

R. Remesal Cobreros¹
M. Andrés Villa²
E. Torrico Linares²

Hábitos dietéticos y rasgos de personalidad: variables discriminantes de la obesidad y diabetes infantil

1 Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva y Departamento de Psicología Clínica Experimental y Social de la Universidad de Huelva
2 Departamento de Psicología Clínica Experimental y Social de la Universidad de Huelva

Dietetic habits and personality features: discriminant variables of obesity and diabetes infantile

Correspondencia:

Raquel Remesal
Facultad de Ciencias de la Educación
Campus El Carmen
Avda. Tres de Marzo s/n. 21071. Huelva
E-mail: raquel.remesal@dpsi.uhu.es

RESUMEN

Con el fin de estudiar diferentes aspectos psicológicos y dietéticos de un grupo de menores con enfermedades crónicas (obesos y diabéticos) en relación con otro grupo de menores sin patología orgánica o psicológica y de peso normal, se llevó cabo un estudio de tipo observacional descriptivo de corte transversal, en el que se utilizaron diferentes instrumentos de evaluación: inventario sociobiográfico, entrevistas de hábitos alimenticios/actividad física y cuestionarios de personalidad (CPQ, TAMAI y BAS). Se utilizó un análisis discriminante que permitió seleccionar un conjunto de variables predictoras, mediante las que los grupos quedaron suficientemente discriminados. Los resultados mostraron que las variables que mejor discriminaron a los grupos fueron las relacionadas con la autoestima del niño y con la percepción que tenía el profesor de su popularidad o capacidad de liderazgo. Los obesos se perfilaron como los más insatisfechos y críticos consigo mismos y según la percepción de los profesores fueron catalogados como los menos líderes y populares.

Palabras clave: enfermedad crónica, niños obesos, niños diabéticos, personalidad, hábitos dietéticos.

ABSTRACT

In order to study psychological and dietetics areas in

a chronic illness children groups (obsesses and diabetics) and in a healthy normal body weight, a cross-sectional descriptive observational study was developed. For assessment were use several instruments: socio-biography inventory, dietetic and exercise habits interviews and personality questionnaires (CPQ, TAMAI and BAS). A discriminant analysis was used and a group of predictor variables was selected trough the three groups were enough differentiates. The results show that children's self-esteem and teacher's perception about popularity and leadership capability of the children were variables better differentiated groups. Obese children were the most dissatisfied and critical with them and according to the teachers the least leaders and popular were.

Key words: chronic illness, obese children, diabetic children, personality, dietetic habits.

INTRODUCCIÓN

Siguiendo la categorización de enfermedad crónica en función del tipo psicosocial¹, obesidad y diabetes son dos patologías crónicas, no incapacitantes para el individuo y de curso gradual, distinguiéndose fundamentalmente en que la diabetes evoluciona de forma progresiva por crisis constantes y no afecta a la apariencia física y la obesidad evoluciona de forma progresiva no fatal y afecta a la apa-

VARIABLES QUE AFECTAN AL NIÑO

1. Hospitalizaciones y cuidados sanitarios frecuentes.
2. Sentimiento de diferencia con otros niños.
3. Autoestima inferior.
4. Interferencia en la vida familiar y escolar.
5. Dependencia.
6. Mayor riesgo de alteraciones psicopatológicas y conductuales.
7. Preocupación por el futuro.

VARIABLES QUE AFECTAN A LA FAMILIA

1. Elevado coste económico.
2. Dinámica familiar alterada.
3. Responsabilidad de los cuidados y atención al menor.
4. Contactos con múltiples profesionales sanitarios.
5. Estrés y ansiedad por la gravedad y pronóstico.
6. Cambios en el estilo de vida y en sus relaciones sociales.
7. Mayor riesgo de alteraciones psicológicas.

Figura 1. Aspectos psicológicos y sociales de la enfermedad crónica en la infancia (Rodríguez-Sacristán, 2002)

riencia del sujeto. Rodríguez-Sacristán² entiende por enfermedad crónica aquella que presenta síntomas durante más de tres meses y/o requiere cuidados sanitarios durante más de un mes a lo largo de un año en el hospital, atención primaria o domicilio; o bien la patología que limita las actividades propias de la edad del niño durante este tiempo, considerando la obesidad y la diabetes infanto-juvenil como enfermedades que cumplen con estos requisitos. Del mismo modo, enumera y diferencia una serie de aspectos psicológicos y sociales de las enfermedades crónicas que afectan al niño y a su familia (Figura 1).

Aunque la mayoría de los niños y sus familias se adaptan con éxito a la enfermedad crónica, pueden identificarse síntomas psicológicos en el doble de pacientes con enfermedad crónica frente a la población general de la misma edad (20% frente a 10%)³. En este sentido, Zimmerman⁴ mantiene que tanto el propio niño enfermo como sus padres y parientes están más predispuestos que los niños sanos y sus familias a desarrollar desajustes y problemas de adaptación. Se han llevado a cabo estudios de amplias muestras con representación de enfermedades

crónicas variadas que han encontrado una incidencia significativamente mayor de problemas de ajuste entre niños crónicamente enfermos o físicamente discapacitados que entre los controles⁵⁻⁷. Sin embargo, según otros autores⁸, las comparaciones directas de niños con diferentes condiciones de enfermedad son escasas y concluyen que actualmente no se puede hacer una constatación clara acerca del diferente impacto de cada condición particular de enfermedad comparada con cualquier otra. La mayoría de los autores están de acuerdo en la existencia de características comunes a todas las enfermedades, así como en que ciertos rasgos específicos se dan sólo en algunos trastornos físicos en contextos específicos⁹⁻¹¹. De este modo, la visibilidad de la enfermedad, así como la presencia de instrumentos ortopédicos, son aspectos específicos que favorecen una peor adaptación, comparado con trastornos ocultos (diabetes), que no son tan llamativos y que no conllevan una confrontación directa o una exigencia por parte de la sociedad¹⁰. Precisamente por ello hemos diseñado una investigación en la que se analizan y comparan aspectos psicológicos y dietéticos de un grupo de menores con enfermedades crónicas (obesos y diabéticos) con otro grupo de niños sin patología orgánica o psicológica y de peso normal. Ambas enfermedades cuentan con características diferenciales pero también comunes, como son el potencial impacto psicológico que la enfermedad ejerce sobre el menor y la presión derivada de la necesidad de realizar tratamiento dietético.

OBJETIVOS

- 1.- Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre menores obesos, diabéticos y sanos de peso normal en los perfiles promedios de un conjunto de variables predictoras.
- 2.- Determinar cuál de las variables predictoras cuantifica mejor las diferencias en los perfiles promedios de los grupos.
- 3.- Estimar si, en función de las variables seleccionadas, los grupos quedan suficientemente discriminados.

MATERIAL Y MÉTODO

Participantes:

La muestra recogida consta de 90 sujetos, 50 niños y 40 niñas, de edades comprendidas entre 8 y 12 años, con una media de edad de 10 años (desviación típica 1,13). Las características diferenciales de éstos han determinado tres grupos muestrales que se comentan a continuación:

Grupo 1: constituido por 30 sujetos (47% niñas y 53% niños) diagnosticados de obesidad exógena y cuyo tratamiento consistía en la prescripción por parte del profesional correspondiente de la necesidad de limitar el uso de determinados alimentos ricos en azúcar y grasas.

Grupo 2: constituido por 30 sujetos (43% niñas y 57% niños) diagnosticados de diabetes mellitus insulino-dependiente y cuyo tratamiento consistía en mantener una dieta equilibrada, controlando el uso de azúcares y grasas, así como en la administración de las correspondientes dosis de insulina.

Grupo 3: constituido por 30 sujetos (57% niñas y 43% niños) sin ningún tipo de patología orgánica o psicológica conocida y con un peso normal.

Instrumentos:

Los instrumentos utilizados son los que se describen a continuación:

Inventario Sociobiográfico. Ha sido diseñado para su uso en este trabajo. El objetivo era recoger información relevante sobre aspectos sociodemográficos y evolutivos de la población objeto de estudio. Intenta recoger de forma sistemática los siguientes puntos fundamentales:

- Datos de identificación: nombre, edad, sexo, curso y colegio al que asiste el niño.
- Datos familiares: número de hermanos, lugar que ocupa entre los mismos, edad del padre y de la madre, profesión del padre y de la madre y personas con las que convive el niño.
- Antecedentes personales: embarazo, parto, peso y talla al nacer, desarrollo psicomotor y del lenguaje, alimentación, sueño y control de esfínteres.

Inventario de Hábitos Alimenticios/ Actividad Física. Está basado en el Cuestionario de Sobrepeso diseñado por Vera y Fernández¹² aunque se han realizado algunas modificaciones, con el fin de adaptarlo a los objetivos planteados en el presente trabajo. Ha sido cumplimentado por el niño y se intentan recoger aspectos relacionados con los hábitos alimenticios y de actividad física del menor.

Encuesta Nutricional de siete días. Adaptada por Sarria et al.¹³. Se ha utilizado para valorar a grandes rasgos los contenidos nutritivos de la dieta familiar.

Cuestionario de personalidad para niños (C.P.Q.) (Porter y Cattell¹⁴). Autoinforme destinado a evaluar la personalidad de los niños en edad escolar (3º a 7º de EGB).

Test autoevaluativo de adaptación infantil (TAMAI) (Hernández¹⁵). Autoinforme destinado a niños de 8 a 18 años. El objetivo es la autoevaluación de la inadaptación

personal, social, escolar, grado de insatisfacción con el ambiente familiar y valoración de las actitudes educadoras de los padres.

Batería de Socialización para padres y profesores (BAS) (Silva y Martorell¹⁶). Escalas cumplimentadas por padres o profesores, cuyo objetivo es evaluar la socialización de niños y adolescentes de 6 a 15 años en ambientes escolares y extraescolares.

Procedimiento:

La selección se llevó a cabo de la siguiente manera:

- Para el grupo 1, compuesto por 30 niños con obesidad exógena, se acudió a la consulta de Pediatría General de diferentes Centros de Salud donde se seleccionó a un grupo de niños que cumpliera los siguientes requisitos: peso en relación a la talla situado por encima del percentil 97, porcentaje de sobrepeso superior al 20%, y grosor del pliegue subcutáneo que excediera los 21 mms. Un criterio de exclusión añadido consistía en que el sujeto se encontrara sometido a tratamiento dietético para perder peso. Posteriormente, mediante llamadas telefónicas o por correo se contactó con las familias correspondientes para explicarles el contenido del trabajo y concertar las citas respectivas.
- Para el grupo 2, compuesto por 30 niños diabéticos, se siguió la misma pauta en el Servicio de Consultas Externas de Pediatría de dos Hospitales Generales, siendo en este caso el criterio de inclusión estar diagnosticado de la patología en cuestión.
- Para el grupo 3, compuesto por 30 niños sanos de peso normal, se contactó con varios Colegios ubicados en zonas de similares características socioeconómicas a los lugares de procedencia de los anteriores grupos y en cada uno se seleccionó al azar a un conjunto de niños que reuniera las condiciones señaladas anteriormente para pertenecer al mismo.

Diseño y Método Estadístico:

El diseño es de tipo observacional descriptivo de corte transversal. Para la consecución de los objetivos propuestos se utilizó un Análisis Discriminante. Se definió a la variable GRUPO como criterio, y como predictoras a un conjunto de variables que cumplían simultáneamente los siguientes requisitos:

- 1.- Bajo nivel de correlación entre ellas, evitando así la "colinealidad", fenómeno que contribuye a arrojar resultados inesperados que incrementan considerablemente los errores estándar.

106 *Tabla 1. Relación de variables independientes utilizadas en el análisis discriminante*

Variable	Descripción	Escala de medida
CPQIII	Patemia/Excitabilidad-Dureza. Variable del CPQ	0.....10
TP21	Cogniafección (Autoconcepto) Variable del TAMAI	0.....6
BLi-prof	Liderazgo (según los profesores) Variable de la Batería de Socialización	0.....51
Frufrd	Consumo de frutas al día Variable de la Encuesta Nutricional (Hábito familiar)	0.....3
Bebs	Consumo de bebidas azucaradas a la semana (refrescos y/o zumos). Variable de la Encuesta Nutricional (Hábito familiar)	0.....3
Hjueg	Tienes hambre mientras juegas? Variable del Inventario de Hábitos Alimenticios/Actividad física	0.....3

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de los grupos y contrastes de igualdad para el análisis discriminante de los tres grupos

Grupos	Medias de los grupos					
	BLi-prof	Frufrd	Hjueg	CPQIII	TP21	Bebs
Obesos	19.46	1.63	.46	4.27	1.8	1.63
Diabéticos	26.73	1.96	1.3	3.85	1.3	1
Peso normal	32.83	1.8	.83	6.05	.6	1.43
Desviaciones estándar						
Obesos	10.08	.49	.68	1.63	1.42	.49
Diabéticos	10.46	.18	0.65	1.73	1.14	.74
Peso normal	8.17	.4	.74	1.86	.72	.67
Contrastes de igualdad de las medias de los grupos						
Lambda de Wilks	.75	.88	.8	.76	.83	.85
Ratio F univariante	14.49	5.69	10.85	13.38	8.44	7.52
Nivel de significación	.00	.00	.00	.00	.00	.00

Tabla 3. Autovalores

Función	Autovalor	% Varianza	% Acumulado	Correlación Canónica
1	.97	61.6	61.6	.70
2	.6	38.4	100	.61

2.- Capacidad de proporcionar unas funciones discriminantes que maximizaran la varianza intergrupo frente a la varianza intragrupo.

Teniendo en cuenta tales requisitos, se procedió a la selección de las variables predictoras. Para ello y en primer lugar, se seleccionaron aquellas variables que, sobre una base univariante, presentaban diferencias estadística-

mente significativas entre las medias de los grupos, procedimiento que se llevó a cabo mediante el estadístico Lambda de Wilks. Posteriormente, se aplicó un análisis de correlación bivariada, con el fin de extraer un conjunto de variables que no guardaran niveles de correlación estadísticamente significativas y que, al mismo tiempo, pudieran ofrecer unos resultados altamente predictivos y clasificatorios.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se describen las variables finalmente seleccionadas para la realización del análisis discriminante. Se indica la escala de medida de cada una de ellas, así como las siglas que se van a utilizar a partir de ahora para referirnos a cada una de las variables.

Para derivar las funciones discriminantes, los resultados se validaron mediante los dos métodos de cálculo posibles: simultáneo y por etapas. Sin embargo, al ser reducido el número de variables independientes y ofrecer el método simultáneo unos resultados más discriminativos, finalmente se optó por éste.

Antes de proceder a la estimación de las funciones discriminantes y a la valoración del ajuste global del modelo, se hará un repaso de las medias y desviaciones típicas que cada variable presenta en cada grupo, con el fin de analizar si éstos son significativamente diferentes en lo respectivo a una sola variable.

La Tabla 2 refleja las medias y desviaciones típicas de los grupos, los valores Lambda de Wilks y los ratios F univariantes (ANOVAs simples) para

cada variable independiente.

La observación de los niveles de significación de las variables individuales revela que sobre una base univariante, todas presentan diferencias estadísticamente significativas.

Al tener tres grupos se obtienen dos funciones discriminantes (Tabla 3). La primera es la que ofrece un valor

Tabla 4. Lambda de Wilks

Contraste de las funciones	Lambda de Wilks	Chi cuadrado	Gl	Sig.
1 a la 2	.31	97.55	12	.00
2	.62	40.06	5	.00

propio mayor (.97) y por tanto una mayor variabilidad entre grupos (61.6%), en tanto que la segunda, interrelacionada con la primera, explica el 38.4% de la varianza restante.

El contraste de las funciones llevado a cabo con el estadístico Lambda de Wilks (Tabla 4), aporta un valor Chi-cuadrado de 97.55 con un nivel de significación $p = .00$, signo inequívoco de que las medias de ambas funciones en los tres grupos son claramente diferentes. La segunda función aporta un valor Chi-cuadrado 40.06 con un nivel de significación $p = .00$, lo que indica que ésta también contribuye significativamente a la diferenciación entre los grupos.

Para determinar la importancia relativa de cada variable independiente en la discriminación de los grupos, se han utilizado dos métodos:

- 1) Los coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes.
- 2) Las cargas discriminantes o correlaciones de estructura.

En la Tabla 5 se observa que es la variable BLi-prof la que aporta un mayor peso discriminante a la primera función (.6), seguida de TP21 (-.56) y así sucesivamente. En el caso de la segunda función, es la variable CPQIII la que presenta una mayor contribución (.55),

Tabla 5. Coeficientes estandarizados

	FUNCIÓN	
	1	2
CPQIII	.49	.55
TP21	-.56	-.2
Frufrd	.23	-.36
Bebs	-.14	.54
Hjueg	.49	-.52
BLi-prof	.6	.11

Tabla 6. Correlaciones de estructura

	FUNCIÓN	
	1	2
BLi-prof	.58*	.09
TP21	-.43*	-.151
CPQIII	.358	.54*
Hjueg	.29	-.51*
Bebs	-.19	.47*
Frufrd	.23	-.35*

*Mayor correlación absoluta entre cada variable y la función discriminante.

Tabla 7. Puntuaciones Centroides

	FUNCIÓN	
	1	2
Obesos	-1.28	.37
Diabéticos	.23	-1.06
Peso Normal	1.05	.69

seguida con muy poca diferencia de Bebs (.54) y Hjueg (-.52). Por su parte, las correlaciones de estructura o cargas discriminantes que, como se puede observar en la Tabla 6 están ordenadas por la magnitud de la misma, reflejan una mayor correlación lineal entre la primera función discriminante y las variables BLi-prof (.58*) y TP21 (-.43*), y entre la segunda y las variables CPQIII (.54*), Hjueg (-.51*), Bebs (.47*) y Frufrd, (-.35*).

Las medias de los grupos de las funciones discriminantes canónicas, también conocidas como centroides de grupo, se presentan en la Tabla 7. Para la primera función, la puntuación de los obesos es de -1.28, la de los diabéticos .23 y la de los niños sanos de peso normal 1.05. En la segunda función, los obesos presentan una puntuación centroide de .37, los diabéticos -1.06 y los niños sanos de peso normal .69.

Para comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones centroides, se ha llevado a cabo un Análisis de Varianza de un Factor. Tal y como se observa en la Tabla 8, la función 1 discrimina bastante bien entre los tres grupos, ya que las diferencias entre los centroides son estadísticamente significativas (obesos = -1.28; diabéticos = .23; peso normal = 1.05; $F = 42.38$, $p = .00$). Por su parte, la segunda función contribuye de manera estadísticamente significativa a discriminar entre el grupo de diabéticos y el resto, pero no es efectiva para hacerlo entre el grupo de obesos y sanos de peso normal, ya que las diferencias entre ambas medias no llegan a ser estadísticamente significativas (obesos = .37; diabéticos = -1.06; peso normal = .69. $F = 26.39$, $p = .00$).

Tabla 8. ANOVA de las puntuaciones centroides

	Obesos	Diabéticos	Peso normal	F	p
	Centroides	Centroides	Centroides		
Función 1	-1.28* obs-dbt	.23* dbt-obs	1.05* normal-obs	42.38	.00
Función 2	.37	-1.06* dbt-obs	.695	26.39	.00

Tabla 9. Resultados de la clasificación*

Grupo actual	Grupo de pertenencia pronosticado			Nº de casos
	1	2	3	
Obesos	24 (80%)	4 (13.3%)	2 (6.7%)	30
Diabéticos	3 (10%)	21 (70%)	6 (20%)	30
Peso Normal	2 (6.7%)	6 (20%)	22 (73.3%)	30

*Clasificados correctamente el 74.44% de los casos

108 Tras el ajuste global del modelo quedan correctamente clasificados un 80% de niños obesos, un 70% de diabéticos y un 73,3% de niños sanos de peso normal, siendo finalmente un 74,44% el porcentaje de casos correctamente clasificados (Tabla 9).

DISCUSIÓN

Tal y como se ha indicado en el apartado "*Diseño y Método Estadístico*", las variables han sido seleccionadas en función de una serie de requisitos. Ello no significa que sean las que mejor discriminan a los grupos de entre todas las manejadas en el estudio, sino que el conjunto seleccionado ofrece una buena capacidad discriminante. Esta óptima capacidad predictiva ayuda a perfilar una serie de características grupales atendiendo a las puntuaciones medias más y menos elevadas de cada grupo que pasamos a describir:

1. Los obesos son percibidos por sus profesores como los menos líderes y populares (BLi-prof), en sus hogares se consumen menos frutas al día (Frfrd) y más bebidas azucaradas a la semana (Bebs), son los que dicen tener menos hambre mientras juegan (Hjueg) y se presentan como los más calmados, tranquilos y apacibles (CPQIII), así como los más insatisfechos y críticos consigo mismos (TP21).
2. Los diabéticos destacan en aspectos relacionados con la alimentación. Son los que dicen tener más hambre mientras juegan (Hjueg) y en sus hogares se consume más fruta fresca diariamente (Frufrd) y menos bebidas azucaradas a la semana (Bebs).
3. Por su parte, el conjunto de niños sanos de peso normal muestra puntuaciones más elevadas en las variables BLi-prof y CPQIII. Presentan un carácter independiente, obstinado, entusiasta, calculador y perspicaz, siendo percibidos por sus profesores como los más populares y líderes del grupo al que pertenecen. Por su parte, son los que muestran menor nivel de insatisfacción personal (TP21).

Los coeficientes estandarizados y las correlaciones de estructura han sido los métodos utilizados para determinar la importancia relativa de cada variable. Mediante los primeros se advierte que es el factor BLi-prof el que presenta la mayor ponderación relativa, seguido de TP21. Por su parte, las correlaciones de estructura insisten en el mayor peso que aportan los factores BLi-prof y TP21 a la primera función discriminante. Son estos factores los que vienen a aportar el mayor nivel de discriminación entre los tres grupos estudiados, y si atendemos a las puntuaciones medias de estas dos variables reflejadas en la

Tabla 2, podremos comprobar que son los obesos los más insatisfechos y críticos consigo mismos, así como los que tienden a ocupar en menor medida posiciones de liderazgo según el criterio del profesor. En la Conferencia de Consenso sobre Obesidad desarrollada por los Institutos Nacionales de Salud en 1985 se ponían de manifiesto las devastadoras consecuencias psicológicas de la obesidad en nuestra sociedad: "*La obesidad supone una enorme carga psicológica... En términos de sufrimiento, la carga puede ser el mayor efecto adverso de la obesidad*". Pero estas consecuencias psicológicas negativas, a diferencia de sus efectos físicos, no son un resultado inevitable de la obesidad, sino que derivan de la discriminación social desarrollada hacia las personas obesas. Hacia los siete años de edad el niño aprende las normas de atracción cultural¹⁷, y según éstas escoge a sus amigos principalmente guiado por sus características físicas¹⁸. Existen datos que demuestran que la aversión al "gordito" es ya evidente entre los escolares más pequeños, teniendo tal estigma social un efecto negativo sobre su autoconcepto, así como sobre su estatus psicológico^{17,19-24}.

Los diabéticos ocupan un lugar intermedio en las variables referidas. Reflejan un mejor nivel de autoestima y popularidad que los niños obesos aunque peor que los niños sin enfermedad crónica, datos concordante con los de otros autores que han comparado a la población diabética infantil con grupos control sin enfermedad^{3, 25-28}.

Teniendo en cuenta las características de la diabetes: evolución, cuidados diarios y exigencias con respecto a la dieta, sería lógico pensar que fueran los niños diabéticos los que presentarían un mayor índice de insatisfacción. Sin embargo, los datos obtenidos no apoyan tal hipótesis y es que, tal y como apunta¹⁰, la visibilidad de la enfermedad, así como la presencia de instrumentos ortopédicos, son aspectos específicos que favorecen una peor adaptación, comparado con trastornos ocultos (diabetes), que no son tan llamativos y que no conllevan una confrontación directa o una exigencia por parte de la sociedad. Es por tanto el componente visible de la enfermedad el que probablemente determina que sean los niños obesos y no los diabéticos los que expresen mayores índices de insatisfacción personal. Esta característica les delata y convierte en motivo de risas y ofensas, y los estudios muestran que altos niveles de insultos percibidos están asociados a efectos negativos, concretamente a alteraciones de la imagen corporal²⁹⁻³³.

Respecto las variables dietéticas o hábitos alimenticios, aunque la capacidad discriminante de éstas es menor que en las psicológicas, resulta interesante la posi-

ción extrema que mantienen las puntuaciones medias de los diabéticos respecto al resto. Aunque obesidad y diabetes requieren el seguimiento de un control dietético, el nivel de concienciación de los diabéticos y sus familias respecto a la importancia de respetar dicho control resulta mucho mayor que en los obesos y sus familias, debido a que los efectos se acusan de manera más directa e inmediata en la diabetes que en la obesidad. Según indica Polaino-Lorente³⁴, las dietas de los diabéticos no sólo son restrictivas (por la total omisión de ciertos productos), sino que deben estar reguladas en el tiempo, la cantidad y la calidad, en función de cuáles sean sus requerimientos energéticos y la dosis de insulina que se inyectan. Por su parte, tal y como plantean el Endocrinology Center y el New England Diabetes, lo recomendable es que la totalidad de la familia se adapte y/o modifique sus hábitos alimentarios en apoyo a un comportamiento nutricional más saludable para éste³⁵, y así lo reflejan los datos de este estudio, en el que atendiendo a las puntuaciones medias se puede comprobar que es en el hogar de los diabéticos donde más fruta fresca se consume al día y menos bebidas azucaradas, justo lo contrario de lo ocurrido en las familias de los obesos, a pesar de que en el tratamiento de los mismos es fundamental la colaboración de la familia³⁶.

A modo de resumen y en función de los objetivos propuestos, podemos decir que existen diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos en los perfiles promedios del conjunto de variables seleccionadas; que las variables predictoras que mejor discriminan a los grupos son los factores TP21 y BLi-prof, el primero relacionado con la autoestima negativa e insatisfacción personal y el segundo con la percepción que tiene el profesor de la popularidad o capacidad de liderazgo del niño; y, finalmente, que con el conjunto de variables seleccionadas quedan correctamente clasificados el 74,4% de los casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rolland JS. Chronic illness and the life cycle: A conceptual framework. *Fam Process* 1987; 26: 203-221.
2. Rodríguez-Sacristán Cascajo A. Consideraciones en torno al tratamiento psicopediátrico de la obesidad infantil. En: JA Bermúdez y A de los Santos, editores. *Psicoendocrinología del niño y del adolescente*. Pharmacia; 2002. p. 349-359.
3. Martínez Ch Mj, Lastra MI y Luzuriaga TC. Características psicosociales de los niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo 1. *An Esp Pediatr*. 2001; 55: 406-412.
4. Zimmerman-Tansella Ch. Factores psicosociales en las enfermedades crónicas en la infancia. En: J Rodríguez-Sacristan, editor. *Psicopatología del niño y del adolescente*. T.II. Publicaciones de la Universidad de Manuales Universitarios; 1995. p. 1089-1103.
5. American Academy Pediatrics Committee on Children with Disabilities and Committee on Psychological Aspects of Child and Family Health. *Pediatrics* 1993; 92: 876-878.
6. Breslau N. Psychiatric disorder in children with physical disability. *J Am Acad Child Psychiatr*. 1985; 24:87-94.
7. Cadman D, Boyle M, Szatmarib P, Offord DR. Chronic illness, disability and mental and social wellbeing: Findings of the Ontario Child Health Study. *Pediatrics* 1987; 79: 805-813.
8. Howe GW, Feinstein C, Reiss D, Molock S, Berger K. Adolescent adjustment to chronic physical disorders-I. Comparing neurological and non neurological conditions. *J Child Psychology Psychiatr* 1993; 34: 1153-1171.
9. Beresford BA. Recourses and strategies: how parents cope with the care of a disabled child. *J Child Psychol Psychiatr* 1994; 35: 171-209.
10. Perrin EC, Ayoub CC, Willet JB. In the eyes of the beholder: Family and maternal influences on perceptions of adjustment of children with chronic illness. *Dev Behav Pediatr* 1993. 14: 94-105.
11. Stein RfK, Jessop DJ. A non categorical approach to chronic childhood illness. *Public Health Rep* 1982. 97:354-362.
12. Vera N. Fernández C. *Prevención y tratamiento de la obesidad*. Barcelona: Martínez Roca;1989.
13. Sarria A, Flea J, Moreno L, Garagorri JM, Calvo MJ, Bueno M. Las encuestas dietéticas como método de determinación del comportamiento alimenticio del niño obeso. *Nutr Clin Diet Hosp* 1985; V (2):11-20.
14. Porter RB, Cattell RB. *Cuestionario de Personalidad para Niños*. TEA Ediciones; 1986.
15. Hernández P. *Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil*. TEA Ediciones; 1987.
16. Silva Moreno F, Martorell Pallás MC. *Batería de Socialización (para profesores y padres)*. TEA Ediciones; 1989.
17. Feldman W, Feldman E, Goodman JT. Culture versus biology: Children's attitudes towards thinness and fitness. *Pediatrics* 1988; 81: 190-194
18. Staffieri JR. A study of social stereotype of body image in children. *J Pers Soc Psychol* 1967; 7:101-104.
19. Erickson SJ, Robinson TN, Haydel KF, Killen JD. Are overweight children unhappy?: body mass index, depressive symptoms, and overweight concerns in elementary school children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154 (9): 931-935.
20. Goldfield A, Chrisler J. Body stereotyping and stigmatization of obese persons by first graders. *Percept Mot Skills* 1995; 81(3 Pt 1): 909-910.
21. Hill AJ, Silver EK. Fat, friendly and unhealthy: 9 years old children's perception of body shape stereotypes. *Int J Obes Relativ Metabolic Disor* 1995; 19 (6): 423-430.
22. Kimm SY, Sweeney CG, Janosky JE, MacMillan JP. Self-concept mea-

- sure and childhood obesity: a descriptive analysis. *J Dev Behav Pediatr* 1991; 12 (1): 19-24.
23. Latner JD, Stunkard AJ. Getting worse: the stigmatization of obese children. *Obes Res* 2003; 11: 452-456.
 24. Strauss RS, Pollack HA. Social marginalization of overweight children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003; 157: 746-52.
 25. Close H, Davies A, Price DA, Goodyear M.I. Emotional difficulties in diabetes mellitus. *Arch Dis Child* 1986; 61: 337-340.
 26. Seigel WM, Golden NH, Gough JW, Lashley MS, Sacker MI. Depression, self-esteem and life events in adolescents with chronic diseases. *J Adolesc Health Care* 1990; 11: 501-504.
 27. Engström L. Mental health and psychological functioning in children and adolescents with inflammatory bowel disease: a comparison with children having other chronic illness and with healthy children. *J Child Psychology Psychiatr* 1992; 563-582.
 28. Hoare P, Mann H. Self-esteem and behavioural adjustment in children with epilepsy and children with diabetes. *J Psychosom Res* 1994; 8: 859-869.
 29. Cash TF, Green GK. Body weight and body image among college women: perception, cognition and affect. *J Pers Assess* 1986; 50: 290-301.
 30. Fabian LJ, Thompson JK. Body image and eating disturbance in young females. *Int J Eat Disor* 1989; 8: 63-74.
 31. Grilo CM, Wilfley DE, Brownell KD, Rodin J. Teasing, body image and self-esteem in obese women. *Addic Behav* 1994; 19: 443-450.
 32. Thompson JK. Body shape preferences: Effects of instructional protocol and level of eating disturbance. *Int J Eat Disor* 1991; 10: 193- 198.
 33. Thompson JK, Psaltis K. Multiple aspects and correlates of body figure ratings: A replication and extension of Fallon and Rozin. *Int Jour Eat Disor* 1988; 7:813-818.
 34. Polaino-Lorente A. Estrategias de intervención en psicología clínica de la diabetes infanto-juvenil. En: JM Alberca, C Prieto, editores. *Manual práctico de psicología clínica y de la salud*. Publicaciones del Centro Clínico los Naranjos. 1996. p.405-430.
 35. Brink SJ. Pediatric and adolescent nutrition issues: glycemic index; fiber, lipids, sodium, and other nutrient controversies in insulin-dependent diabetes mellitus. En: SJ Brink, editor. *Pediatric and Adolescent Diabetes Mellitus*. Chicago: Year Book Medical Publishers Inc. 1987. p. 273-303.
 36. Azcona SJC, Romero MA, Bastero MP, Santamaría M. Obesidad infantil, *Rev Esp Obes* 2005; 3 (1): 26-39.