $n$ )	$n = 42$ % ( $n$ )	$N = 91^a$ % ( $n$ )
Bajo peso	-	-	-
Riesgo de bajo peso	4,1 (2)	-	2,2 (2)
Normopeso	55,1 (27)	47,6 (20)	51,6 (47)
Sobrepeso	22,4 (11)	26,2 (11)	24,2 (22)
Obesidad	18,4 (9)	26,2 (11)	22,0 (20)

<sup>a</sup> 3 niños no fueron pesados ni medidos.

## 2. Riesgo de trastorno alimentario

La puntuación total media del ChEAT fue de 4,99 ( $DE = 5,83$ ), no existiendo diferencias por sexo. Tampoco se observaron diferencias significativas entre niñas y varones en cada una de las subescalas del ChEAT, como puede observarse en la Tabla 2.

Luego de la primera fase, se identificó un 30,9% ( $n = 29$ ) de niños/as identificados como probables casos de riesgo de trastorno alimentario (42%,  $n =$

21, de las niñas y 18,2%,  $n = 8$ , de los varones), existiendo diferencias por sexo en esta variable [ $\chi^2 (1, n = 94) = 5,15, p = 0,023$ ].

En una segunda fase se realizaron entrevistas con 52 niños/as (27 probables casos de riesgo y 25 controles), no pudiendo entrevistarse a dos niños/as probables casos. Tras la misma, se confirmó el riesgo en 10,6% ( $n = 10$ ) de los niños (16%,  $n = 8$  de las niñas y 4,5%,  $n = 2$  de los varones), sin diferencias por sexo en esta variable.

Tabla 2. Puntuación en el ChEAT por sexo

ChEAT	Niñas n = 49		Varones n = 42		Total n = 94		t	p	95% IC		d de Cohen
	M	DE	M	DE	M	DE			LI	LS	
Puntuación total	5,46	6,32	4,45	5,23	4,99	5,83	0,84	0,402	-1,36	3,37	0,23
D/PC	3,52	4,95	2,50	3,77	3,04	4,44	1,13	0,261	-0,77	2,81	0,23
PS	1,04	1,74	1,32	2,33	1,17	2,03	-0,64	0,519	-1,13	0,57	0,14
PC	0,90	2,18	0,64	1,20	0,78	1,79	-0,73	0,464	-0,45	0,97	0,15

Nota. D/PC = Dieta y preocupación por el cuerpo; PS = Presión social por comer; PC = Preocupación por la comida; IC = intervalo de confianza; LI = límite inferior; LS = límite superior.

## 3. Actitud hacia el sobrepeso en niños/as

En la Tabla 3 se presentan las medias para cada par de adjetivos. También se presenta la diferencia promedio entre la calificación otorgada a cada figura, que da lugar a la actitud hacia el sobrepeso. Como puede observarse, la actitud promedio hacia el sobrepeso es negativa (-2,04,  $DE = 1,15$ ).

Se identificó que casi la totalidad de la muestra

(97,87%) presenta una actitud negativa hacia el sobrepeso, no hallándose diferencias por sexo. A continuación, se dicotomizó la variable IMC, y se conformaron dos grupos: niños con bajo peso, riesgo de bajo peso y normopeso por un lado, y niños con sobrepeso y obesidad por el otro. Luego, se comparó la actitud hacia el sobrepeso entre ambos grupos, no hallándose diferencias significativas.

Tabla 3. Actitudes hacia el sobrepeso

Variables	C. Fig. 4		C. Fig. 6		Actitud SO	
	M	DE	M	DE	M	DE
Feliz-triste	1,65	1,43	-1,72	1,44	-3,37	1,87
Lindo-feo	1,33	1,55	-1,29	1,56	-2,62	1,73
Inteligente-tonto	1,31	1,26	0,16	1,62	-1,15	1,71
Muchos amigos-pocos amigos	1,72	1,33	-0,28	1,76	-2,00	1,96
Bueno-malo	1,55	1,34	0,90	1,69	-0,65	1,62
Atractivo-descuidado	1,26	1,44	-1,44	1,43	-2,69	1,73
Divertido-aburrido	1,50	1,40	0,09	1,71	-1,41	1,72
Habilidoso-torpe	1,47	1,34	-0,99	1,51	-2,46	1,83
Promedio	1,47	1,08	-0,57	1,08	-2,04	1,15

Nota. C. Fig. 4 = Calificación otorgada a la figura 4 (que representa un niño/a normopeso); C. Fig. 6 = Calificación otorgada a la figura 6 (que representa un niño/a sobrepeso); Actitud SO = diferencia entre la puntuación promedio otorgada a la figura 6 y la otorgada a la figura 4, representando la actitud hacia el sobrepeso.

#### 4. Relación entre el riesgo de trastorno alimentario y la actitud hacia el sobrepeso

Con el fin de analizar la relación entre la actitud hacia el sobrepeso y la pertenencia a los grupos con y sin riesgo de trastorno alimentario, se efectuaron diferentes análisis de covarianza, controlando la variable grado. No se hallaron diferencias en la actitud hacia el sobrepeso entre los grupos, al utilizar el criterio de riesgo en la primera fase o el riesgo confirmado tras la entrevista clínica.

No obstante, se identificó una asociación significativa pero débil entre las alteraciones alimentarias (puntuación total en el ChEAT) y la actitud hacia el sobrepeso ( $r = -0,226$ ,  $p = 0,029$ ), que sugiere que cuanto más negativa es la actitud hacia el sobrepeso, mayores alteraciones alimentarias.

## DISCUSIÓN

En el presente estudio se identificó que la mayoría de los niños/as (97,87%) presenta una actitud negativa hacia el sobrepeso, y no se hallaron diferencias por sexo. La figura del niño/a con sobrepeso es calificada de manera más negativa que la figura que representa al niño/a con normopeso, lo cual es consistente con otras investigaciones que encuentran que los niños califican la figura con sobrepeso como más “tonto”, “sin amigos”, “feo” (Holub, 2008), “más vago”, “menos feliz” y “menos popular” (Tiggemann y Wilson-Barrett, 1998).

Por otra parte, en nuestro estudio no se hallaron diferencias por categoría de peso según IMC en la actitud negativa hacia el sobrepeso. Esto resulta llamativo, pese a que en la bibliografía diversos trabajos han arribado a resultados similares al analizar estas actitudes en niños/as (Counts, Jones, Frame, Jarvie y Strauss, 1986; Cramer y Steinwert, 1998; Koroni et al., 2009; Tiggemann y Anesbury, 2000) y en adultos (Latner, Stunkard y Wilson, 2005; Schwartz, Vartanian, Nosek y Brownell, 2006; Wang, Brownell y Wadden, 2004). Por ejemplo, Davison y Birch (2004) identificaron que no había relación entre el peso corporal y la presencia de estereotipos negativos en niñas de 9 años. En niños de ambos sexos de menor edad (7 a 9 años), otros autores informaron que el IMC no afectó la calificación negativa que los niños otorgaban a la figura que representaba al niño con sobrepeso (Kraig y Keel, 2001). Incluso otro estudio halló que, a medida que aumenta el IMC, disminuye el número de atributos positivos otorgados a figuras de niños con sobrepeso (Rich et al., 2008). En esta línea, Wang y colaboradores (2004) sugieren que quizá se trate del único grupo en donde sus integrantes sostienen los mismos estereotipos negativos dirigidos hacia ellos mismos.

Si bien se requieren mayores investigaciones para comprender más acabadamente cómo los niños/as con sobrepeso internalizan esta actitud negativa, una posible explicación de estos hallazgos puede tener relación con la exposición a los medios masivos de comunicación que sostienen ideales que alientan la delgadez y estigmatizan la obesidad. Todos los niños/as se encuentran expuestos a la cultura de la delgadez y, por lo tanto, son susceptibles a desarrollar estos estereotipos. Latner, Rosewall y Simmonds (2007), en esta línea, demostraron que en niños de entre 10 y 13 años, se identificó una asociación entre la exposición a los medios de comunicación y la actitud negativa hacia el sobrepeso, destacando a su vez que el IMC del participante no se relacionaba con dicha actitud.

Investigar cuál es la actitud hacia el sobrepeso en los niños/as resulta relevante dado que diversos estudios identificaron numerosas consecuencias negativas referidas a la estigmatización del sobrepeso. Por un lado, la actitud negativa puede promover burlas hacia quienes presentan exceso de peso y, de esta manera, incrementar el riesgo de los niños/as y adolescentes que sufren estas burlas de desarrollar una baja autoestima (Davison y Birch, 2002; Eisenberg, Neumark-Sztainer y Story, 2003), depresión (Eisenberg et al., 2003; Keery, Boutelle, Van den Berg y Thompson, 2005; Madowitz et al., 2012) insatisfacción con la imagen corporal (Eisenberg et al., 2003; Keery et al., 2005; Kostanski y Gullone, 2007; Shroff y Thompson, 2004; Van den Berg, Wertheim, Thompson y Paxton, 2002), y alteraciones alimentarias (Madowitz et al., 2012; Shroff y Thompson, 2004).

Sin embargo, la actitud negativa hacia el sobrepeso también puede ser interiorizada y afectar al niño/a que sostiene dicha actitud. En este sentido, nuestro trabajo identificó una asociación significativa, pero débil, entre la presencia de actitudes negativas hacia el sobrepeso y la puntuación en el ChEAT. En esta misma línea, Davison y Birch (2004) observaron que en niñas de 9 años, aquellas que presentaban mayores niveles de alteraciones alimentarias, presentaban una tendencia al incremento de actitudes negativas hacia el sobrepeso. Si los niños/as presentan dicha actitud y, por ende, consideran que presentar exceso de peso se vincula a atributos negativos (descuidado, torpe, tonto, infeliz), resulta lógico desde la perspectiva infantil emprender medidas tendientes a perder peso, sobre todo si presentan sobrepeso. No obstante, dado que no se hallaron diferencias en las actitudes hacia el sobrepeso en función de la presencia/ausencia de riesgo de trastorno alimentario (ni en primera fase ni tras la entrevista clínica), se plantea la necesidad de contar con mayores investigaciones

en el tema que permitan esclarecer la relación entre la actitud negativa hacia el sobrepeso y el riesgo de trastorno alimentario.

Por último, y considerando la elevada proporción de niños que sostienen actitudes negativas hacia el sobrepeso, se sugiere que los programas orientados a la prevención de alteraciones alimentarias en niños incluyan el trabajo sobre esta temática, con el fin de disminuir los estereotipos negativos hacia la obesidad.

Finalmente, cabe señalar que una limitación de esta investigación consiste en haber utilizado una muestra no probabilística, con lo cual la generalización de los resultados es limitada. Futuras investigaciones sobre este tema que incluyan otras muestras, permitirían comparar nuestros hallazgos y arribar a conclusiones integradoras.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2000) *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (DSM-IV-TR)* (edición en castellano). Barcelona, España: Ed. Masson.
- Bravender, T., Bryant-Waugh, R., Herzog, D., Katzman, D., Kriepke, R. D., Lask, B.,...Zucker, N. (2010). Classification of eating disturbance in children and adolescents: proposed changes for the DSM-V. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 18, 79-89.
- Bryant-Waugh, R. J., Cooper, P. J., Taylor, C. L., & Lask, B. D. (1996). The use of the eating disorder examination with children: a pilot study. *The International Journal of Eating Disorders*, 19(4), 391-7.
- Collins, M. E. (1991). Body figure perceptions and preferences among pre-adolescent children. *International Journal of Eating Disorders*, 10(2), 199-208.
- Counts, C. R., Jones, C., Frame, C. L., Jarvie, G. J., & Strauss, C. C. (1986). The perception of obesity by normal-weight versus obese school-age children. *Child Psychiatry & Human Development*, 17, 113-120.
- Cramer, P., & Steinwert, T. (1998). Thin is good, fat is bad: How early does it begin? *Journal of Applied Developmental Psychology*, 19, 429-451.
- Davison, K., & Birch, L. (2004). Predictors of Fat Stereotypes among 9-Year-Old Girls and Their Parents. *Obesity Research*, 12(1), 86-94.
- Davison, K., & Birch, L.L. (2002). Processes Linking Weight Status and Self-Concept Among Girls From Ages 5 to 7 Years. *Developmental Psychology*, 38(5), 735-748.
- Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2003). Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, 157, 733-738.
- Elizathe, L., Murawski, B., Arana, F. G. y Rutzstein, G. (2012). Propiedades Psicométricas del Children's Eating Attitudes Test (ChEAT): una escala de identificación de riesgo de trastornos alimentarios en niños. *Evaluar*, 11, 18 - 39.
- Elizathe, L., Murawski, B. y Rutzstein, G. (2011). La Cultura de la delgadez en los niños. Discriminación y estigmatización social. *Encrucijadas*, 50, 40-3.
- Fairburn, C. G., & Cooper Z. (1993). The Eating Disorder Examination. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (pp. 317-360). New York: Guilford Press.
- Greenleaf, C., Chambliss, H., Rhea, D. J., Martin, S. B., & Morrow, J. R. (2006). Weight Stereotypes and Behavioral Intentions toward Thin and Fat Peers among White and Hispanic Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 39, 546-552.
- Holub, S. C. (2008) Individual differences in the anti-fat attitudes of preschool-children: The importance of perceived body size. *Body Image*, 5, 317-321.
- Keery, H., Boutelle, K., van den Berg, P., & Thompson, J. K. (2005). The impact of appearance-related teasing by family members. *Journal of Adolescent Health*, 37, 120-127.
- Koroni, M., Garagouni-Areou, F., Roussi-Vergou, C. J., Zafiropoulou, M., & Piperakis, S. M. (2009). The stigmatization of obesity in children. A survey in Greek elementary schools. *Appetite*, 52, 241-244.
- Kostanski, M., & Gullone, E. (2007). The Impact of Teasing on Children's Body Image. *Journal of Child and Family Studies*, 16, 307-319.
- Kovalskys, I., Bay, L., Rausch Herscovici C. y Berner E. (2003). Prevalencia de obesidad en una población de 10 a 19 años en la consulta pediátrica. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 101 (6), 1-7.
- Kraig, K. A., & Keel, P. K. (2001). Weight-based stigmatization in children. *International Journal of Obesity*, 25, 1661-1666.
- Lask, B., & Bryant-Waugh, R. (Eds.). (2000). *Anorexia nervosa and related eating disorders in children and adolescence* (2nd Ed.). Hove, UK.: Psychology Press.
- Latner, J. D., Rosewall, J. K., & Simmonds, M. B. (2007). Childhood obesity stigma: Association with television, videogame, and magazine exposure. *Body Image*, 4, 147-155.
- Latner, J. D., Stunkard, A. J., & Wilson, T. G. (2005). Stigmatized students: Age, sex, and ethnicity effects in the stigmatization of obesity. *Obesity Research*, 13, 1226-1231.
- Madowitz, J., Knatz, S., Maginot, T., Crow, S. J., & Boutelle, K. N. (2012). Teasing, depression and unhealthy weight control behaviour in obese children. *Obesity*, 7, 446-452.
- Maloney, M. J., McGuire, J. B., & Daniels, S. R. (1988). Reliability testing of a children's version of the Eating Attitude Test. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 1-10.

- nal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 541-543.
- Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (2010). *Guía operativa 2010. Orientación para la evaluación del crecimiento*. Recuperado en [http://www.fmed.uba.ar/depto/alim\\_n\\_sano/guia%20operativa.pdf](http://www.fmed.uba.ar/depto/alim_n_sano/guia%20operativa.pdf)
- Nicholls, D., Chater, R., & Lask, B. (2000). Children into DSM don't go: a comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *The International Journal of Eating Disorders*, 28(3), 317-24.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (10th ed.). Madrid: Meditor.
- Puhl, R. M., Luedicke, J., & Heuer, C. (2011). Weight-based victimization toward overweight adolescents: observations and reactions of peers. *Journal of School Health*, 81(11), 696-703
- Rich, S. S., Essery, E. V., Sanborn, C. F., DiMarco, N. M., Morales, L. K., & LeClere, S. M. (2008). Predictors of body size stigmatization in Hispanic preschool children. *Obesity*, 16(2), 11-17.
- Rutzstein G. (2002). Trastornos alimentarios. La cultura de la delgadez. *Encrucijadas*, 16(2), 76-85.
- Rutzstein, G., Murawski, B., Elizathe, L. y Scappatura, M. L. (2010). Trastornos alimentarios: detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires. Un estudio de doble fase. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios / Mexican Journal of Eating Disorders*, 1(1), 48-61.
- Schwartz, M. B., Vartanian, L., Nosek, B., & Brownell, K. D. (2006). The influence of one's own body weight on implicit and explicit anti-fat bias. *Obesity Research*, 14, 440-447.
- Shroff, H., & Thompson, K. (2004). Body image and eating disturbance in India: Media and interpersonal influences. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 198-203.
- Smolak, L. & Levine, M. P. (2001). Body image in children. In J. K. Thompson & L. Smolak, *Body Image, Eating Disorders and Obesity in Youth. Assessment, Prevention and Treatment* (pp. 41-64). Washington DC: American Psychological Association.
- Sociedad Argentina de Pediatría (1986). *Criterios de diagnóstico y tratamiento. Crecimiento y desarrollo*. Buenos Aires: Roemmers.
- Striegel-Moore, R. H., Dohm, F. A., Pike, M. K., Wilfley, D. E., & Fairburn, C. G. (2002). Abuse, Bullying, and Discrimination as Risk Factors for Binge Eating Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1902-1907.
- Tiggemann, M., & Wilson-Barrett, E. (1998). Children's Figure Ratings: Relationship to Self-Esteem and Negative Stereotyping. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 83-88.
- Tiggemann, M., & Anesbury, T. (2000). Negative stereotyping of obesity in children: the role of controllability beliefs. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(9), 1977-1993.
- Van den Berg, P., Wertheim, E. H., Thompson, J. K., & Paxton, S. J. (2002). Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in adolescent females: a replication using covariance structure modeling in an Australian sample. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 46-51.
- Wang, S. S., Brownell, K. D., & Wadden, T. A. (2004). The influence of the stigma of obesity on overweight individuals. *International Journal of Obesity*, 28, 1333-1337.