

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES¹

EATING DISORDERS IN ADOLESCENTS

María Teresa Urrutia*

Enfermera-Matrona, Magíster en Nutrición, Profesora Adjunta Escuela de Enfermería Universidad Católica de Chile, PhD Student, University of Miami

Angélica Cazenave

Enfermera-Matrona. Magíster en Administración, Magíster en Humanización en Salud, Profesora Adjunta Escuela de Enfermería Universidad Católica de Chile

Héctor Badillo

Enfermero-Matrón. Licenciado en Enfermería, Universidad Católica de Chile

Osmán Fajardo

Enfermero-Matrón. Licenciado en Enfermería. Pontificia Universidad Católica de Chile

Artículo recibido el 10 de enero. Aceptado en versión corregida el 20 de mayo, 2008

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria [TCA] en adolescentes son un problema de salud mental. Existen factores socioculturales y rasgos de personalidad que favorecen que los conflictos se localicen en la imagen corporal, generando una enfermedad, al llevar la fisiología a un desequilibrio de riesgo vital. El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de factores de riesgo para TCA en un grupo de escolares chilenas. La muestra, de tipo no probabilística, intencionada, corresponde a un grupo de 327 adolescentes. Para la valoración de factores de riesgo, se aplicó el instrumento Eating Disorder Inventory-2 [Inventario de Desórdenes de Alimentación-2]. La edad promedio de los adolescentes es de $14,8 \pm 0,71$ años de edad. El 26,6% de las escolares presenta riesgo de desarrollar un TCA. En el grupo de riesgo, los rasgos de personalidad evaluados son significativamente mayores que el grupo sin riesgo. Se hace necesario, dada la gravedad del cuadro y su creciente incidencia, realizar pesquisa precoz e implementar estrategias preventivas eficientes. **Palabras clave:** Adolescente, anorexia, bulimia, factores de riesgo.

ABSTRACT

Eating disorders [ED] are a mental health problem in adolescents. Socio-cultural factors and personality characteristics can promote conflicts located in body image, generating a disease, and causing physiologic disequilibrium which results in vital risk. The objective of this study is to identify the prevalence of the risk factors for ED in a group of Chilean students. The intentional, non-probabilistic sample is 327 adolescents. For the evaluation of risk factors, the instrument Eating Disorder Inventory-2 was applied. The average age of the adolescents is $14.8 \pm 0,71$ years. Twenty-six point six percent (26.6%) of the students present risk of developing an ED. In the at-risk group, the evaluated personality characteristics are significantly greater than the group without risk. It becomes necessary, given the relevance of the disease and its increasing incidence, to promote early detection and implementation of efficient preventive strategies. **Key words:** Adolescent, anorexia, bulimia, risk factors.

¹ Trabajo presentado y premiado en el II Congreso Chileno de Adolescencia.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos alimentarios existen desde tiempos remotos (Bemporad, 1997), sin embargo en la actualidad no tienen la misma magnitud, incidiendo diferentes factores causales (Beato, Rodríguez, Belmonte & Martínez, 2004; Lindberg & Hjern, 2003) y presentando diversas formas de expresión. Hoy en día es uno de los problemas de salud mental del adolescente más relevante, por la dificultad en el diagnóstico precoz y sus consecuencias (Polivy & Herman, 2002; Rojo et al., 2003).

Se estima que entre el 15% y el 41% de adolescentes estarían expuestos a la posibilidad de evolucionar, bajo ciertas circunstancias favorecedoras, hacia una patología alimentaria (Beato et al., 2004; Behar, Fernández, Rumie & Varela, 1996; Sepúlveda, Carrobbles, Gandarillas, Poveda & Pastor, 2007; Wonderlich, Connolly & Stice, 2004).

La incorporación de conductas alimentarias influidas por el medio ha llevado a la población de jóvenes vulnerables a adquirir trastornos de la conducta alimentaria, como anorexia nerviosa y bulimia (Marín, 2002; Polivy & Herman, 2002; Steiner et al., 2003).

Entre las causas de la anorexia existen factores individuales (a nivel biológico y psicológico), factores familiares y sociales que confluyen para que en una etapa vulnerable del desarrollo, aparezca la enfermedad (Bulik, Sullivan, Wade & Kendler, 2000; Hoerr, Bokram, Lugo, Bivins & Keast, 2002; Kaya-no et al., 2008; Polivy & Herman, 2002; Rodríguez et al., 2001; Sepúlveda et al., 2007; Silva, 2007).

La gravedad del cuadro y la alta prevalencia actual muestran la importancia de la pesquisa precoz en la etapa más vulnerable, que es la adolescencia, a partir del conocimiento de los factores de riesgo que presenta este grupo etario (Behar, De La Barrera & Michelotti, 2003).

Los objetivos de esta investigación son conocer la prevalencia de factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria [TCA], en un grupo de mujeres escolares de enseñanza media e

identificar las características del grupo de riesgo.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio analítico de corte transversal. El universo está constituido por todas las adolescentes de 1º y 2º medio de dos colegios de Santiago, lo que corresponde a un total de 725 estudiantes. La muestra atañe a 327 adolescentes escolares seleccionadas a través de un muestreo no probabilístico intencionado, lo que corresponde al 45.1% del total del universo. Los criterios de inclusión son: deseo de participar por parte de la adolescente y aprobación por parte del apoderado correspondiente.

Las variables estudiadas son: edad, peso actual, talla actual, deseo de mantener o cambiar el peso actual, y la presencia de factores de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria. Para la valoración de factores de riesgo se aplicó el instrumento Eating Disorder Inventory-2 [EDI-2] (Garner, Olmstead & Polivy, 1983), desarrollado por Garner en el año 1991. Este cuestionario es un instrumento de autoadministración, que ofrece puntuaciones en 11 escalas clínicamente relevantes para los trastornos de la conducta alimentaria; las 11 escalas medidas son: deseo de adelgazar, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

El instrumento consta de 91 ítems con respuestas medidas en escala de Likert de 5 alternativas. Las tres primeras escalas discriminan el grupo de riesgo de desarrollar un TCA, y las otras 8 establecen rasgos reforzadores de estas conductas. El puntaje de riesgo está establecido de acuerdo a percentiles determinados por el autor del instrumento para cada una de las subescalas. Para la discriminación del grupo de riesgo, se siguieron las instrucciones del autor, el cual establece que al menos 2 de las 3 escalas discriminadoras deben estar alteradas. El cuestionario EDI2 ha sido utilizado previamente en población chilena (Behar, 1996; Behar, Botero, Corsi, Muñoz

& Rosales, 1996; Behar, Cordero & Leiva, 1998; Guimera & Torrubia, 1987; Tapia & Ornstein, 1999). Las propiedades psicométricas del instrumento en publicaciones previas señalan un Alfa de Cronbach entre 0.69 a 0.91 en las diferentes escalas (Anestis, Selby, Fink & Joiner, 2007; Sepúlveda et al., 2007; Silva, 2007; Thiel & Thomas, 2006). Previa aplicación del instrumento se solicitó consentimiento informado a los padres y a las adolescentes. Aquellos casos encontrados con factores sugerentes de algún trastorno de alimentación, fueron informados a los apoderados de las adolescentes. En relación al instrumento utilizado, se solicitó la autorización a Psychological Assessment Resources, cancelando el costo establecido para su utilización. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS 11.5 y se realizaron medidas de tendencia central, de dispersión y Chi cuadrado para diferencia de proporciones. Se consideró significativo un valor $p < 0.05$.

RESULTADOS

El promedio de edad de las adolescentes es de 14.8 ± 0.71 años. En relación al Índice de Masa Corporal [IMC], el promedio es de 22.7 ± 3.1 ; el 78.3% se encuentra dentro del rango normal de IMC, 2.7 % bajo peso, 17.4% sobrepeso y el 1.5% obesa. Al consultarles sobre el peso corporal que desearían tener, el 71.9% de las adolescentes refiere que le gustaría tener menor peso que el actual, el 18.6% señala estar conforme con su peso actual y el 9.5% desearía aumentar de peso.

Del total de adolescentes estudiadas el 26,6% ($n=87$) presenta riesgo de desarrollar un TCA, de acuerdo a los puntajes obtenidos en las tres escalas discriminadoras. En la Tabla 1 se presenta la distribución porcentual de las adolescentes del grupo de riesgo según escala discriminadora alterada; cabe señalar que el mayor porcentaje de las adolescentes en riesgo presentan

las escalas Bulimia e Insatisfacción corporal alteradas.

Tabla 1: Distribución porcentual del grupo de riesgo según el tipo de escala discriminadora alterada ($n=87$)

Subescalas Alteradas	Frecuencia	Porcentaje
Bulimia	24	27.6
Deseo de Adelgazar		
Insatisfacción corporal		
Bulimia	4	4.6
Deseo de Adelgazar		
Deseo de Adelgazar	9	10.3
Insatisfacción corporal		
Bulimia	50	57.5
Insatisfacción corporal		
TOTAL	87	100

Al establecer el grupo de riesgo que corresponde a 87 adolescentes, se conforma un segundo grupo de 240 adolescentes el que será denominado sin riesgo.

Al analizar las características del estado nutricional, se observa que existen diferencias significativas entre ambos grupos de estudio (Tabla 2). Al comparar ambos grupos en cuanto al peso corporal que les gustaría tener, el 89,7% del grupo de riesgo refiere deseo de disminuir su peso actual versus un 65.4% del grupo sin riesgo (Tabla 3).

En la Tabla 4 se presenta la distribución porcentual de adolescentes que tienen puntajes alterados en las diferentes subescalas. De las 8 escalas de rasgos reforzadores, 6 escalas presentan diferencias significativas entre el grupo de riesgo versus el grupo sin riesgo. Los rasgos reforzadores más acentuados en el grupo de riesgo fueron la "impulsividad", "inseguridad" y el "perfeccionismo". No resultaron con diferencias significativas entre los grupos las subescalas "desconfianza" y "miedo a crecer".

Tabla 2: Índice de masa corporal (IMC) en ambos grupos de estudios (n= 327)

IMC	Grupo de riesgo		Grupo sin riesgo	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso	0	0	9	3.7
Normal	61	70.1	195	81.2
Sobrepeso	24	27.6	33	13.8
Obesidad	2	2.3	3	1.3
TOTAL	87	100	240	100

Valor p=0.008

Tabla 3: Peso corporal deseado en ambos grupos de estudio (n=327)

Peso Corporal Deseado	Grupo de riesgo		Grupo sin riesgo	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Aumentaría el actual peso	2	2.3	29	12.1
Mantendría su peso actual	7	8	54	22.5
Disminuiría su peso actual	78	89.7	157	65.4
TOTAL	87	100	240	100

Tabla 4: Distribución porcentual de adolescentes con que presentan puntajes alterados en las 11 subescalas según grupos de estudio (n=327)

Subescala	Grupo de riesgo (%)	Grupo sin riesgo (%)	Valor p
Deseo de adelgazar	42.5	0.8	< 0.000
Bulimia	89.0	19.6	< 0.000
Insatisfacción Corporal	95.4	35.0	< 0.000
Conciencia Interoceptiva	72.4	39.6	< 0.001
Ineficacia	44.8	17.9	< 0.001
Ascetismo	36.8	10.4	< 0.001
Inseguridad	88.5	75	0.009
Perfeccionismo	78.2	59.6	0.002
Impulsividad	98.9	87.1	0.001
Desconfianza	25.3	26.7	0.802
Miedo a crecer	2.3	2.9	0.555

DISCUSIÓN

La prevalencia de la anorexia nerviosa se ha estimado entre 0,5 y 3,7% del grupo de adolescentes (Martínez et al., 2007; Muro-Sanz & Amador-Campos, 2007; Sepúlveda et al., 2007) y mujeres jóvenes en la población general. Estas cifras aumentan al doble

cuando se incluyen adolescentes «sanas» con conductas alimentarias anormales o con una preocupación anormal sobre el peso corporal.

Las bailarinas, las atletas y las gimnastas constituyen además, un grupo de alto riesgo para desarrollar la enfermedad (Behar &

Hernández, 2002). En las últimas décadas se ha visto un aumento importante en la incidencia de la anorexia nerviosa en la población adolescente (Sepúlveda et al., 2007; Tapia & Ornstein, 1999).

La prevalencia de grupo de riesgo de la investigación coincide con publicaciones que señalan una cifra cercana al 20% (Behar, 1996; Polivy & Herman, 2002; Tapia & Ornstein, 1999). Una de cada cuatro adolescentes mujeres se encuentra en riesgo de desarrollar algún TCA y los rasgos de personalidad propios de los TCA son significativamente mayores en el grupo de riesgo. Es por lo tanto un problema que merece ser pesquisado precozmente en la población de adolescentes, con el objetivo de implementar estrategias preventivas en aquellos grupos de riesgo (Bastidas & Font, 2000).

Tal como plantea la literatura, el solo deseo de bajar de peso es uno de los factores de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario, porcentaje que en este estudio alcanza el 71.9%. Tal como plantea Cordella (2002), entender cómo alguien decide cambiar sus hábitos alimentarios para restringir la ingesta o expulsar lo ingerido hasta quedar en riesgo vital, es posible si se analiza la participación del aparato mental, modulador e intermediario de nuestro "estar en el mundo" así como todas las dimensiones de la persona que afronta su realidad de esta manera, por lo que se hace indispensable trabajar junto a la adolescente en forma personalizada para ayudarla a comprender los motivos que la están llevando a adoptar estos cambios de conducta, desde que comienza con los deseos de cambiar su imagen hasta la baja de peso (Cazenave, 1999).

La tarea central del adolescente es la búsqueda de la identidad, que se relaciona con la consolidación de evidenciarse a sí mismo como una estructura con estabilidad a lo largo del tiempo (Cazenave, 1999). La identidad de la persona humana implica la percepción de la mismidad y la continuidad de la existencia de uno en el tiempo y el espacio. La crisis de identidad destaca a la adolescencia como período de crecimiento

decisivo. La identidad implica la aceptación selectiva, el rechazo y la asimilación parcial de las identificaciones anteriores, las que tienen que recibir un significado total, a partir de una nueva configuración en la cual la fuerza del ego predomina sobre la del superego (Erikson, 1902).

Al encontrarse en una etapa de cambio tan acelerado, el adolescente empieza a cuestionarse fuertemente su imagen y su identidad, el escolar tranquilo, seguro de sí mismo, y con una alta imagen de sí, está cambiando, se mira al espejo y se desconoce, por fuera se está convirtiendo en adulto y por dentro tampoco se ve con claridad a sí mismo en relación a lo que piensa, cree y siente, ya que la adquisición de nuevas habilidades a nivel intelectual lo hacen replantearse lo que hasta ahora pensaba y creía de sí mismo y de su entorno (Cazenave, 1999).

Por otra parte, es importante considerar que la identidad depende en gran medida de cómo la sociedad y los conocidos significativos para la persona lo identifican como alguien importante de considerar, y de la medida en que lo aceptan tal como es. Para el adolescente es muy importante la autoevaluación y la evaluación que los otros hacen de él. La formación de la identidad es la que al final le permite a la persona abrirse a los demás y entrar en relaciones significativas con otros (Cazenave, 1999).

La evolución hacia la independencia debe realizarse en todos los ámbitos de la persona, es decir, tanto en lo cognitivo, lo laboral, lo reproductivo y lo emocional. Un adolescente hará diversos intentos, probará de varias formas conciliar su necesidad de depender del sistema parental y su tarea: hacerse cargo de su libertad. Dependiendo de las características del desarrollo emocional - social - cognitivo se puede augurar un período adolescente complicado, normal o sobreadaptado. Tanto en el polo de la sobreadaptación a los deseos parentales como en el de evitación, el adolescente está en riesgo (Cordella, 2002).

Tal como plantea Cordella (2002), utilizar la figura corporal y el peso como avales de

estima de sí, es uno de los modos de organizar la identidad. La necesidad de percibir la autonomía y la imposibilidad de lograrlo a través de un vínculo armonioso con las figuras de apego significativo, puede ser suficiente estímulo para buscar sensaciones de amplitud y libertad emergidas de conductas de riesgo. Integrar la imagen corporal, el cuerpo, a la imagen de sí mismo es una de las tareas del adolescente. El cuerpo existe para ser regulado a través de la ingesta y el ejercicio. Muchas adolescentes se exponen a dietas como parte de una conducta grupal que busca construir identidad femenina (Behar, De La Barrera & Michelotti, 2002). Se encuentran con el ayuno y las sensaciones de "liviandad, libertad, felicidad" que este provee al inicio.

La población general femenina suele no estar satisfecha con su imagen corporal. Más del 90% (Behar, De La Barrera & Michelotti, 2001) quisiera bajar de peso o cambiarla. Las mujeres están más cerca de buscar a través de la imagen una solución al acontecer. Si la baja de peso logra su objetivo y el cambio de silueta es incluido como parte de los cambios propios de esta etapa de desarrollo puede no haber problema. Sin embargo, si la baja de peso significa ser reconocida con más valor o atención puede permanecer en la conducta de controlar la ingesta dejando que la imagen regule la autoestima.

La joven intentará hacerse autónoma, es decir, percibir, procesar, construir y equilibrar por sí misma el mundo y las personas que lo habitan sin interferencias de sus padres. Intentará vincularse de un modo diferente con su familia, habitar la fisiología de su cuerpo (Zabinski, Wilfley, Calfas, Winzelberg & Taylor, 2004). Solo así se podrá producir la conexión con "otro" y saldrá de la sensación de soledad propia de la adolescencia. Resolver el apego inicial que vuelve a reactivarse durante la adolescencia supone distinguir entre lo propio y lo próximo (Behar et al., 2001). Construir un criterio de realidad emocional que permita conjugar la primera y la segunda persona con claridad.

En esta etapa la relación padres e hijos se ve sometida a constantes desafíos, y los primeros deben confiar en que los valores inculcados al joven durante la niñez fueron sólidos, de tal modo, que este se comportará adecuadamente por sí solo y no por estar controlado en forma directa (Behar, 2004).

En la medida que el adolescente se va alejando de la familia se va acercando a su grupo de pares, el cual cada vez va tomando mayor importancia (Cazenave, 1999). Tomar una decisión de administración del sí mismo, contraria al modo parental, ha sido una conducta características de los adolescentes de todos los tiempos y que necesariamente no conduce a patología. La enfermedad está en sostener con tenacidad la decisión de administrar el discomfort psíquico a través del control de la imagen y el peso llevando la fisiología a un desequilibrio de riesgo vital. La familia permite transitar en la nueva línea que separará el sí mismo del adolescente, del sí mismo de cada uno de los padres. El vínculo, como relación nacida desde el apego y la historia en común, es el lugar donde se produce el desarrollo del aparato mental (Erikson, 1902). Si el vínculo falla, la angustia vital y el ánimo lo sustituirán y se pueden encontrar esta u otras soluciones de pseudoindividuaación como los TCA y las adicciones.

En este sentido, es más que significativo que en el estudio analizado, el grupo de riesgo presente valores de Bulimia, Insatisfacción corporal e Inseguridad personal, de un 89%, 95,4% y 88,5%, respectivamente, altamente superior a los valores que se presentan en el grupo sin riesgo. Sería interesante en futuras investigaciones, en que se aplique en adolescentes el instrumento EDI-2, complementarlo con técnicas que permitan develar la naturaleza y calidad de los vínculos familiares del adolescente, contribuyendo a detectar así el grado de vulnerabilidad y riesgo en que se encuentra la adolescente (Zabinski et al., 2004).

El ayuno, el control de la imagen, el reconocimiento social son vividos como salidas, muchas veces, de las desagradables sensaciones de vacío, confusión, angustia y depresión; cuando la adolescente se pesa,

también pesa su autoestima en una relación inversa: si consigo bajar de peso, valgo, si subo, soy nada, nadie (Cordella, 2002).

Es por esto que cada vez se hace más importante el ayudar a los jóvenes adolescentes a desarrollar sanamente su imagen de sí mismo y su autoestima, lo que puede ayudarlos a consolidar su identidad para un desarrollo pleno de acuerdo a su realidad intrínseca. También es importante trabajar con los padres para ayudarlos a comprender las dificultades que viven sus hijos y reforzarlos de modo que puedan ser un apoyo real y consistente para el desarrollo de ellos (Stice, 1998; Zabinski et al., 2004).

La investigación y discusión aquí presentada contribuyen a delinear los factores de vulnerabilidad y riesgo que permitan una detección precoz de TCA en adolescentes mujeres, esclareciendo focos y líneas de intervención para implementar estrategias preventivas más eficientes. Sin embargo, esta misma contribución abre vetas investigativas adicionales y necesarias para perfeccionar las estrategias de intervención (Zabinski et al., 2004). En efecto, sería ilustrativo desarrollar investigaciones incorporando categorías o variables de género y estrato socioeconómico en los TCA, dimensiones que, más allá de la prevalencia general, pudiera iluminar con mayor precisión el peso relativo de cada uno de los distintos factores influyentes en segmentos diferenciados de población adolescente y, en consecuencia, perfeccionar las estrategias de intervención (Behar et al., 2001).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anestis, M., Selby, E., Fink, E. & Joiner, T. (2007). The multifaceted role of distress tolerance in dysregulated eating behaviors [El rol multifactorial de la tolerancia y estrés en el comportamiento de los trastornos del comer]. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 718-726.
- Bastidas, T., & Font, E. (2000). Anorexia Nervosa: Abordaje multidisciplinar. *Revista Rol de Enfermería*, 23, 423-430.
- Beato, L., Rodríguez, T., Belmonte, A., & Martínez, C. (2004). Risk factors for eating disorders in adolescents. A Spanish community-based longitudinal study [Factores de riesgo de trastorno alimentario en adolescentes]. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13(5), 287-294.
- Behar, R. (1996). El perfeccionismo en los trastornos del hábito del comer. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 34, 257-262.
- Behar, R. (2004). Consumo de alcohol y trastornos de la conducta alimentaria: evidencia, similitudes e implicancias. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 42(3), 183-194.
- Behar, R., Botero, J., Corsi, P., Muñoz, P., & Rosales, R. (1996). Insatisfacción corporal en los trastornos del hábito del comer. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 12(2), 67-73.
- Behar, R., Cordero, A., & Leiva, X. (1998). Trastornos del hábito del comer y alcoholismo: Un estudio comparativo. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 36, 21-27.
- Behar, R., De La Barrera, M., & Michelotti, J. (2001). Identidad de género y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Chile*, 129, 1003-1011.
- Behar, R., De La Barrera, M., & Michelotti, J. (2002). Feminidad, masculinidad, androginidad y trastornos del hábito del comer. *Revista Médica de Chile*, 130, 964-975.
- Behar, R., De La Barrera, M., & Michelotti, J. (2003). Características clínicas e identidad genérica en subtipos de trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Chile*, 131, 748-758.
- Behar, R., Fernández, W., Rumie, K., & Varela, C. (1996). Trastornos del hábito de comer en un grupo de estudiantes universitarios: Análisis exploratorio. *Revista Chilena de Psiquiatría*, 13(1), 12-16.
- Behar, R., & Hernández, P. (2002). Deportes y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Chile*, 130(3), 287-294.
- Bemporad, J. R. (1997). Cultural and historical aspects of eating disorders [Aspectos históricos y culturales de los trastornos alimentarios]. *Theoretical Medicine*, 18(4), 401-420.
- Bulik, C., Sullivan, P., Wade, T., & Kendler, K. (2000). Twin studies of eating disorders: a review [Estudios idénticos de trastornos alimentarios: Una revisión]. *International Journal of Eating Disorders*, 27(1), 1-20.
- Cazenave, A. (1999). El adolescente, otra etapa en la evolución del hombre. En P. Fer-

- nández, E. Caballero & M. Lira (Eds.), *Problemas de salud infantil: intervención de enfermería*. Santiago: Universidad Católica de Chile.
- Cordella, P. (2002). Proposición de un modelo para comprender la configuración anoréctica. *Revista Chilena de Pediatría*, 73(6), 566-575.
- Erikson, H. (1902). *Identity: youth and crisis [Identidad: juventud y crisis]*. New York: Norton.
- Garner, D., Olmstead, M., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia [Desarrollo y validación de un inventario de trastornos alimentarios multidimensional para anorexia nerviosa y bulimia]. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Guimera, E., & Torrubia, R. (1987). Adaptación española del Eating Disorders Inventory [EDI] en una muestra de pacientes anoréxicas. *Revista de Psiquiatría Chilena*, 3, 185-190.
- Hoerr, S., Bokram, L., Lugo, B., Bivins, T., & Keast, D. (2002). Risk for disordered eating relates to both gender and ethnicity for college students [El riesgo de trastorno alimentario se relaciona tanto con el género como con la identidad étnica en estudiantes de colegio]. *Journal of the American College of Nutrition*, 21(4), 307-314.
- Kayano, M., Yoshiuchi, K., Al-Adawi, S., Viernes, N., Dorvlo, A., Kumano, H., et al. (2008). Eating attitudes and body dissatisfaction in adolescents: Cross-cultural study [Actitudes en el comer y descontento con el cuerpo en adolescentes: Estudio multicultural]. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 17-25.
- Lindberg, L., & Hjern, A. (2003). Risk factors for Anorexia Nervosa: a National Cohort Study [Factores de riesgo para Anorexia nerviosa: un estudio nacional de cohorte]. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 397-408.
- Marín, V. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Revista Chilena de Nutrición*, 29(2), 86-91.
- Martínez, E., Castro, J., Bigorra, A., Morer, A., Calvo, R., Vila, M., et al. (2007). Assessing Motivation to change in Bulimia Nervosa: The Bulimia Nervosa Stages of Change Questionnaire [Evaluación de la motivación para cambiar en Bulimia nerviosa: Las etapas de bulimia nerviosa en el cuestionario de cambio]. *European Eating Disorder Review*, 15, 13-23.
- Muro-Sanz, P., & Amador-Campos, J. (2007). Prevalence of eating disorder in a Spanish community adolescent sample [Prevalencia de trastornos alimentarios en una muestra de población adolescente]. *Eating and Weight Disorder*, 12(1), 1-6.
- Polivy, J., & Herman, P. (2002). Causes of eating disorders [Causas de los trastornos alimentarios]. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Rodríguez, A., Novalbos, J., Martínez, J., Ruiz, M., Fernández, J., & Jiménez, D. (2001). Eating disorders and altered eating behaviors in adolescents of normal weight in a Spanish city [Trastornos alimentarios y comportamientos alterados de comer en los adolescentes de peso normal en una ciudad española]. *Journal of Adolescent Health*, 28(4), 338-345.
- Rojo, L., Liviano, L., Conesa, L., García, A., Domínguez, A., Rodrigo, G., et al. (2003). Epidemiology and risk factors of eating disorders: A two stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years [Epidemiología y factores de riesgo de trastornos alimentarios: Dos etapas epidemiológicas en el estudio en una población española de 12 a 18 años]. *International Journal of Eating Disorders*, 34(3), 281-291.
- Sepúlveda, A., Carrobbles, J., Gandarillas, A., Poveda, J., & Pastor, V. (2007). Prevention program for disturbed eating and body dissatisfaction in a Spanish university population: A pilot study [Programa de prevención para el comer desequilibrado y el descontento con el cuerpo en una población de universidad española: Un estudio piloto]. *Body Image*, 4, 317-328.
- Silva, A. (2007). The relationship between personality traits and eating pathology in adolescent girl [La relación entre rasgos de personalidad y patología del comer en muchachas adolescentes]. *Archives of Women's Mental Health*, 10, 285-292.
- Steiner, H., Kwan, W., Shaffer, T., Walker, S., Miller, S., Sagar, A., et al. (2003). Risk and protective factors for juvenile eating disorder [Factores de riesgo y protectores de trastorno de alimentación juvenil]. *Euro-*

- pean *Child and Adolescent Psychiatry*, 12 (suplemento 1), 138-146.
- Stice, E. (1998). Modeling of eating pathology and social reinforcement of the thin-ideal predict onset of bulimic symptoms [El modelaje del trastorno alimentario y el refuerzo social del ideal delgado predice el inicio de síntomas bulímicos]. *Behaviour Research and Therapy*, 36(10), 931-944.
- Tapia, P., & Ornstein, C. (1999). Trastornos de Alimentación en estudiantes universitarios. *Revista de Psiquiatría Chilena*, 36(1), 7-10.
- Thiel, A., & Thomas, P. (2006). Test-retest reliability of the Eating Disorder Inventory 2 [Fiabilidad del Inventario de Trastornos Alimentarios 2]. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 567-569.
- Wonderlich, S., Connolly, K., & Stice, E. (2004). Impulsivity as a risk factor for eating disorder behavior: Assessment implications with adolescents [Impulsividad como factor de riesgo para comportamiento con trastorno alimentario: Implicancias de evaluación con adolescentes]. *International Journal of Eating Disorders* 36(2), 172-182.
- Zabinski, M., Wilfley, D., Calfas, K., Winzelberg, A., & Taylor, C. (2004). An Interactive Psychoeducational Intervention for Women at Risk of Developing an Eating Disorder [Una intervención psicoeducativa interactiva para mujeres en peligro de desarrollar un trastorno alimentario]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 914-919.