II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2010.

Imagen corporal y riesgo de trastornos alimentarios en niños de 9 a 12 años: diferencias en función del peso.

Elizathe, Luciana, Murawski, Brenda María, Diez, Marina, Salaberry, Paula, Lievendag, Leonora, Barrios, Raul Miguel, Grad Gut,María Alejandra y Rutsztein, Guillermina.

Cita:

Elizathe, Luciana, Murawski, Brenda María, Diez, Marina, Salaberry, Paula, Lievendag, Leonora, Barrios, Raul Miguel, Grad Gut,María Alejandra y Rutsztein, Guillermina (2010). *Imagen corporal y riesgo de trastornos alimentarios en niños de 9 a 12 años: diferencias en función del peso. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-031/195

ARK: https://n2t.net/ark:/13683/eWpa/w0b

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org.*

Inglês

CORDÁS, T. A., SENDACZ, A. M., GONZÁLES, D., TOSSOLI, A. L., BERNARDI, A., MIZRAHI, E. I. & LEEUW, L. L. L.(1988). Ideation and suicide attempts in a population of medical students. Magazine ABP- APAL, vol. 10, nº3, pp. 100-102.

DUTRA, E. (1998b). Ideation and Attempted Suicide among psychology students. Research Report submitted to PPPG UFRN.

DUTRA, E. (2005). Ideation and attempted suicide among medical students UFRN and health professionals from public Natal city. In Borges, L. O. (Org.). Health professionals and their work (pp. 281-298). São Paulo: Casa do Psicólogo.

MELEIRO, A. M. A. S. (1998). Suicide among doctors and medical students. Brazilian Medical Association Journal, 44 (2), pp. 135-40.

MIRANDA, P. S. C. e QUEIROZ, E. A. (1991).Suicidal thinking and suicide attempts among medical students. Revista ABP- APAL, 13 (4): 157-160.

KOVÁCS, M. J. (1991). Thinking about death and the training of health professionals. In Cassorla, R. (Coord.) the death. Studies Brasileiros.Campinas, SP.: Papirus.

IMAGEN CORPORAL Y RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN NIÑOS DE 9 A 12 AÑOS: DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL PESO

Elizathe, Luciana; Murawski, Brenda María; Diez, Marina; Salaberry, Paula; Lievendag, Leonora; Barrios, Raul Miguel; Grad Gut, María Alejandra; Rutsztein, Guillermina
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas - UBACyT, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

RESUMEN

Objetivo: comparar imagen corporal y riesgo de trastornos alimentarios (TA) en niños con sobrepeso/obesidad y normopeso. Muestra y Metodología: 92 niños/as de 9-12 años completaron un Cuestionario sociodemográfico y de sintomatología de TA, el Children's Eating Attitudes Test (ChEAT)(Maloney, McGuire, & Daniels, 1988), y el Child/adolescent Silhouette Rating Scale (Collins, 1991). Fueron pesados y medidos por una nutricionista según normas de la Sociedad Argentina de Pediatría. Resultados: 7(7.6%) presentaron riesgo de bajo peso, 46(50%) normopeso, 24(26.1%) sobrepeso y 15(16.3%) obesidad. Se dividieron dos grupos según Índice de Masa Corporal: sobrepeso/obesidad (SO) y normopeso (NP). 56.52% del grupo NP considera que su peso es el adecuado; sin embargo 26.09% se ve un poco gordo y 32.61% desea pesar un poco menos. Si bien los niños de ambos grupos desean verse en promedio más delgados, la distancia entre cómo se perciben y cómo desean verse es superior en el grupo SO, indicando mayor insatisfacción con la imagen corporal. Se observaron puntajes más elevados en el ChEAT en el grupo SO en comparación con el grupo NP. Se halló una relación entre pertenencia a cada grupo y riesgo de TA. El 23.08% de los niños con SO y ninguno con NP presentó este riesgo.

Palabras clave
Trastornos alimentarios Niños

ABSTRACT

BODY IMAGE AND RISK OF EATING DISORDERS IN 9-12 YEARS OLD CHILDREN: WEIGHT BASED DIFFERENCES

Objective: To compare body image and risk of eating disorders(ED) in children with overweight/obesity and normal range. Sample and Methodology: 92 children between 9-12 years old completed a Sociodemographic questionnaire wich inquires about symptoms of ED as well, the Children's Eating Attitudes Test (ChEAT) (Maloney, McGuire, & Daniels, 1988) and the Child/Adolescent Silhouette Rating Scale (Collins, 1991). They were weighed and measured by a nutritionist according to the norms of the Sociedad Argentina de Pediatría. Results: 7(7.6%) were at risk of underweight, 46(50%) normal range, 24(26.1%) overweight and 15(16.3%) obese. They were divided in two groups according to Body Mass Index: Overweight/obesity(O) and normal range(NR). 56.52% of NR group believe that his weight is fine, but 26.09% states that he´s a little overweight and 32.61% wanted to weigh a little less. Although children of both groups want to be thinner on average, the gap between how they look and how they want to look is greater in group O, indicating greater body image dissatisfaction. Moreover, children in group O show higher rates in the ChEAT . A relationship between membership in each group and risk of ED was found. 23.08% of children with O and none with NR showed this risk.

Key words
Eating disorders Children

INTRODUCCIÓN

Los trastornos alimentarios (TA) son alteraciones de la conducta alimentaria que se acompañan de un gran temor a engordar y una marcada insatisfacción con la imagen corporal (American Psychiatric Association, 2002). Si bien estos trastornos han sido estudiados principalmente en mujeres adolescentes y jóvenes (Maganto & Cruz, 2000; Murawski, Elizathe, & Rutsztein, 2009; Rivas, Bersabé, & Castro, 2001), en los últimos años se está observando un descenso en la edad de inicio de estos cuadros, planteando la necesidad de fortalecer el estudio y la investigación de esta temática en niños de primaria. En un estudio realizado en España, se halló que poco más del 10% de niñas y niños de 8 a 12 años podría estar en riesgo de presentar un TA (De Gracia, Marcó, & Trujano, 2007). También Correa, Zubarew, Silva y Romero (2006) hallaron en Chile una proporción de riesgo similar a la reseñada anteriormente en niñas de 11 y 12 años y destacaron que fue el grupo con mayor prevalencia de riesgo en comparación con las niñas de mayor edad. En nuestro país, Bay et al. (2005) han señalado una prevalencia de 13, 15 y 12% de sospecha de TA en niñas y niños que concurren al consultorio pediátrico de 10, 11 y 12 años respectivamente. Los resultados hallados por estos autores son a su vez coherentes con la observación realizada por Rutsztein (1996) quien señala que la edad de inicio de estos trastornos en las niñas se aproximaría cada vez más a la menarca.

Si bien el incremento en las tasas de prevalencia de TA en población infantil ha motivado un creciente interés por el abordaje de estas problemáticas, lo cierto es que las tasas de obesidad y sobrepeso en los niños también constituyen un motivo de preocupación. De hecho, numerosos estudios sugieren que la prevalencia de obesidad en población infantil está creciendo de manera alarmante en todo el mundo (Alva Frías, Ballesteros, Banda Correa, & López Badilla, 2005; Cole, Bellizzi, Flegal, & Dietz, 2000; Martinez, et al., 2001). Según las estimaciones de la International Obesity Task Force (IOTF, 2002) la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de 9 a 12 años oscila entre un 22,6 - 27,8% para los varones y un 26,9 - 32,2% para las nenas. En nuestro país, se halló que la prevalencia de sobrepeso y obesidad aumentaba en ambos sexos y a lo largo del tiempo en niños de entre 4 y 16 años (Bejarano, Dipierri, Alfaro, Quispe, & Cabrera, 2005). En otro estudio realizado con una muestra de 258 niños (varones y mujeres) de entre 2 y 9 años que concurrían a un centro de salud de Quilmes, se halló que un 13% presentaba sobrepeso y obesidad, con predominio en niñas mayores de 7 años (Dei-Cas, Dei-Cas, & Dei-Cas, 2002). Por último, otros autores reportaron 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, y señalaron que los niños de 10 a 12 años presentaron una mayor prevalencia (34,3%) en comparación con las franjas etarias superiores (Kovalskys, Bay, Rausch Herscovici, & Berner, 2003).

Si bien tradicionalmente los grupos que han trabajado sobre las problemáticas de los TA y del sobrepeso/obesidad han desarrollado independientemente sus esfuerzos por evaluar, prevenir y tratar estas patologías (Hill, 2007), en la actualidad existe consenso con respecto a la importancia de emplear un abordaje conjunto de ambos cuadros (López-Guimera & Sánchez-Carracedo, 2010). Esto se debe a que, por un lado, se ha generado un debate en torno a si los programas dirigidos a prevenir la obesidad infantil terminaban potenciando los TA (Schwartz & Henderson, 2009; Saldaña, 2010). Asimismo, en los últimos años, se han identificado factores de riesgo que son comunes a ambos cuadros (Haines & Neumark-Sztainer, 2006; Neumark-Sztainer, 2009) y que plantean entonces el desafío del abordaje conjunto del espectro de las problemáticas alimentarias. De hecho, un estudio anterior ya había hallado que la presencia de obesidad en la infancia era tres veces más frecuente entre mujeres con bulimia nerviosa, que en controles (Fairburn, Welch, Doll, Davies, & O' Connor, 1997). Asimismo, a partir de una revisión sobre el tema, Stice (2002) concluía que la presencia de un Índice de Masa Corporal (IMC) elevado promovía factores de riesgo asociados a los TA, como ser la presión por la delgadez, la insatisfacción con la imagen corporal y la conducta dietante. Parecería ser entonces que presentar un peso superior al promedio en la infancia se asociaría a burlas, preocupación por el peso e inicio de conductas inapropiadas para bajar de peso (Kostanski & Gullone, 2007; Krahnstoever Davison, & Birch, 2003; Sinton & Birch, 2005), factores que a su vez conducirían al desarrollo de trastornos alimentarios al llegar a la adolescencia (Collins, 1991; De Gracia et al., 2007; Striegel-Moore, Dohm, Pike, Wilfley, & Fairburn, 2002).

A su vez, algunos autores han hallado una mayor presencia de alteraciones de la conducta alimentaria en niños con sobrepeso, en comparación con aquellos que presentan un peso normal para su altura y edad (Braet, et al., 2008). Específicamente, se encontró que los primeros dietan más, concluyendo que estos hábitos alimentarios pueden contribuir a la aparición de TA. De manera consistente, en otro estudio (Allen, Byrne, La Puma, McLean, & Davis, 2008) se halló que en una muestra de niños de entre 8 y 13 años, aquellos que fueron categorizados como obesos en función de su IMC presentaban un mayor riesgo de presentar atracones, en comparación con niños con peso normal.

El objetivo de este estudio es comparar imagen corporal y riesgo de TA en niñas y niños escolarizados en función de la presencia de sobrepeso y obesidad por un lado, y normo peso por el otro.

METODOLOGÍA

Muestra

Este estudio se realizó con una muestra intencional conformada por 92 niños escolarizados (46 nenas y 46 varones) de entre 9 y 12 años (Media = 10.95; DE = 0.82), que voluntariamente aceptaron participar de esta investigación. Los participantes concurren al quinto, sexto y séptimo grado de una escuela primaria y pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Instrumentos

- *Cuestionario sociodemográfico y de sintomatología específica de trastornos alimentarios*. Este cuestionario se utilizó con el fin de recabar información sobre la edad, el nivel de escolaridad, el peso actual, el peso deseado, la realización de dietas, y la percepción de la imagen corporal. Este instrumento fue diseñado *ex profeso* para esta investigación.
- *Ch/ASRS. Child/adolescent Version of the Silhouette Rating Scale (Collins, 1991).* Es una escala gráfica de siluetas que evalúa la imagen corporal y la diferencia entre el cuerpo que el sujeto desea tener y la imagen corporal que cree tener. Esta escala consiste en 7 figuras de niñas y 7 figuras de niños que conforman una graduación desde una silueta muy delgada hasta la última que presenta un sobrepeso importante. Cada niño debe elegir la figura más representativa de su imagen corporal actual y de la imagen corporal deseada. Las respuestas se califican con una puntuación de 1 a 7, desde la figura más delgada a la que presenta mayor sobrepeso. 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).
- *ChEAT. The Children´s version of the Eating Attitudes Test (Maloney, McGuire, & Daniels, 1988; adaptación Elizathe, et al., 2010).* Se trata de una escala autoadministrada de 26 ítems que permite evaluar hábitos y actitudes relacionados con la alimentación y la imagen corporal en niños de 8 a 13 años. Está conformada por tres subescalas: *Dieta*, *Control Oral* y *Bulimia*. Cada ítem se puede responder con las siguientes 6 posibilidades: *siempre*, *casi siempre*, *a menudo*, *a veces*, *pocas veces* y *nunca* (escala Likert). Sus autores establecen que el puntaje de corte es de 20 puntos, indicando que quienes posean un puntaje igual o superior al señalado podrían estar en riesgo de presentar algún TA. Esta escala ha presentado una buena estabilidad test-retest y unos coeficientes de consistencia interna adecuados (alfa=.76) (Maloney, McGuire, & Daniels, 1988).

Procedimientos

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 de los padres por escrito como condición excluyente para la participación en este estudio. A los sujetos se les aseguró el carácter voluntario de su participación y la confidencialidad de los datos recabados. Los alumnos autorizados para participar de la investigación fueron agrupados en aulas y se

les entregó, previa introducción y lectura del instructivo, los cuestionarios auto-administrables que debían completar. Luego, fueron pesados y medidos por una nutricionista de acuerdo a las normas antopométricas de la Sociedad Argentina de Pediatría.
El análisis de los datos se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 15.0). Se utilizaron las pruebas estadísticas U de Mann-Whitney y Chi Cuadrado dado que las variables analizadas no cumplen con los supuestos de las pruebas paramétricas.

RESULTADOS

Variables antropométricas e Índice de Masa Corporal (IMC)

El IMC promedio fue de 20.29 (DE = 4.35) para los varones y de 19.59 (DE = 3.24) para las nenas. Se clasificaron los sujetos de la muestra en función del IMC en niños con bajo peso, riesgo de bajo peso, normo peso, sobrepeso y obesidad. Para dicha clasificación se tomaron las curvas de IMC propuestas por la Guía Operativa 2010 (Orientación para la evaluación del crecimiento) del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. En función de estos criterios se halló que 7 (7.6%) de los niños presentaron riesgo de bajo peso, 46 (50%) normo peso, 24 (26.1%) sobrepeso y 15 (16.3%) obesidad. A continuación, se dividieron dos grupos en función del IMC: sobrepeso/obesidad (SO) por un lado, y normo peso (NP) por el otro. Los niños con riesgo de bajo peso fueron excluidos de este estudio.

Imagen corporal

Con respecto a la imagen corporal, se observó que dentro de los chicos con normo peso un 17.39% (8) se percibe muy o un poco flaco, un 56.52% (26) considera que su peso está bien, y un 26.09% (12) se percibe un poco o muy gordo. Dentro de los chicos con sobrepeso y obesidad ninguno se percibe muy o un poco flaco, un 30.77% (12) considera que su peso está bien, y un 69.23% (27) se percibe un poco o muy gordo. A su vez, entre los chicos con normo peso, un 32.61% (15) desea pesar mucho o un poco menos, un 56.52% (26) desea pesar lo que pesa, y un 10.87% (5) desea pesar un poco o mucho más. En tanto que entre los chicos con sobrepeso y obesidad, un 76.93% (30) desea pesar mucho o un poco menos, un 20.51% (8) desea pesar lo que pesa, y 2.56% (1) un poco o mucho más
A su vez, considerando el Ch/ASRS, se observó que los niños de ambos grupos difieren en cómo se perciben (U= 347; p=.000) (Media NP = 3.86; DE NP = 0.60 vs. Media SO = 4.79; DE SO = 0.83), pero no en cómo se desean ver (U = 846; p = .594) (Media NP = 3.73; DE NP = 0.55 vs. Media SO = 3.82; DE SO = 0.57). A su vez, si bien los niños de ambos grupos desean verse en promedio más delgados, (Media NP = -0.13; DE NP = 0.81 vs. Media SO = -0.97; DE SO = 0.75), la distancia entre como se perciben y como desean verse es significativamente superior en los niños del grupo SO (U = 435; p = .000), indicando mayor insatisfacción con la imagen corporal.

Riesgo de Trastorno Alimentario

Se observaron puntajes significativamente más elevados en el ChEAT en el grupo con sobrepeso y obesidad (Media = 11.3; DE = 10.91) en comparación con el grupo con normo peso (Media = 4.54; DE = 4.58) (U = 558.5; p = .003). Se halló una relación entre la pertenencia a cada grupo y el riesgo de trastorno alimentario ($X2$ = 11.87; gl = 1; p = .001). El 23.08% de los niños con sobrepeso y obesidad presentó este riesgo, en tanto que ninguno de los niños con normo peso lo hizo.

CONCLUSIÓN

Si bien entre los niños con normo peso un 26.09% se ve un poco o muy gordo y un 32.61% desea pesar mucho o un poco menos, es importante destacar que son los niños con sobrepeso y obesidad los que presentaron mayor insatisfacción con la imagen corporal y mayor riesgo de TA. Estos resultados son consistentes con los hallados en otros estudios (Allen, et al., 2008; Braet, et al., 2008), y dan cuenta de la necesidad de implementar programas preventivos dirigidos a esta población que se orienten no solamente a evitar el desarrollo de trastornos alimentarios, sino también a promover hábitos alimentarios saludables con el fin de prevenir la aparición de sobrepeso y obesidad, dadas las consecuencias negativas para la salud que acarrean estas condiciones.

BIBLIOGRAFIA

ALLEN, K., BYRNE, S., LA PUMA, M., MCLEAN, N. & DAVIS, E. (2008). The onset and course of binge eating in 8- to 13-year-old healthy weight, overweight and obese children. Eating Behaviors, 9, 438-446.

ALVA FRÍAS, L., BALLESTEROS, E. A., BANDA CORREA, D. & LÓPEZ BADILLA, G. (2005). Análisis de la Obesidad en niños infantes en Mexicali, B. C., México.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV-TR. (2000). Versión española de la obra original en lengua inglesa Diagnostic, Statistical Manual of Mental Disorders-IV-TR publicado por la American Psychiatric Association, Washington. Masson (2002).

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.

BEJARANO, I., DIPIERRI, J., ALFARO, E., QUISPE, Y. & CABRERA, G. (2005). Evolución de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y desnutrición en escolares de San Salvador de Jujuy. Archivos Argentinos de Pediatría, 103 (2), 101-109.

BRAET, C., CLAUS, L., GOOSSENS, L., MOENS, E., VAN VLIERBERGHE, L. & SOETENS, B. (2008). Differences in Eating Style between Overweight and Normal-weight Youngsters. Journal of Health Psychology; 13 (6); 733-74.

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 preadolescent children. International Journal of Eating Disorders, 10 (2), 199-208.

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.

DE GRACIA, M., MARCÓ, M. & TRUJANO, P. (2007). Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. Psicothema, 19 (4), 646-653.

DEI-CAS, P. G., DEI-CAS, S. A. & DEI-CAS, I. J. (2002). Sobrepeso y obesidad en la niñez. Relación con factores de riesgo. Archivos Argentinos de Pediatría, 100 (5), 368.

ELIZATHE, L., MURAWSKI, B., ARANA, F., DIEZ, M., MIRACCO, M. & RUTSZTEIN, G. (2010) Detección de Trastornos Alimentarios en niños: Adaptación Lingüística y Conceptual del Children's Eating Attitudes Test (ChEAT). Enviado para su evaluación al Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

FAIRBURN C. G., WELCH S., DOLL H., DAVIES B. A.,& O CONNOR M. E. (1997). Risk Factors for Bulimia Nervosa. A Community- Based Case Control Study. Archives of General Psychiatry, 54, 509-516.

HAINES, J. & NEUMARK-SZTAINER, D. (2006). Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. Health Education Research, 21 (6), 770-82.

HILL, A. J. (2007). Obesity and eating disorders. Obesity reviews, 8 (1), 151-155. International Obesity Task Force (2002). The Health of Children and Young People. Extraído el 10-06-10 de
http://www.iotf.org/popout.asp?linkto=http://www.archive2.official-documents.co.uk/document/deps/doh/survey02/hcyp/tables/hcypt159.htm.

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.

KRAHNSTOEVER DAVISON, 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.

LÓPEZ-GUIMERA, G. & SÁNCHEZ-CARRACEDO, D. (2010). Prevención de las alteraciones alimentarias. Fundamentos teóricos y recursos prácticos. Ediciones Priámide, Madrid.

MAGANTO, C. & CRUZ, S. (2000). La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente, 30, 45-48.

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.

MARTINEZ, C. A., IBAÑEZ, J. O., PATERNO, C. A., SEMENZA DE ROIG BUSTAMANTE, M. HEITZ, M. I., KRISKOVICH JURE, J. O., DE BONIS, G. R. & CÁCERES, L. C. (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.

MiNISTERIO DE SALUD DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (2010). Guía Operativa 2010, Orientación para la evaluación del crecimiento. Dirección General Adjunta de Programas Centrales. Programa Nutricional.

MURAWSKI, B. M., ELIZATHE, L. & RUTSZTEIN, G. (2009). Hábitos Alimentarios e Insatisfacción con la Imagen Corporal. Un estudio comparativo entre mujeres y varones estudiantes de escuelas secundarias. Anuario de Investigaciones, XVI (1), 65-72.

NEUMARK-SZTAINER, D. (2009). Preventing obesity and eating disorders in

adolescents: what can health care providers do?. Journal of Adolescent Health, 44, 206-13.

RIVAS, T., BERSABÉ, R. & CASTRO, S. (2001). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de málaga (España). Salud Mental, 24 (2), 25-31.

RUTSZTEIN, G. (1996) Anorexia nerviosa: modalidades de tratamiento. Anuario de Investigaciones N º 4, (1994-1995). Facultad de Psicología - UBA.

SALDAÑA, C. (2010). Prólogo. En "Prevención de las alteraciones alimentarias. Fundamentos teóricos y recursos prácticos". López-Guimera, G. & Sánchez-Carracedo, D. Ediciones Priámide, Madrid.

SCHWARTZ, M. B. & HENDERSON, K. E. (2009). Does Obesity Prevention Cause Eating Disorders?. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psichiatry, 48 (8), 784-6.

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.

STICE, E. (2002). Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology: A Meta-Analytic Review. Psychological Bulletin. 128 (5), 825-848.

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, 1902-7.

TRANSFERENCIA NEGATIVA-REACCIÓN TERAPÉUTICA NEGATIVA COMO OBSTÁCULOS EN LA CLÍNICA Y EL QUEHACER DEL ANALISTA ANTE CADA UNO DE ELLOS

Epsztein, Susana
Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

RESUMEN
Transferencia Negativa y Reacción Terapéutica Negativa tienen estatutos diferentes, por lo tanto su lugar de obstáculo en la clínica no es el mismo. Frente al encuentro de la castración en el Otro se ubicaran dos respuestas distintas: Transferencia negativa: cierre del icc. como obstáculo fecundo en tanto pone en juego la dimensión fantasmatica. Llamado al registro silencioso de la pulsión. Freud lo trabaja en la relación transferencia resistencia. Se trata de la manifestación de la resistencia del ello que puede implicar la ruptura del vínculo analítico. Es una problemática del análisis. Reacción terapéutica negativa como respuesta no fantasmática. Es el modo de presentación clínica de la resistencia del super yo. Se trata de una problemática del final de análisis que implica el peligro de continuidad indefinida del vínculo analítico y da cuenta del empeño terapéutico en el intento por parte del analista de hacer entrar lo real en lo simbólico.

Palabras clave
Resistencia Ello Superyo Analista

ABSTRACT
NEGATIVE TRANSFER-NEGATIVE THERAPEUTIC REACTION AS OBSTACLES IN THE CLINIC AND ANALYST TASK EACH OF THEM TO
Negative transference and negative therapeutic reaction have different status, so instead of an obstacle in the clinic is not the same. In front of the meeting of castration on the Other there are two different answers: Negative transfer: closing the unconscious as an obstacle rich in both brings into play the fantasy dimension. Call to record the drive quiet. Freud transfer works in the relationship - resistance. This is the manifestation of this resistance may involve the breaking of the link analysis. It is a problem of the analysis. Negative therapeutic reaction as a response not fantasy. It is the mode of clinical presentation of the resistance of the superego. This is a problem the end of analysis involving the danger of indefinite continuation of the link analytical and realize the therapeutic effort in the attempt by the analyst to enter the real into the symbolic.

Key words
Resistance Ello Superego Analyst

Transferencia negativa y reacción terapéutica negativa tienen estatutos diferentes, por lo tanto su lugar de obstáculo en la clínica no es el mismo.

1. Transferencia Negativa
Relación TRANSFERENCIA-RESISTENCIA leída en el texto freudiano. Dimensión del fantasma que se pone de manifiesto en la transferencia negativa.

Para Sigmund Freud la aparición del fenómeno de la transferencia, en principio, fue considerado como obstáculo en la dirección de la cura.
Ya a la altura de "Sobre la psicoterapia de la histeria" [Freud: 1893-1895] se lee su antecedente en el analista como un obstá-