



Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios

Mexican Journal of Eating Disorders

Journal homepage: <http://journals.iztacala.unam.mx/>

Risk of eating disorder in school children from Buenos Aires: its relationship with perfectionism

Riesgo de trastorno alimentario en niños escolarizados de Buenos Aires: su asociación con perfeccionismo

Luciana Elizathe^{1,2}, Brenda Murawski^{1,2}, Jéscica Custodio¹ y Guillermina Rutzstein¹.

¹ Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

² Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET)

Abstract

The aim of this study is to evaluate risk of eating disorder (ED) and perfectionism in school girls and boys, and to analyze whether there is an association between both variables. The sample was composed by 337 children (51% girls-49% boys) aged between 9 and 13 years. A two-stage study was carried out. In the first stage, the children completed the following instruments: Sociodemographic questionnaire, Children's Eating Attitudes Test (ChEAT), Cuestionario de Perfeccionismo Infantil-Child Perfectionism Questionnaire- and Child/adolescent Version of the Silhouette Rating Scale. They were weighed and measured by a nutritionist, according to the rules of the Sociedad Argentina de Pediatría. In the second stage, the children at risk for ED and a control group were interviewed in order to confirm or not such risk. After the first stage, a possible risk for ED was identified in a 30.56% of children. After the second stage, the risk was confirmed in a 9.79% of the children from the total sample, with no gender differences in this variable. It was found a significant positive association between the ChEAT total scores and the total score of Perfectionism measure. Finally, it was concluded that perfectionism is a key variable associated to risk for ED in children.

Resumen

El presente estudio se propone evaluar riesgo de trastorno alimentario (TA) y perfeccionismo en niñas y niños escolarizados y analizar si existe asociación entre ambas variables. La muestra estuvo conformada por 337 niños (51% niñas-49% varones) de entre 9 y 13 años. Se realizó un estudio en dos fases. En la primera, los niños completaron los siguientes instrumentos: Cuestionario sociodemográfico, Test de Actitudes Alimentarias para Niños (ChEAT), Cuestionario de Perfeccionismo Infantil y Escala de Siluetas para niños y adolescentes. Fueron pesados y medidos por una nutricionista, según normas de la Sociedad Argentina de Pediatría. En la segunda fase, los niños en riesgo de TA y un grupo control fueron entrevistados con el fin de corroborar o no dicho riesgo. Tras la primera fase se identificó un 30.56% de niños con posible riesgo de TA. Luego de la segunda fase se confirmó el riesgo en un 9.79% de los niños de la muestra total, no existiendo diferencias por sexo en esta variable. Se halló una asociación significativa positiva entre la puntuación total del ChEAT y la puntuación total en la medida de Perfeccionismo. Finalmente, se puede concluir que el perfeccionismo constituye una variable asociada al riesgo de TA en niños.

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Key words: Eating disorders, perfectionism, children, body image, ChEAT.

Recibido: 06/11/2012
Revisado: 05/12/2012
Aceptado: 06/12/2012

Palabras clave: Trastornos alimentarios, perfeccionismo, niños, imagen corporal, ChEAT.

Introducción

El estudio de los trastornos alimentarios en niños tiene una historia relativamente reciente. En la década del 80 aún se consideraba que estas patologías no eran un problema a tener en cuenta en niños prepúberales (Haslam, 1986, citado en Bryant-Waugh & Kaminski, 1993). Sin embargo, en las últimas décadas, la investigación en este grupo etario ha recibido un impulso importante, principalmente resultado del aumento en la incidencia de estos cuadros entre niños de edad escolar (Arnal & Guirado, 2003; Correa, Zubarew, Silva, & Romero, 2006; Gusella, Goodwin, & van Roosmalen, 2008; McVey, Tweed, & Blackmore, 2004).

En Argentina se ha identificado una prevalencia de 12 al 15% de riesgo de trastornos alimentarios en niñas y niños, de entre 10 y 12 años, que concurren al consultorio pediátrico (Bay et al., 2005). La proporción de riesgo fue similar en Chile entre niñas de 11 y 12 años, en quienes se observó además la tasa de prevalencia más alta en comparación con franjas etarias superiores (Correa et al., 2006). Un estudio posterior realizado en España concluyó que un poco más del 10% de niños de ambos sexos, de 8 a 12 años, podría estar en riesgo de presentar un trastorno alimentario (De Gracia, Marcó, & Trujano, 2007), en tanto que en México el porcentaje de riesgo fue de 10.6% para niñas y niños con una edad promedio de 12 años (Escoto & Camacho, 2008).

Estudios más recientes encuentran porcentajes

Correspondencia: Bulnes 1455 2do B, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
Teléfono: (5411) 1567470068. e-mail: lucianaelizathe@gmail.com

El presente trabajo forma parte de la tesis doctoral de la primera autora, dirigida por la última autora.

de riesgo incluso superiores. El riesgo de trastorno alimentario fue del 27% para niños mexicanos normopeso de entre 9 y 12 años (Trujano, De Gracia, Quiróz, Arbonès, & Arce, 2010), y los porcentajes de niños que presentan algún factor asociado con el desarrollo de estos cuadros también fueron elevados: 32% de niñas de 9 años se encuentran insatisfechas con su cuerpo, deseando pesar menos (Tremblay & Lariviere, 2009); 23% de niños/as con una edad promedio de 12 años están intentando perder peso, pese a que 71.4% de ellos eran normopeso (Gusella et al., 2008) y 15.9% de niños/as de entre 10 y 12 años se produce el vómito para adelgazar (Liou et al., 2011).

Con respecto a la etiología de los trastornos alimentarios, existe actualmente consenso en considerar a estos cuadros como multideterminados, donde factores psicológicos, biológicos y socioculturales se encuentran en un punto máximo de entrecruzamiento (Rutzstein, 2009). El estudio de los factores que contribuyen al desarrollo y al mantenimiento de estas alteraciones resulta fundamental para acrecentar nuestros conocimientos sobre estas patologías y disponer de tratamientos y programas preventivos más eficaces. Uno de los factores que ha recibido atención en la literatura especializada es el perfeccionismo, entendido como la tendencia a establecerse estándares elevados de desempeño en combinación con una evaluación excesivamente crítica de los mismos y una creciente preocupación por cometer errores (Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate, 1990). El perfeccionismo es una variable clave en el desarrollo de trastornos alimentarios en población adulta (Bardonne-Cone et al., 2007; Cockell et al., 2002), y hace alusión a la búsqueda de un estándar excesivamente elevado, prácticamente inalcanzable, en relación al peso y la forma corporal (Goldner, Cockell, & Srikameswaran, 2002). Fairburn et al. concluye que el perfeccionismo en la niñez (evaluado retrospectivamente) podría predecir el desarrollo de trastornos alimentarios en mujeres adultas (Fairburn, Cooper, Doll, & Welch, 1999; Fairburn, Welch, Doll, Davies, & O'Connor, 1997). Otros autores, a su vez, encuentran que elevados niveles de perfeccionismo en la adolescencia (12 a 18 años) permitían predecir

el inicio de trastornos alimentarios a la edad de 20 a 24 años (Tyrka, Waldron, Graber, & Brooks-Gunn, 2002).

Mientras que algunas variables psicológicas asociadas a los trastornos alimentarios fueron estudiadas exhaustivamente en adolescentes y adultos, no ha ocurrido lo mismo con los más pequeños (Lask & Bryant-Waugh, 1992). Tal es el caso con respecto al estudio del perfeccionismo y su relación con los trastornos alimentarios en niños. Si bien el estudio del perfeccionismo infantil tiene un desarrollo incipiente y prometedor (Hewitt et al., 2002; Oros, 2003, 2005; Rice, Kubal, & Preusser, 2004), son escasas las investigaciones que indagan la potencial influencia de esta variable en las conductas alimentarias alteradas en niños. En este sentido, Castro et al. (2004) identificó que el perfeccionismo se asociaba con alteraciones en la conducta alimentaria en mujeres de entre 11 y 19 años; mientras que otros autores hallaron que el perfeccionismo era predictor de la dieta en niños de ambos sexos, de entre 8 y 10 años (Saling, Ricciardelli, & McCabe, 2005).

Es necesario destacar el papel del perfeccionismo no sólo como predictor de trastornos alimentarios, sino como un importante factor de mantenimiento del cuadro una vez instalado (Fairburn, 2008). Es por ello que resulta fundamental identificar su presencia en niños y analizar su posible relación con las conductas alimentarias alteradas en estas edades.

Este estudio se propone tres objetivos: por un lado, explorar la presencia de algunos factores asociados a los trastornos alimentarios (burlas por el peso, insatisfacción con la imagen corporal, dieta, actividad física para bajar de peso) en niños escolarizados. Por otro lado, evaluar riesgo de trastorno alimentario y perfeccionismo. Finalmente, analizar si existe asociación entre riesgo de trastorno alimentario y perfeccionismo.

Método

Muestra

Este estudio se realizó con una muestra intencional conformada por 337 niños escolarizados (172 niñas

y 165 varones) de entre 9 y 13 años de edad. Los participantes concurren al quinto (35%), sexto (33%) y séptimo (32%) grado de cuatro escuelas primarias de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA): dos públicas (49.55%, $n = 167$) y dos privadas (50.45%, $n = 170$).

Los criterios de inclusión fueron: tener entre 9 y 13 años de edad, estar cursando estudios en una escuela primaria de la CABA, haber aceptado participar del estudio, contar con la autorización de las autoridades escolares y presentar el consentimiento informado firmado por alguno de los padres. Los criterios de exclusión fueron presentar dificultades graves de comunicación y comprensión.

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico y de factores asociados a los trastornos alimentarios. Este cuestionario autoadministrado se utilizó con el fin de recabar información sobre el sexo, la edad y el nivel de escolaridad. Además se indagó sobre la realización de dietas y de actividad física para bajar de peso y la presencia de burlas por el peso, mediante una serie de preguntas cerradas, con formato de respuesta dicotómica (SI-NO). Fue diseñado *ex profeso* para esta investigación, con el fin de caracterizar la muestra y de identificar algunos factores de riesgo de trastorno alimentario.

Test de Actitudes Alimentarias para Niños (ChEAT, por sus siglas en inglés; Maloney, McGuire, & Daniels, 1988). Se trata de una escala autoadministrada que permite evaluar hábitos y actitudes no saludables relacionados con la alimentación y la imagen corporal, que dan cuenta de riesgo de trastorno alimentario. Se utiliza en niños de 8 a 13 años. La adaptación local de este instrumento, realizada por 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 se puede responder con las siguientes seis posibilidades: *siempre*, *casi siempre*, *a menudo*, *a veces*, *pocas veces* y *nunca* (escala tipo

Likert). En cada ítem, la respuesta que señala mayor sintomatología es *siempre*, y se puntúa con el valor 3; seguida por *casi siempre*, que se puntúa con el valor 2, y por *a menudo*, que se puntúa con el valor 1. Las tres restantes respuestas se califican con el valor 0. Maloney et al. (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, indicando que quienes posean una puntuación igual o superior a la señalada podrían estar en riesgo de presentar algún trastorno alimentario. El coeficiente de consistencia interna de este instrumento fue adecuado ($\alpha = .814$) (Elizathe et al., 2012).

Cuestionario de Perfeccionismo Infantil (Oros, 2003). Es un instrumento autoadministrado que permite evaluar perfeccionismo en niños de 8 a 13 años de edad. Fue desarrollado a partir de un estudio local con niños de las provincias de Buenos Aires y Entre Ríos (Oros, 2003) tomando como base el modelo de Hewitt y Flett (1991). El cuestionario incluye 16 ítems que se agrupan en dos dimensiones: *Autodemandas* y *Reacciones ante el fracaso*, con ocho ítems cada una. La dimensión *Autodemandas* expresa un perfeccionismo orientado hacia sí mismo y evalúa la tendencia de los niños a exigirse constantemente la perfección y a evitar continuamente errores y equivocaciones. La dimensión *Reacciones ante el fracaso* refleja las emociones y actitudes asociadas al fracaso en el cumplimiento de las autodemandas. Cada ítem admite como respuestas: *sí* o *lo pienso*, que se califica con el valor 3; *a veces* o *lo pienso a veces*, que se califica con el valor 2; y *no* o *no lo pienso*, que se califica con el valor 1. Se puede obtener una puntuación general de la escala sumando los valores de todos los ítems, o una puntuación por dimensión sumando los ítems de cada una de éstas. Como aún no se cuentan con baremos locales, Oros (2003) propone establecer valores altos, medios o bajos de perfeccionismo mediante el cálculo de percentiles de la puntuación general; considerando el 25% superior de las frecuencias como puntuaciones altas, el 25% inferior como bajas, y el 50% restante como valores medios de perfeccionismo. La autora de esta escala halló niveles de consistencia interna

satisfactorios, tanto en relación con la escala total ($\alpha = .83$) como con cada subescala: *Autodemandas* ($\alpha = .82$) y *Reacciones ante el fracaso* ($\alpha = .70$).

Escala de Siluetas para niños y adolescentes (Ch/ASRS, por sus siglas en inglés; Collins, 1991). Es una escala gráfica de siluetas que evalúa la insatisfacción con la imagen corporal. Consiste en 7 figuras de niñas y 7 de niños que conforman una graduación desde una silueta muy delgada hasta una que presenta un sobrepeso importante. Las respuestas se califican con una puntuación de 1 a 7 respectivamente. Cada niño debe elegir la figura que representa “cómo se ve” y la que representa “cómo le gustaría verse”. Se considera que un niño se encuentra insatisfecho con su imagen corporal cuando desea verse, al menos, una figura más delgada de aquella con la que se percibe. Esta escala presenta un coeficiente de consistencia interna de .71 en relación a la imagen percibida como actual y .59 en relación a la imagen corporal deseada (Collins, 1991).

Entrevista diagnóstica semiestructurada. Se trata de una entrevista individual basada en el Eating Disorder Examination (EDE, Fairburn & Cooper, 1993). Consiste en una serie de preguntas abiertas y cerradas que contemplan los criterios para el diagnóstico de trastorno alimentario (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o trastorno alimentario no especificado) explicitados en los sistemas operativos de diagnóstico vigentes, tales como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición, texto revisado (DSM-IV-TR, por sus siglas en inglés; American Psychiatry Association [APA], 2000) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima edición (CIE-10, por sus siglas en inglés; Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992). Esta entrevista viene siendo utilizada en el marco de dos Proyectos de investigación UBACyT (Programaciones 2006/2009 y 2010/2012) dirigidos por la última autora, y se le han realizado unas pequeñas modificaciones para adaptarla a niños. Fue aplicada por psicólogas entrenadas en la detección de trastornos alimentarios.

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 realizó un estudio de doble fase. En la primera, los alumnos autorizados para participar de la investigación fueron agrupados en aulas y se les entregó, previa introducción y lectura del instructivo, los cuestionarios autoadministrables que debían completar. Luego, fueron pesados y medidos por una nutricionista de acuerdo a las normas antropométricas de la Sociedad Argentina de Pediatría (1986). Se procedió a calcular el Índice de Masa Corporal (IMC), indicador que permite relacionar el peso (expresado en kilogramos) con la altura (expresada en metros) de la persona con el fin de evaluar si presenta un peso saludable. Posteriormente se clasificaron los sujetos de la muestra en función del IMC en niños 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 por el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2010) en su *Guía Operativa, Orientación para la evaluación del crecimiento*. Luego, se analizaron los datos recabados y se identificaron niños que podrían estar en riesgo de presentar un trastorno alimentario. Los criterios de riesgo fueron:

- Obtener una puntuación ≥ 11 en el ChEAT, o
- Criterio clínico: presentar una combinación de factores asociados a los trastornos alimentarios, tales como realizar dieta o actividad física para bajar de peso, presentar insatisfacción con la imagen corporal y sufrir burlas por el peso; aunque no se cumpliera el criterio de la puntuación ≥ 11 en el ChEAT. El criterio clínico implica una combinación de estos factores, que puede ser diferente para cada niño. Los niños que manifestaron realizar actividad física y dieta

para bajar de peso, fueron convocados a la entrevista pese a que tuvieran sobrepeso u obesidad, con el fin de indagar más sobre estas prácticas (intensidad, frecuencia, supervisión de un profesional de la salud) y determinar si representan un riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios.

En la segunda fase, los niños en posible riesgo de trastorno alimentario, junto con un número equivalente de niños que no presentaron riesgo (en calidad de controles) fueron convocados y entrevistados individualmente con el fin de corroborar o no la presencia de riesgo de trastorno alimentario, y no la presencia del cuadro clínico tal y como se describe en los manuales diagnósticos como el DSM-IV-TR (APA, 2000) y la CIE-10 (OMS, 1992), dado que estos no son apropiados para diagnosticar niños de estas edades (Nicholls, Chater, & Lask, 2000). Para considerar la confirmación de riesgo se tuvieron en cuenta los criterios *Great Ormond Street* (GOS) propuestos por Lask y Bryant-Waugh (2000) y los cambios sugeridos 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 son similares a los propuestos en el DSM IV-TR, pero establecen:

(a) umbrales menores y más sensibles a esta etapa evolutiva en relación a 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; exclusión del criterio de amenorrea, por ser inadecuado para niñas prepuberales.

(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.

Los padres de los alumnos a los que se confirmó el riesgo fueron convocados a fin de derivar a esos niños a hospitales públicos para su atención.

Análisis estadístico

El procesamiento de los datos se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 15.0). Se realizó el análisis descriptivo de las variables evaluadas: edad, IMC, factores asociados a los trastornos alimentarios (burlas por el peso, insatisfacción con la imagen corporal, realización de dieta y de actividad física para bajar de peso), puntajes en el *Cuestionario de Perfeccionismo Infantil* (puntuación total y subescalas *Autodemandas* y *Reacciones ante el fracaso*), puntajes en el *Test de Actitudes Alimentarias para Niños* (puntuación total y subescalas *Dieta y preocupación por el cuerpo*, *Presión social por comer* y *Preocupación por la comida*) y riesgo de trastorno alimentario. Se realizaron análisis de dichas variables en función del sexo. Por otra parte, se efectuó un análisis de los factores asociados a los trastornos alimentarios en función del IMC, y se analizó la puntuación total en el *Cuestionario de Perfeccionismo Infantil* con el objetivo de explorar si existían diferencias en el perfeccionismo entre los grupos con riesgo y sin riesgo de trastorno alimentario confirmado luego de la entrevista clínica.

Para los análisis se utilizó la prueba estadística *Chi cuadrado* de independencia cuando las variables de análisis eran cualitativas y la prueba estadística *t* de diferencia de medias para muestras independientes cuando eran cuantitativas, cumpliendo con los criterios para ser analizadas mediante dicha prueba paramétrica.

Finalmente, con el fin de determinar la posible asociación entre el riesgo de trastorno alimentario y el perfeccionismo, se realizó un análisis de correlación calculando una *r* de Pearson entre la puntuación total en el *Test de Actitudes Alimentarias para Niños*

y la puntuación total en el *Cuestionario de Perfeccionismo Infantil*.

Resultados

Edad

La edad media de la muestra total ($n = 337$) fue de 11.04 años ($DE = 0.912$). La edad media de las niñas fue de 10.99 años ($DE = .898$), y la de los varones 11.10 años ($DE = 0.925$), no existiendo diferencias significativas entre los grupos en esta variable ($t = 1.093$; $gl = 335$; $p = .275$).

Índice de Masa Corporal (IMC)

El IMC promedio fue 19.99 ($DE = 4.16$) para las niñas ($n = 171$) y 20.45 ($DE = 3.36$) para los varones ($n = 160$), no existiendo diferencias significativas entre los grupos ($t = 1.092$; $gl = 329$; $p = .276$).

Se halló que 3.6% ($n = 12$) de la muestra presentó bajo peso o riesgo de bajo peso, la mitad (51.1%, $n = 92$) presentó normopeso, 27.8% ($n = 92$) sobrepeso y 17.5% ($n = 58$) obesidad. Por otra parte, seis de los niños de la muestra no pudieron ser pesados o medidos (un varón usaba silla de ruedas y cuatro no quisieron pesarse ni medirse; una niña no quiso pesarse pero sí medirse; véase Tabla 1).

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

Categoría de peso según IMC	Niñas: 171 % (n)	Varones: 160 % (n)	Total: 331 ^a % (n)
Bajo peso	0.6% (1)	-	0.3% (1)
Riesgo de bajo peso	3.5% (6)	3.1% (5)	3.3% (11)
Normopeso	59.0% (101)	42.5% (68)	51.1% (169)
Sobrepeso	22.8% (39)	33.1% (53)	27.8% (92)
Obesidad	14.0% (24)	21.2% (34)	17.5% (58)

^a6 niños no pudieron ser pesados ni medidos, por lo que fueron excluidos del presente análisis.

Factores asociados a los trastornos alimentarios

Se evaluaron factores asociados al desarrollo de trastornos alimentarios a través del *Cuestionario sociodemográfico y de factores asociados a los trastornos alimentarios* (burlas por el peso, dieta y actividad física para bajar de peso). La insatisfacción con la imagen corporal fue evaluada a través de la

Escala de Siluetas para niños y adolescentes (Collins, 1991).

Se halló que casi 20% de la muestra sufre burlas por el peso ($n = 66$), 44.80% ($n = 151$), se encuentra insatisfecho con su imagen corporal, 21.95% ($n = 74$) realiza dieta para bajar de peso y 36.20% ($n = 122$) realiza actividad física para bajar de peso. No se hallaron diferencias por sexo en ninguna de estas variables (véase Tabla 2).

Adicionalmente, se exploraron estos factores comparando dos grupos en función del IMC: (a) BNP (bajo peso, riesgo de bajo peso y normopeso) y (b) SO (sobrepeso y obesidad). Si bien se hallaron diferencias significativas en todos los factores entre los grupos, con porcentajes superiores entre los niños con SO, se identificó que entre los niños normopeso, 19.34% se encuentra insatisfecho con su imagen corporal, 5.52% realiza dieta y 17.13% realiza actividad física para bajar de peso (véase Tabla 2).

Tabla 2.
Factores asociados a los trastornos alimentarios

		Total			
		% (n)	χ^2	gl	p
Burlas por el peso	Niñas ($n = 172$)	21.51% (37)	0.5973	1	.4396
	Varones ($n = 165$)	17.58% (29)			
	BNP ($n = 181$) ^a	7.73% (14)			
	SO ($n = 150$) ^a	34% (51)			
Insatisfacción con la imagen corporal	Niñas ($n = 172$)	45.35% (78)	0.009	1	.925
	Varones ($n = 165$)	44.24% (73)			
	BNP ($n = 181$) ^a	19.34% (35)			
	SO ($n = 150$) ^a	76% (114)			
Dieta	Niñas ($n = 172$)	20.35% (35)	0.357	1	.550
	Varones ($n = 165$)	23.64% (39)			
	BNP ($n = 181$) ^a	5.52% (10)			
	SO ($n = 150$) ^a	42.67% (64)			
Actividad física para bajar de peso	Niñas ($n = 172$)	33.14% (57)	1.168	1	.280
	Varones ($n = 165$)	39.39% (65)			
	BNP ($n = 181$) ^a	17.13% (31)			
	SO ($n = 150$) ^a	60.67% (91)			

Nota: BNP = bajo peso, riesgo de bajo peso y normopeso; SO = sobrepeso y obesidad.

^a6 niños no pudieron ser pesados ni medidos, por lo que fueron excluidos del presente análisis.

Perfeccionismo

Con respecto al cuestionario de perfeccionismo, se hallaron diferencias significativas entre niñas y varones en la puntuación total y en la subescala *Autodemandas*, presentando los varones las medias superiores. No se hallaron diferencias significativas en la subescala *Reacciones ante el fracaso* (véase Tabla 3).

ChEAT

Las niñas obtuvieron una media de 5.30 ($DE = 6.56$) en la puntuación total del ChEAT y los varones una media de 6.47 ($DE = 7.63$), no existiendo diferencias entre los grupos. Tampoco se observaron diferencias significativas entre niñas y varones en cada una de las subescalas del ChEAT (*Dieta y preocupación por el cuerpo*, *Presión social por comer* y *Preocupación por la comida*; véase Tabla 3).

Tabla 3.
ChEAT y Cuestionario de Perfeccionismo Infantil

	Niñas		Varones		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	Media (<i>DE</i>)						
ChEAT total	5.30 (6.56)	6.47 (7.63)	1.514	335		.131	
Dieta y preocupación por el cuerpo	3.53 (5.50)	4.27 (6.58)	1.121	335		.263	
Presión social por comer	1.01 (1.83)	1.44 (2.41)	1.816	306		.070	
Preocupación por la comida	0.76 (1.74)	0.76 (1.30)	0.047	335		.963	
Perfeccionismo total	25.56 (5.30)	13.58 (3.70)	4.567	332		<.001	
Autodemandas	11.26 (3.05)	13.58 (3.70)	6.284	335		<.001	
Reacciones ante el fracaso	14.26 (3.12)	14.69 (3.02)	1.185	335		.237	

Nota: ChEAT = Test de Actitudes Alimentarias para Niños

Riesgo de trastorno alimentario

Primera fase: se identificó 30.56% ($n = 103$) de niños con posible riesgo de trastorno alimentario mediante los cuestionarios autoadministrables: 29.65% ($n=51$) de las niñas y 31.52% ($n = 52$) de los varones, no existiendo diferencias por sexo en esta variable ($\chi^2=0.002$; $gl = 1$; $p = .965$).

•Por ChEAT ≥ 11 . Se identificó 19.88% ($n = 67$) de niños con posible riesgo de trastorno alimentario: 16.86% ($n = 29$) de las niñas y 23.03% ($n = 38$) de los varones.

•Por criterio clínico. Se identificó 10.68% ($n = 36$) de niños con posible riesgo de trastorno alimentario: 6.52% ($n = 22$) de las niñas y 4.15% ($n = 14$) de los varones.

Segunda fase: Se realizaron entrevistas con 171 niños (94 posibles casos de riesgo y 77 controles). No pudieron ser entrevistados nueve niños con posible riesgo de trastorno alimentario. Tras la entrevista semiestructurada, se confirmó el riesgo en 9.79% ($n=33$) de los niños de la muestra total (12.21% de las niñas y 7.27% de los varones). No se hallaron diferencias por sexo en esta variable ($\chi^2 = 2.521$; $gl=1$;

$p = .112$). De los sujetos con riesgo confirmado: 69.69% ($n = 23$) había presentado una puntuación ≥ 11 en el ChEAT, 24.24% ($n = 8$) presentaba posible riesgo por criterio clínico, y 6.06% ($n = 2$) no había sido identificado como posible caso de riesgo (falsos negativos).

Riesgo de trastorno alimentario y perfeccionismo

Con el fin de determinar la posible asociación entre el riesgo de trastorno alimentario y el perfeccionismo, se calculó una r de Pearson, verificándose una asociación significativa positiva entre la puntuación total del ChEAT y la puntuación total en la medida de Perfeccionismo. A su vez, se observó una asociación significativa positiva del ChEAT con cada una de las subescalas del Perfeccionismo, tanto con *Autodemandas* como con *Reacciones ante el fracaso*. Adicionalmente se repitieron los cálculos subdividiendo la muestra por sexo, y se observó que se conservaban todas las asociaciones halladas con la muestra total (véase Tabla 4).

Tabla 4.
Riesgo de trastorno alimentario y perfeccionismo

	Coeficiente de correlación de Pearson		
	Niñas ChEAT	Varones ChEAT	Total ChEAT
Perfeccionismo total	.438**	.373**	.409**
Autodemandas	.277**	.238*	.267**
Reacciones ante el fracaso	.474**	.396**	.435**

Nota: ChEAT = Test de Actitudes Alimentarias para Niños
* $p < .01$; ** $p < .001$

Por otra parte, se realizó una prueba t de diferencia de medias para muestras independientes con el objetivo de explorar si existían diferencias en el perfeccionismo entre los grupos con riesgo ($n = 33$) y sin riesgo de trastorno alimentario ($n = 138$) confirmado luego de la entrevista clínica. Se incluyeron únicamente a aquellos niños que habían sido entrevistados, observándose diferencias significativas entre ambos grupos ($t = 3.408$; $p = .001$). El grupo con riesgo de trastorno alimentario confirmado presentó una media superior en la puntuación total de perfeccionismo (Media Riesgo = 30.99; $DE = 5.82$ vs. Media No Riesgo = 27.40; $DE = 5.34$).

Discusión

Este trabajo se propuso como objetivo explorar algunos factores asociados a los trastornos alimentarios en una muestra de niños escolarizados de la CABA, evaluar riesgo de trastorno alimentario y perfeccionismo y analizar la asociación entre ambas variables. Los resultados de este trabajo permiten concluir que niños de edad escolar presentan riesgo de trastorno alimentario y que el perfeccionismo es una variable asociada a este cuadro. Asimismo, se trata del primer estudio en nuestro medio que analiza la asociación entre trastornos alimentarios y perfeccionismo en niños.

Con los años, la prevalencia de los trastornos alimentarios se ha incrementado de manera alarmante entre los niños de edad escolar, de manera similar al aumento de la prevalencia de obesidad y sobrepeso infantil. En este estudio se halló que un 30.56% de niños podría presentar riesgo de trastorno alimentario tras la evaluación realizada en una primera fase. Sin embargo, el porcentaje de niños con riesgo confirmado descendió a 9.79% de la muestra total luego de la entrevista clínica. Al respecto, cabe mencionar que algunos niños en estas edades no comprenden adecuadamente los términos empleados en los cuestionarios, y esto podría explicar la diferencia hallada entre la primera y la segunda fase. Contrariamente, la entrevista brinda mayor flexibilidad ya que permite explicar esos términos u ofrecer ejemplos que faciliten la comprensión (Decaluwé & Braet, 2004). Si bien esto fundamenta la importancia de llevar a cabo entrevistas clínicas con el fin de confirmar o no el riesgo del trastorno (Olmsted, McFarlane, Carter, & Trottier, 2007), son escasos los estudios sobre trastornos alimentarios en niños que las realizan.

Por otra parte, el presente trabajo consideró confirmación de riesgo de trastorno alimentario y no del cuadro completo, dado que, como se ha señalado anteriormente, existe consenso con respecto a que los criterios diagnósticos vigentes no son apropiados para niños (Nicholls et al., 2000). Por ejemplo, el criterio de amenorrea para la anorexia nerviosa no podría aplicarse a niñas prepuberales. Por ello, actual-

mente se están proponiendo modificaciones a dichos criterios (Bravender et al., 2010), mismas que en este estudio se han considerado para la confirmación del riesgo del trastorno. Algunas de ellas sugieren, por ejemplo, que el diagnóstico a niños se debe focalizar en las manifestaciones conductuales del cuadro (dieta, conductas purgativas, atracones), más que en las cognitivas (pérdida de control, terror a engordar, negación del peligro que implica el bajo peso), ya que estas últimas implican niveles de abstracción que se alcanzan recién en la adolescencia.

Luego de la primera fase, el porcentaje de niños con riesgo de trastorno alimentario es similar al referido en un estudio reciente con niños mexicanos normopeso, donde se identificó 27% de riesgo (Trujano et al., 2010). Sin embargo, es superior a los reportados por la mayoría de las investigaciones internacionales, donde las tasas de riesgo van del 10 al 17% en niños (Bay et al., 2005; Correa et al., 2006; De Gracia et al., 2007; Erickson & Gerstle, 2007; Escoto & Camacho, 2008; McVey et al., 2004). Esto puede deberse, en parte, a las discrepancias en cuanto a los criterios utilizados para la identificación del riesgo. Algunos trabajos toman puntos de corte del ChEAT superiores al utilizado en este estudio. Frecuentemente adoptan el sugerido por Maloney et al. (1988): ChEAT \geq 20 (De Gracia et al., 2007; Erickson & Gerstle, 2007; McVey et al., 2004; Smolak & Levine, 1994; Trujano et al., 2010). Sancho, Asorey, Arijá y Canals (2005) consideran que aquellos niños con puntuaciones iguales o superiores a 17 en el ChEAT pueden estar en riesgo de presentar un trastorno alimentario e identifican 12% de niños españoles cumpliendo este criterio. Sin embargo, estos autores destacan que futuros trabajos deberían evaluar puntos de corte más bajos para identificar riesgo en niños, dada la baja sensibilidad del instrumento con el punto de corte seleccionado. El presente trabajo adoptó como criterio un punto de corte \geq 11, dado que mostró mayor equilibrio entre sensibilidad y especificidad en la adaptación local (Elizathe et al., 2012). En estudios de doble fase que utilizan esta herramienta con fines de tamizaje usualmente se prefiere la presencia de falsos positivos que de falsos

negativos dado que esto último implicaría no detectar niños en riesgo de trastorno alimentario y, por lo tanto, exponerlos a la posibilidad de desarrollo del cuadro completo o su cronicidad. Es por ello que los criterios de riesgo suelen ser más amplios. En este sentido, este estudio utilizó además un criterio clínico para la identificación del riesgo, que incluyó la combinación de diferentes factores asociados a los trastornos alimentarios. Emplear este criterio ha demostrado ser de utilidad, dado que una proporción de niños que presentan riesgo confirmado de trastorno alimentario tras la entrevista (24.24% de los niños con riesgo confirmado) no habrían sido seleccionados en base al ChEAT.

Luego de la segunda fase, los porcentajes de riesgo confirmado (12.21% de las niñas y 7.27% de los varones) son cercanos a los porcentajes de trastorno alimentario confirmado, referidos en investigaciones con adolescentes (Rutzstein, Murawski, Elizathe, & Scappatura, 2010), o son incluso superiores (Bay et al., 2005; Beato-Fernández, Rodríguez-Cano, Belmonte-Llario & Martínez-Delgado, 2004; Muro-Sans, & Amador-Campos, 2007; Rojo-Moreno et al., 2003). Otros autores que utilizan una metodología de doble fase, identifican una prevalencia de 3.44% de trastorno alimentario en niños de edad promedio de 11 años (Sancho, Arija, Asorey & Canals, 2007), cifra inferior a la hallada en este estudio. Si bien esto puede deberse a que en nuestro trabajo no se confirman casos de trastorno alimentario sino casos de riesgo, nuestros resultados aportan evidencia que da cuenta de que estos cuadros presentan un inicio cada vez más temprano y una prevalencia cada vez mayor en este grupo etario. De hecho, un estudio realizado en Suiza encuentra que la prevalencia de trastornos alimentarios en niñas de 11 años era superior en 1999 que en 1995 (Halvarsson, Lunner, Westerberg, Anteson, & Sjöden, 2002). En esta misma línea, se ha señalado que las hospitalizaciones por trastornos alimentarios en niños menores de 12 años han sufrido un incremento del 119% en los últimos años (Agency for Healthcare Research and Quality, 2009).

En este estudio no se hallaron diferencias entre varones y mujeres en el riesgo de trastorno alimentario.

Tampoco se hallaron diferencias en las medias obtenidas en el ChEAT. Estos resultados difieren de las investigaciones que toman muestras de adolescentes y adultos, donde las mujeres presentan mayor riesgo (Murawski, Elizathe, & Rutzstein, 2009; Peláez-Fernández, Labrador, & Raich, 2007; Rojo-Moreno et al., 2011; Rutzstein et al., 2010). Sin embargo, en los estudios que toman muestras de niños los hallazgos son contradictorios. Algunos autores encuentran que las niñas presentan medias superiores en el ChEAT en comparación con los varones (Ranzenhofer et al., 2008), e identifican una mayor proporción de niñas que de varones con riesgo de trastorno alimentario (Maloney et al., 1988; Nicholls, Lynn, & Viner, 2011). Sin embargo, otros autores no encontraron diferencias por sexo a estas edades (Rolland, Farnill, & Griffiths, 1998). Sancho et al. (2007) tampoco hallaron diferencias entre varones y mujeres en las medias del ChEAT, ni en la proporción de casos con trastorno alimentario confirmado tras la entrevista clínica en niños (3.23% para los varones y 3.63% para las niñas), aunque si se identificaron una mayor proporción de mujeres que de varones con diagnóstico de trastorno alimentario luego de un seguimiento realizado a los 2 años con la misma muestra, cuando los participantes ya eran adolescentes. De Gracia et al. (2007) hallaron incluso puntuaciones superiores en el ChEAT y un mayor porcentaje de riesgo en varones que en niñas. Una posible explicación de estos resultados podría ser que a estas edades muchos varones son aún prepúberes, con lo cual conservan mayor tejido graso que en la adolescencia (Moreno, Fleta, Rodríguez, Sarría & Bueno, 1999). Al presentar mayor tejido graso, los varones prepúberes pueden encontrarse más insatisfechos con su imagen corporal y realizar conductas para bajar de peso que puedan ponerlos en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario (Sancho et al., 2007).

Por otra parte, se identificó que 36.8% de las niñas y 54.3% de los varones presenta exceso de peso (sobrepeso u obesidad). Estas elevadas tasas son consistentes con la literatura especializada que sugiere que el sobrepeso y la obesidad en población infantil está creciendo en todo el mundo (Alva, Balleste-

ros, Banda, & López, 2005; Cole, Bellizzi, Flegal, & Dietz, 2000; Martínez et al., 2001). Trujano et al. (2010) refieren que un 31.2% de niños y niñas escolarizados, de entre 9 a 12 años, presentaba sobrepeso. Erickson y Gerstle (2007) encontraron un porcentaje levemente menor de sobrepeso y obesidad en niñas (27.6%). Otro estudio, realizado en nuestro país, señala una prevalencia del 20.8% de sobrepeso y del 5.4%, de obesidad en varones y mujeres de 10 a 19 años que concurren al consultorio pediátrico, destacando además que la mayor prevalencia fue del 34.3% y se halló entre los niños de 10 a 12 años (Kovalskys, Bay, Rausch Herscovici, & Berner, 2003). La obesidad y el sobrepeso en la infancia se asocian a complicaciones médicas, tales como esteatosis hepática, hiperinsulinemia, hipertensión arterial, entre otras (Guerra et al., 2009). A su vez, los niños con sobrepeso tienen un mayor riesgo de tener sobrepeso en la adultez, cronificándose muchas de las enfermedades anteriormente mencionadas (Dietz, 2001). Por otra parte, algunos autores plantean que las consecuencias psicológicas de padecer obesidad serían las más extendidas en la infancia y la adolescencia, en comparación con las posibles enfermedades médicas. Los niños con sobrepeso sufren más burlas, presentan mayor insatisfacción con su imagen corporal, y desarrollan un menor autoconcepto (Bittencourt et al., 2009; Kostanski & Gullone, 2007; Krahnstoever & Birch, 2002). Además, estas características se asocian al inicio de dietas y a un incremento del riesgo de desarrollo de trastornos alimentarios (Barker & Bornstein, 2009; Krahnstoever, Markey & Birch, 2003; Sinton & Birch, 2005).

De hecho, se halló que los niños con sobrepeso u obesidad presentaron porcentajes superiores en diferentes factores asociados a los trastornos alimentarios en comparación con los niños con bajo o normopeso: 34% sufre burlas por el peso, 76% presenta insatisfacción con la imagen corporal, 42.67% hace dieta y 60.67% actividad física para bajar de peso. Si bien la realización de dietas y actividad física para adelgazar podría representar un intento por ajustar saludablemente la conducta alimentaria y la actividad física, la presencia de características usualmente

asociadas a los trastornos alimentarios en niños, son altamente preocupantes, dado que son precursores de trastornos alimentarios en la adolescencia (Stice, 2002; The Mcknight Investigators, 2003; Tremblay & Limbos, 2009; Trujano et al., 2010). Incluso, entre los niños con bajo o normopeso, 19.34% se encuentra insatisfecho con su cuerpo, 5.52% realiza dieta y 17.13% actividad física para adelgazar.

Realizar dietas para bajar de peso, especialmente aquellas basadas en la restricción y la prohibición de alimentos, puede promover atracones y esto a su vez, conducir a un incremento en el peso (Field et al., 2003) fenómeno que ha sido destacado en la literatura como un efecto paradójico que tienen, a largo plazo, las dietas (Mann et al., 2007). Es por ello que las recomendaciones para el manejo del sobrepeso y la obesidad infantil excluyen el foco en el peso privilegiando el foco en la salud, implicando a la familia del niño en los cambios de hábitos, y promoviendo una alimentación equilibrada, donde no se prohíban alimentos (Comité Nacional de Nutrición, 2011; Guerra et al., 2009; López-Guimerà & Sánchez-Carracedo, 2010). Aparentemente, hacer dieta puede no tener los mismos efectos cuando se la practica con o sin supervisión médica. Sin embargo, se sugiere interpretar estos datos con precaución, dado que no se pudo indagar por la frecuencia, intensidad, y métodos particulares empleados en la realización de dietas y actividad física (que pueden ser o no saludables). Por otra parte, resulta llamativo que la mitad de los niños de la muestra y casi un 20% de los niños con bajo o normopeso se encuentren insatisfechos con su imagen corporal, dado que esta variable se asocia a la conducta alimentaria disfuncional en niños (Collins, 1991; De Gracia et al., 2007; Erickson & Gerstle, 2007). Un estudio con niños de una edad promedio de 9 años también identificó porcentajes elevados, señalando que un poco más de la mitad de su muestra se encontraba insatisfecha con su propio cuerpo (Skemp-Arlt, Rees, Mikat & Seebach, 2006). De manera consistente con estos hallazgos, Tremblay y Larivière (2009) observaron porcentajes elevados de insatisfacción con la imagen corporal (32%) en niñas de 9 años.

Finalmente, este trabajo exploró la asociación entre el riesgo de trastorno alimentario y el perfeccionismo, observándose una asociación positiva y significativa entre ambas variables tanto en la muestra total, como al subdividir la muestra por sexo. A su vez, se hallaron diferencias en la puntuación total en la medida de Perfeccionismo entre los niños con riesgo de trastorno alimentario y los niños sin riesgo confirmado luego de la entrevista clínica. Estos resultados son consistentes con los hallazgos referidos en la literatura especializada donde el perfeccionismo se identifica como una variable asociada a los trastornos alimentarios en adolescentes y adultas (Bardone-Cone et al., 2007; Stice, 2002). Con respecto a los trastornos alimentarios en niños, se cuenta con pocos estudios que aborden su relación con el perfeccionismo. Saling et al. (2005), examinan el papel del perfeccionismo como predictor, entre otras variables psicológicas, de la dieta y la preocupación por la comida en 326 niños de 8 a 10 años (varones y mujeres). Encuentran que el perfeccionismo actúa como predictor de la dieta y preocupación por la comida en niñas, pero estos resultados no se mantenían en el seguimiento realizado al cabo de 10 meses. Mientras que en varones el perfeccionismo sí resultó ser predictor de la dieta, tanto al momento de la evaluación como en el seguimiento. Otro trabajo desarrollado en el área con mujeres de entre 11 y 19 años, encuentra que aquellas que tenían anorexia nerviosa presentaban puntuaciones superiores en perfeccionismo orientado hacia sí mismo, y que el perfeccionismo se asociaba con alteraciones en la conducta alimentaria, tanto en las pacientes como en población general (Castro et al., 2004). Si bien estos estudios que toman muestras con niños encuentran que el perfeccionismo se relaciona con factores asociados a los trastornos alimentarios, son necesarias más investigaciones que permitan apoyar con mayor evidencia la asociación de ambas variables en niños y explorar el papel que el perfeccionismo ejerce en el desarrollo de estos cuadros.

La identificación de variables asociadas a los trastornos alimentarios en niños es de suma importancia, dado que permiten la detección precoz y con ella la

intervención temprana, impidiendo la cronicidad del trastorno (Ammaniti, Lucarelli, Cimino, Olimpio, & Chatoor, 2012; Nicholls et al., 2011). Es por ello que la infancia y preadolescencia son etapas en las que se puede analizar cómo se desarrollan estos cuadros, que suelen aparecer completos en la adolescencia (Mancilla, Vázquez, Mancilla, Amaya, & Alvarez, 2012).

Se espera que los resultados hallados en este trabajo faciliten la detección precoz de trastornos alimentarios, y contribuyan al diseño de estrategias de prevención que consideren el papel del perfeccionismo. Los elevados porcentajes de niños con sobrepeso y obesidad hallados, sugieren que las intervenciones preventivas con niños deberían integrar tanto estrategias para prevenir trastornos alimentarios como para evitar el sobrepeso infantil.

Futuras investigaciones se dirigen a determinar los criterios de selección de casos en posible riesgo de trastorno alimentario que resultaron más eficaces para la identificación de niños con riesgo. Por otra parte, se espera estimar la prevalencia de trastorno alimentario utilizando y comparando distintos criterios diagnósticos, tales como el DSM-IV-TR, la CIE-10 y los criterios GOS. Por último, se puede señalar como limitación de este estudio el haber utilizado una muestra no probabilística, con lo cual la generalización de los resultados es limitada, requiriéndose mayores investigaciones sobre este tema.

Agradecimientos: Deseamos agradecer la colaboración de los siguientes profesionales: Paula Salaberry, Marina Diez, Leonora Lievendag, Fernán Arana, Luz Scappatura, Eduardo Leonardelli, Mariana Miracco, Celeste Goedelman, Cecilia Amitrano y Viviana Jaliñe. También, se agradece la colaboración de todos los niños, padres, docentes y directores de las escuelas que participaron de este estudio.

Referencias

Agency for Healthcare Research and Quality. Eating disorders sending more Americans to the hospital. AHRQ News and Numbers. April 1, 2009. URL dis-

- ponible en: www.ahrq.gov/news/nn/nn040109.htm.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic, statistical manual of mental disorders (4th ed., Text Revised)*. Washington, DC: Author.
- Ammaniti, M., Lucarelli, L., Cimino, S., D., Olimpio, F., & Chatoor, I. (2012). Feeding Disorders of Infancy: A Longitudinal Study to Middle Childhood. *International Journal of Eating Disorders, 45* (2), 272-280.
- Alva, L., Ballesteros, E. A., Banda, D., & López, G. (2005). *Análisis de la Obesidad en niños infantes en Mexicali, B.C., México*. URL disponible en: <http://api.ning.com/files/hndcRn2WQQfWAzZ2MvIQJM6jhbUOYjy-1kzRLR60qW6LPwZJeo3Uv8vp4cUaM76uQIjT9a-rR1v8jOXSGigpLHeaxs3xPgt0-/291.swf>
- Arnal, R.B. & Guirado, M.C. (2003). Detección de conductas alimentarias de riesgo en niños de once a catorce años. *Psicothema, 15* (4), 556-562.
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., et al. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review, 27*, 384 - 405.
- Barker, E. T. & Bornstein, M. H. (2009). Global Self-Esteem, Appearance Satisfaction, and Self-Reported Dieting in Early Adolescence. *The Journal of Early Adolescence, 30* (2), 205-224.
- Bay, L., Rausch Herscovici, C., Kovalskys, I., Berner, E., Orellana, L., & Bergesio, A. (2005). Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra. *Archivos Argentinos de Pediatría, 103* (4), 305-316.
- Beato-Fernández, L., Rodríguez-Cano, T., Belmonte-Llario, A., & Martínez-Delgado, C. (2004). Risk factors for eating disorders in adolescents. A Spanish community based longitudinal study. *European Child & Adolescence Psychiatry, 13*, 287-294.
- Bittencourt, A.A., Ganzo de Castro, D.R., Alves, G.G., Palazzo, L., Monteiro, L., Conzatti Vieira, P., et al. (2009). Feelings of discrimination among students: prevalence and associated factors. *Revista de Saúde Pública, 43* (2), 1-9.
- Bravender, T., Bryant-Waugh, R., Herzog, D., Katzman, D., Kriepe, R. D., Lask, B., et al. (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. & Kaminski, Z. (1993). Eating Disorders in Children: An Overview. En B. Lask & R. Bryant-Waugh (Eds.), *Childhood Onset Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders* (pp. 17-29). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates.
- Castro, J., Gila, A., Gual, P., Lahortiga, F., Saura, B., & Toro, J. (2004). Perfectionism dimensions in children and adolescents with anorexia nervosa. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine, 35* (5), 392-398.
- Cockell, S., Hewitt, P., Seal, B., Sherry, S., Goldner, E., Flett, G., et al. (2002). Trait and Self-Presentational Dimensions of Perfectionism Among Women with Anorexia Nervosa. *Cognitive Therapy and Research, 26* (6), 745-758.
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal, 320* (7244), 1240-3.
- Collins, M. E. (1991). Body figure perceptions and preferences among pre-adolescent children. *International Journal of Eating Disorders, 10* (2), 199-208.
- Comité Nacional de Nutrición (2011). Guías de práctica clínica para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la obesidad. *Archivos Argentinos de Pediatría, 109* (3), 198-203.
- Correa, M., Zubarew, T., Silva, P., & Romero, M. I. (2006). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Revista Chilena de Pediatría, 77* (2), 153-160.
- Decaluwé, V., & Braet, C. (2004). Assessment of eating disorder psychopathology in obese children and adolescents: interview versus self-report questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 799-811.
- De Gracia, M., Marcó, M., & Trujano, P. (2007). Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. *Psicothema, 19* (4), 646-653.
- Dietz, W. (2001). La Epidemia de obesidad en niños. *British Medical Journal, 322*, 313-314. URL disponible en: http://www.sap.org.ar/staticfiles/publicaciones/correo/cor_3_01/934.pdf.
- Elizathe, L., Murawski, B., Arana, F. G., & 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.
- Erickson, S. J. & Gerstle, M. (2007). Developmental con-

- siderations in measuring children's disordered eating attitudes and behaviors. *Eating behaviors*, 8, 224-35.
- Escoto, M.C. & Camacho, E.J. (2008). Propiedades psicométricas del test infantil de actitudes alimentarias en una muestra mexicana. *Revista Mexicana de Psicología*, 25 (1), 99-106.
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509-517.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Welch, S. L. (1999). Risk Factors for Anorexia Nervosa: Three Integrated Case-Control Comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56 (5), 468-476.
- Fairburn, C. G. & Cooper Z. (1993). The Eating Disorder Examination. En C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (pp. 317-360). New York: Guilford Press.
- Fairburn C. G. (2008) *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- Field, A. E., Austin, S. B., Taylor, C. B., Malspeis, S., Rosner, B., Rockett, H. R., et al. (2003). Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. *Pediatrics*, 112 (4), 900-906.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Goldner, E. M., Cockell, S. J., & Srikaneswaran, S. (2002). Perfectionism and eating disorders. En G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (319-340). Washington, DC: American Psychological Association.
- Guerra, C. E., Cabrera, A. del C., Santana, I., González, A. E., Almaguer, P., & Urra, T. (2009). Manejo práctico del sobrepeso y la obesidad en la infancia. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 7 (1), 60-69.
- Gusella, J., Goodwin, J., & Van Roosmalen, E. (2008). "I want to lose weight": Early risk for disordered eating? *Paediatrics & Child Health*, 13 (2), 105-110.
- Halvarsson, K., Lunner, K., Westerberg, J., Anteson, F., & Sjöden, P. (2002). A longitudinal study of the development of dieting among 7-17-year-old Swedish girls. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 32-42.
- Hewitt, P., Caelian, C., Flett, G., Sherry, S., Collins, L., & Flynn, C. (2002) Perfectionism in children: associations with depression, anxiety, and anger. *Personality and Individual Differences*, 32, 1049-1061.
- Hewitt, P. L. & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psycho-pathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.
- 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., & 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.
- Davison, K.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.
- Davison, K.K., Markey, C.N., & Birch, L.L. (2003). A Longitudinal Examination of Patterns in Girls' Weight Concerns and Body Dissatisfaction from Ages 5 to 9 Years. *International Journal of Eating Disorders*, 33 (3), 320-332.
- Lask, B. & Bryant-Waugh, R. (1992). Early-onset anorexia nervosa and related eating disorders. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33 (1), 281-300.
- Lask, B. & Bryant-Waugh, R. (2000). *Anorexia nervosa and related eating disorders in children and adolescence* (2nd ed.). Hove, UK.: Psychology Press.
- Liou, Y.M., Hsu, Y.W., Ho, J.F., Lin, C.H., Hsu, W.Y., & Liou, T.H. (2011). Prevalence and correlates of self-induced vomiting as weight-control strategy among adolescents in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 11-20.
- López-Guimerà, G. & Sánchez-Carracedo, D. (2010). Alteraciones alimentarias y sobrepeso: el papel de la dieta restrictiva. En G. López-Guimerà & D. Sánchez-Carracedo (Eds.), *Prevención de las alteraciones alimentarias. Fundamentos teóricos y recursos prácticos*, (pp. 53-86). Madrid: Pirámide.
- Maloney, M. J., McGuire, J. B., & Daniels, S. R. (1988). Reliability testing of a children's version of the Eating Attitude Test. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 541-543.
- Mancilla, A., Vázquez, R., Mancilla, J. M., Amaya, A., & Alvarez, G. (2012). Body dissatisfaction in children and preadolescents: A systematic review. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 3, 62-79.
- Mann, T., Tomiyama, A. J., Westling, E., Lew, A. M., Samuels, B., & Chatman, J. (2007). Medicare's

- Search for Effective Obesity Treatments: diets are not the answer. *American Psychologist*, 62 (3), 220-233.
- Martinez, C.A., Ibañez, J.O., Paterno, C.A., Semenza de Roig Bustamante, M., Heitz, M.I, Kriskovich Jure, J.O., et al. (2001). Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes de la Ciudad de Corrientes. Asociación con factores de riesgo cardiovascular. *Medicina (Buenos Aires)*, 61 (3), 308-314.
- McVey, G., Tweed, S., & Blackmore, E. (2004). Dieting among preadolescent and young adolescent females. *Canadian Medical Association Journal*, 170 (10), 1559-1561.
- Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Dirección General Adjunta de Programas Centrales. Programa Nutricional (2010). *Guía Operativa 2010, Orientación para la evaluación del crecimiento*. URL disponible en: http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/a_primaria/programas/nutricion/archivos/guia_operativa_prog_nutricional.pdf?menu_id=33022
- Moreno, L.A., Fleta, J., Rodríguez, A., Sarría, A., & Bueno, M. (1999). Masa grasa corporal en niños y adolescentes de sexo masculino. *Anales Españoles de Pediatría*, 51 (6), 629-632.
- Murawski, B., Elizathe, L., & Rutzstein, G. (2009). Hábitos alimentarios e insatisfacción con la imagen corporal. Un estudio comparativo entre mujeres y varones estudiantes de escuelas secundarias. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología-UBA*, 16, 65-72.
- Muro-Sans, P. & Amador-Campos, J. A. (2007). Prevalence of eating disorders in a Spanish community adolescent sample. *Eating Weight Disorders*, 12 (5), 1-6.
- 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. *International Journal of Eating Disorders*, 28 (3), 317-24.
- Nicholls, D. E., Lynn, R., & Viner, R. M. (2011). Childhood eating disorders: British national surveillance study. *The British Journal of Psychiatry*, 198, 295-301.
- Olmsted, M. P., McFarlane, T., Carter, J., & Trottier, K. (2007). Assessment of eating disorders. En S. Wonderlich, J. E. Mitchell, M. de Zwaan, & H. Steiger (Eds.), *Annual Review of Eating Disorders Part 1*. (pp. 81-100). Oxford, NY: Radcliffe Publishing.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades (10th ed.)*. Madrid: Meditor.
- Oros, L. (2003). Medición del perfeccionismo infantil: Desarrollo y validación de una escala para niños de 8 a 13 años de edad. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 16 (2), 99-112.
- Oros, L. (2005). Implicaciones del perfeccionismo infantil sobre el bienestar psicológico: Orientaciones para el diagnóstico y la práctica clínica. *Anales de Psicología*, 21 (2), 294-303.
- Peláez-Fernández, M. A., Labrador, F. J., & Raich, R. M. (2007). Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *Journal of Psychosomatic Research*, 62 (6), 681-690.
- Ranzenhofer, L. M., Tanofsky-Kraff, M., Menzie, C. M., Gustafson, J. K., Rutledge, M. S., Keil, M. F., Yanovski, S.Z., & Yanovski, J. A. (2008). Structure analysis of the Children's Eating Attitudes Test in overweight and at-risk-for-overweight children and adolescents. *Eating behaviors*, 9 (2), 218-227.
- Rice, K., Kubal, A., & Preusser, K. (2004). Perfectionism and Children's Self-Concept: Further Validation of the Adaptative/Maladaptive Perfectionism Scale. *Psychology in the Schools*, 41 (3), 279-289.
- Rojo-Moreno, L., García-Miralles, I., Plumed, J., Barberá, M., Morales, M. M., Ruiz, E., & Livianos, L. (2011). Children's Eating Attitudes Test: Validation in a sample of Spanish schoolchildren. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 540-546.
- Rojo, L., Livianos, L., Conesa, L., García, A., Domínguez, A., Rodrigo, G., Sanjuán, L. & Vila, M. (2003). Epidemiology and risk factors of eating disorders: A two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 281-291.
- Rolland, K., Farnill, D., & Griffiths, A. R. (1998). Eating attitudes and the body mass index of Australian schoolchildren aged 8 to 12 years. *European Eating Disorders Review*, 6, 107-114.
- Rutzstein, G. (2009). Teoría y terapia cognitivo-conductual de los trastornos alimentarios. *Revista Diagnósis*, 6, 11-26.
- Rutzstein, G., Murawski, B., Elizathe, L., & 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*, 1, 48-61.

- Saling, M., Ricciardelli, L., & McCabe, M. (2005). A Prospective Study of Individual Factors in the Development of Weight and Muscle Concerns Among Preadolescent Children. *Journal of Youth and Adolescence*, 34 (6), 651-661.
- Sancho, C., Asorey, O., Arija, V., & Canals, J. (2005). Psychometric characteristics of the Children's Eating Attitudes Test in a Spanish sample. *European Eating Disorders Review*, 13 (5), 338-343.
- Sancho, C., Asorey, O., Arija, V., & Canals, J. (2007). Epidemiology of eating disorders. A two year follow up in an early adolescent school population. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16 (8), 495-504.
- Sinton, M. M. & Birch, L. L. (2005). Weight Status and Psychosocial Factors Predict the Emergence of Dieting in Preadolescent Girls. *International Journal of Eating Disorders*, 38 (4), 346-354.
- Skemp-Arlt, K. M., Rees, K. S., Mikat, R. P., & Seebach, E. E. (2006). Body Image Dissatisfaction Among Third, Fourth, and Fifth Grade Children. *Californian Journal of Health Promotion*, 4 (3), 58-67.
- Sociedad Argentina de Pediatría (1986). *Criterios de diagnóstico y tratamiento. Crecimiento y desarrollo*. Buenos Aires: Roemmers.
- Smolak, L. & Levine, M. P. (1994). Psychometric properties of the children's eating attitudes test. *International Journal of Eating Disorders*, 16 (3), 275-282.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128 (5), 825-848.
- The McKnight Investigators. (2003). Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: results of the McKnight longitudinal risk factor study. *The American Journal of Psychiatry*, 160 (2), 248-54.
- Tremblay, L. & Lariviere, M. (2009). The influence of puberty onset, body mass index, and pressure to be thin on disordered eating behaviors in children and adolescents. *Eating Behaviors*, 10 (2), 75-83.
- Tremblay, L. & Limbos, M. (2009). Body Image Disturbance and Psychopathology in Children: Research Evidence and Implications for Prevention and Treatment. *Current Psychiatry Reviews*, 5 (1), 62-72.
- Trujano, P., De Gracia, M., Quiróz, C. N., Arbonès, M. M., & Arce, L. G. (2010). Factores de riesgo asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes mexicanos con normopeso. *Psicothema*, 22 (4), 581-586.
- Tyrka, A. R., Waldron, I., Graber, J. A., & Brooks-Gunn, J. (2002). Prospective predictors of the onset of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 282-290.