

Fundamentos en Humanidades
Universidad Nacional de San Luis – Argentina
Año XI – Número I (21/2010) 193/205 pp.

Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra de mujeres jóvenes

**Behaviors and attitudes toward food in a
sample of young females**

Maria Fernanda Galarsi

Universidad Nacional de San Luis
fgalarsi@unsl.edu.ar

Maria Susana Correche

Universidad Nacional de San Luis

Carina Ledezma

Universidad Nacional de San Luis

(Recibido: 19/08/09 – Aceptado: 13/07/10)

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han tenido un notable aumento en la población, siendo considerados como uno de los principales problemas psiquiátricos en mujeres jóvenes; además, están asociados a un alto riesgo de mortalidad, una baja tasa de recuperación, una alta co-morbilidad y un alto riesgo de recaídas (Chinchilla, 2003). El objetivo del presente estudio fue evaluar los factores actitudinales y conductuales asociados a los trastornos alimentarios en mujeres jóvenes alumnas de la Facultad de Química, Bioquímica y Farmacia y de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de San Luis. Se administró el cuestionario EDI-2 (Inventario de trastornos de la conducta alimentaria, Garner, 1998) a 94 estudiantes universitarias.

De los resultados arrojados de las subescalas del cuestionario EDI-2, se pudo observar que en las subescalas de Insatisfacción Corporal, Ineficacia,

Miedo a la Madurez, Desconfianza Interpersonal, Conciencia Introspectiva e Inseguridad Social marcan un riesgo moderado de padecer trastornos alimenticios y un bajo riesgo en Obsesión por la Delgadez, Perfeccionismo, Bulimia, Ascetismo e Impulsividad, en la muestra total.

No existen las diferencias de medias en los factores actitudinales y conductuales relacionados con TCA para ambas facultades.

Abstract

Eating disorders (ED) have had a remarkable increase in the population, being considered as one of the main psychiatric problems among young females. Also, eating disorders are associated with a high mortality risk, a low recovery rate, a high co-morbidity and a high risk of relapse (Chinchilla, 2003). This study is aimed at assessing attitudinal and behavioral factors associated with ED in young female students of the Faculty of Chemistry, Biochemistry and Pharmacy, and of the Faculty of Human Sciences of Universidad Nacional de San Luis. The Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) questionnaire was administered to 94 university female students.

The results obtained from EDI-2 subscales Body Dissatisfaction, Ineffectiveness, Maturity Fear, Interpersonal Distrust, Introspective Awareness and Social Insecurity show a moderate risk of suffering ED, and a low risk of Drive for Thinness, Perfectionism, Bulimia, Asceticism and Impulsiveness in the whole sample.

No differences in the mean of both faculties in relation to ED attitudinal and behavioral factors were found.

Palabras clave

trastornos de la conducta alimentaria - conductas - actitudes - riesgo

Key words

eating disorders - behavior - attitude - risk

Introducción

Desde fines del siglo XX, en una sociedad que sobredimensiona la estética corporal, el binomio “anorexia nerviosa-bulimia” ha adquirido una expansión alarmante, considerándose una verdadera “epidemia social” (Chinchilla, 2003). Los TCA han tenido un notable aumento en la población general y son considerados como uno de los principales problemas psiquiátricos preferentemente en mujeres jóvenes; estando asociados con un alto riesgo de mortalidad, una tasa baja de recuperación, una co-

morbilidad alta y un alto riesgo de recaídas (Chinchilla, 2003). Las diversas actitudes y conductas que presentan las personas que padecen este tipo de trastornos hacen difícil un diagnóstico oportuno (Pérez, Licea y Alvarez, 2004). En definitiva, se trata de trastornos basados exclusivamente en la obsesión moderna por alcanzar la perfección de la imagen corporal (Chinchilla, 2003). Hay que considerar que el actual modelo de cuerpo ideal es inaccesible para la gran mayoría de las mujeres e incompatible con una buena salud. Una dieta aparentemente “inocente” puede hacer ingresar a la persona con cierta predisposición, en la peligrosa pendiente de la anorexia nerviosa. Cuanto más tiempo transcurre, más difícil es detenerse y mayor es la probabilidad de que queden secuelas irreversibles (Perez, Licea y Alvarez, 2004).

Según el Instituto Nacional de la Salud Mental, las mujeres adolescentes y jóvenes representan el 90 por ciento de estos casos. Sin embargo, los trastornos de la alimentación no son sólo un problema para las mujeres adolescentes tan a menudo descritas en los medios de comunicación, mujeres, hombres mayores, y los niños también pueden desarrollar estos trastornos. Un creciente número de la población está siendo afectado por estas enfermedades devastadoras. Las personas a veces tienen trastornos de la alimentación sin que sus familias o amigos sospechen que tienen un problema. Conscientes de que su conducta no es normal, las personas con trastornos de la alimentación pueden retraerse del contacto social, ocultar su conducta y negar que sus patrones de alimentación sean problemáticos (Asociación Americana de Psicología, 2007).

Dentro de este contexto, la idea del cuerpo perfecto ha alcanzado su máximo nivel de influencia, gracias a los medios de comunicación (Internet, televisión, revistas) y los criterios estéticos de la sociedad, podríamos decir, que una nueva moda de figura esbelta ha llegado a nuestra sociedad. Esta nueva tendencia está generando ciertos trastornos en el comportamiento de la alimentación que dañan la salud. El culto a la imagen se ha convertido en un factor que repercute de manera más severa en la adolescencia, ya que, ésta es la edad de cambios y crisis emocionales; la búsqueda por el cuerpo perfecto ha ocasionado cierto tipo de desajuste a nivel de la alimentación en los jóvenes. El adolescente experimenta esta idea de una manera muy especial; hay que tener en cuenta que esta etapa no solo es importante sino decisiva por sus implicaciones psicológicas. Por lo general el adolescente se encuentra confundido ya que deja atrás su mundo infantil y se dirige al mundo adulto; entre un mundo perdido y otro desconocido decide permanecer en su propio mundo acompañado por sus pensamientos, que son mayormente idealistas, perfeccionistas. Esta

manera de pensar es la que recibe toda la información del mundo que los rodea, y por supuesto, que la idea de un cuerpo perfecto adquiere gran importancia ya que todo ideal, todo sueño y, obviamente, toda perfección influye poderosamente en el adolescente que cree y está convencido que todo lo puede (Palpan, Jiménez, Garay y Jiménez, 2007).

La sociedad con toda la intención posible busca imponer esta idea del cuerpo perfecto, y los adolescentes son los más vulnerables ya que nada les produce más temor que no ser aceptados por un determinado grupo social.

Se estima que entre un 10 y un 24% de varones adolescentes en los Estados Unidos han reportado ataques de “hambre voraz” y entre el 1 y 2% admite la práctica del vómito, el uso de laxantes o diuréticos.

En 1980 un estudio universitario reveló que el 79% de mujeres y el 49% de hombres habían estado comprometidos en incontrolables excesos con la comida. En otro estudio, el 13% de la población general universitaria reportó experimentar el mayor síntoma de bulimia nerviosa (87% mujeres y el 13% hombres).

En conclusión no basta con crear programas de intervención o prevención de los Trastornos de Conducta Alimentaria, sino tener en cuenta qué grado de influencia tienen los diversos factores psicosociales en los adolescentes (Palpan, Jiménez, Garay y Jiménez, 2007).

Marco teórico

Trastornos alimenticios

Los trastornos alimenticios son alteraciones o anomalías en la conducta de ingesta, teniendo su fundamento en el entorno social en que cada individuo se desenvuelve, además pueden incluir otros factores como trastornos emocionales, de personalidad e incluso una posible sensibilidad biológica o genética (Gavino, 1995).

Las personas que sufren este tipo de trastornos suelen compartir ciertos rasgos: tienen miedo de perder el control y de engordar, tienen una autoestima baja como carentes por completo de un sentido de sí (mucho más allá de una autoestima baja).

Tanto las personas con anorexia como con bulimia tienden a tener dificultad al identificar y comunicar sus emociones. Algunos estudios definen a una tercera parte de los anoréxicos como “personalidades evasivas”. Las personas con anorexia tienden a ser perfeccionistas y estar inhibidas emocionalmente y sexualmente. Son sumamente sensibles al fracaso y a toda crítica (no importa qué tan leve sea), reforzando su propia creencia

de que “no son buenos”. Alcanzar la perfección significa volverse libre de problemas y no necesitar nada, incluyendo la comida. Como parte del equipaje de la perfección está una imagen ideal de delgadez que nunca podrá ser atendida, porque la persona con anorexia nunca se verá perfecta (Asociación Americana de Psicología, 2007).

Según los estudios de Rivero y Vivas (2001) plantean el control personal de la conducta alimentaria en tres aspectos: control objetivo, control subjetivo y creencias de control. Las mujeres con trastornos alimentarios presentan dificultad en la emisión de conductas de autocontrol, tienen menor sentimiento de eficacia personal para autorregular la conducta y mayor creencia en el control de actos y consecuencias de otras personas.

En los trastornos de alimentación el pensamiento se va distorsionando, donde el peso y la alimentación se experimentan en términos de todo o nada; si infringen una de sus reglas de ingesta simplemente sobreviene el caos, sienten que han perdido el control y por consiguiente sienten fracasar en su propósito lo cual origina sentimientos de culpa y de reivindicación. Esta peculiar manera de pensar llega incluso a incidir en otros aspectos de la cotidianidad adolescente como en los estudios y las relaciones interpersonales (Garner, Olmsted, Polivy y Garfinkel, 1984).

Algunas investigaciones están concentrándose en la interacción entre el sistema neurológico y el aparato endocrino u hormonal de personas con trastornos del comer. El área del cerebro conocido como el hipotálamo, el cual reglamenta la glándula pituitaria, a veces conocida como la glándula maestra debido a su importancia en coordinar los sistemas nerviosos y hormonales, está siendo el centro de gran número de estudios médicos. Algunos estudios informaron que las personas con daño en el hipotálamo tendían a tener síntomas de anorexia. Anormalidades del hipotálamo parecen causar una mayor producción de las hormonas esteroideas relacionadas con el estrés, que a la vez bloquean el neuropéptido químico y un estimulante potente en la respuesta a la alimentación, cuyo nivel es bajo en las personas con anorexia.

El sistema hipotálamo-hipofisiario también es responsable de la producción de hormonas reproductivas importantes que son fuertemente agotadas por la anorexia, dando incluso lugar a la cesación menstrual. Esto parece evidenciar que el problema hipotálamo-pituitario precede el trastorno mismo (Kandel, 1996).

Los criterios utilizados para el diagnóstico de los trastornos de la alimentación son mostrados en el cuadro 1.

CUADRO 1: Criterios diagnósticos del DSM IV (APA, 1994) para el diagnóstico de los trastornos de la alimentación

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ANOREXIA NERVIOSA

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos).

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA BULIMIA NERVIOSA

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: 1. ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias 2. sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo: Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxante, diurética o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Objetivo

El objetivo del presente estudio fue evaluar los factores actitudinales y conductuales asociados a los trastornos alimentarios en mujeres jóvenes alumnas de la Facultad de Química, Bioquímica y Farmacia y de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de San Luis.

Método

Muestra:

La muestra estuvo conformada por 94 estudiantes universitarias con un rango de edad entre 18 y 22 años, que estaban cursando el primer año en la Facultad de Química, Bioquímica y Farmacia (n:53) y en la Facultad de Ciencias Humanas. La participación fue voluntaria y con consentimiento informado.

Instrumento Aplicado:

EDI-2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Garner, 1998). Consta de 91 reactivos que evalúan 11 escalas que son clínicamente relevantes en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria (Obsesión por la delgadez, Bulimia, Insatisfacción Corporal, Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza Interpersonal, Conciencia Introspectiva, Miedo a la Madurez, Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad Social).

Obsesión por la delgadez: Es la manifestación clínica de querer estar más delgado con un fuerte temor a la gordura. Los elementos de esta escala se refieren a la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar.

Bulimia: Evalúa la tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones de comidas incontrolables.

Insatisfacción corporal: Evalúa la insatisfacción del sujeto con las formas generales de su cuerpo o con las de aquellas partes del mismo que más le preocupan.

Ineficacia: Valora el sentimiento de incapacidad general, inseguridad, auto-desprecio y falta de control sobre la propia vida.

Perfeccionismo: Evalúa el grado en que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores.

Desconfianza Interpersonal: Evalúa el sentimiento general de alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos.

Conciencia Introspectiva: Evalúa el grado de información para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales y se relaciona

también con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad.

Miedo a la madurez: Estima el deseo de volver a la seguridad de la infancia. El sujeto piensa que esta regresión le puede proporcionar alivio frente a la confusión de la adolescencia y los conflictos familiares.

Ascetismo: Esta escala mide la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación, y el control de las necesidades corporales.

Impulsividad: La escala de impulsividad evalúa la dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de droga, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción, y la destrucción de las relaciones interpersonales.

Inseguridad Social: Evalúa la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y generalmente de escasa calidad.

Cada escala presenta una puntuación continua y cuanto mayor es la puntuación obtenida mayor será la manifestación del rasgo evaluado. Los datos son representados a través de una hoja de perfil con una puntuación de 0 a 30, separados en tres cuartiles de (0 a 10) "casos con bajo riesgo", (10 a 20) "casos de riesgo moderado" y de (20 a 30) "casos de riesgo elevado".

Análisis estadístico

Se realizó la estadística descriptiva y análisis de diferencia de medias por el Test de Mann-Whitney.

Resultados

De los resultados arrojados de las subescalas del cuestionario EDI-2, se puede resaltar que los valores encontrados en las subescalas, Insatisfacción corporal, Ineficacia, Miedo a la madurez, Desconfianza Interpersonal, Conciencia Introspectiva e Inseguridad Social, marcan una tendencia de riesgo moderado de padecer trastornos alimentarios.

En el análisis de ranking de medias se puede resaltar que no existen diferencias entre los factores actitudinales y conductuales relacionados con los TCA, para ambas facultades.

Discusión

Actualmente los adolescentes manifiestan su afinidad hacia determinada estética corporal impuesta por la sociedad contemporánea, esto hace

Tabla 1: Estadísticos descriptivos de la escala del EDI-2, en la muestra total (N = 93).

Escala del EDI 2	N	Media	DE
Obsesión por la delgadez	93	8,85	5,35
Insatisfacción corporal	93	10,84	3,43
Ineficacia	93	10,20	3,34
Perfeccionismo	93	6,45	3,23
Miedo a madurez	93	10,08	3,43
Bulimia	93	4,44	3,48
Desconfianza Interpersonal	93	10,47	3,00
Conciencia Introspectiva	93	10,79	4,46
Ascetismo	93	6,46	3,47
Impulsividad	93	8,34	5,02
Inseguridad Social	93	12,17	3,56

que los más jóvenes presenten una preocupación excesiva por su cuerpo y lleven a cabo conductas de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (Fernández, Otero, Rodríguez Castro y Fernández Pietro, 2002).

La opinión más generalizada en lo referente a la etiología de los trastornos alimentarios es que tienen un origen multicausal, dentro de lo cual la preocupación por la figura y el seguimiento riguroso de dietas para adelgazar son consideradas conductas de riesgo (Toro, 1999).

En el marco de los trastornos alimentarios se define la imagen corporal como la representación mental de diferentes aspectos de la apariencia física formada por tres componentes: el perceptivo, el cognitivo- afectivo y el conductual; la alteración de dicha imagen supone un desequilibrio o perturbación en estos componentes, y tiene una participación causal en los trastornos alimentarios, aspecto más preocupante todavía si tenemos en cuenta que durante la adolescencia se produce un incremento de la insatisfacción corporal (Thompson, 1990).

fundamentos en humanidades

Tabla 2: Test Mann-Whitney de alumnas de la Facultad de Química, Bioquímica y Farmacia (N= 53) y de la Facultad de Ciencias Humanas (N= 40)

Escala del EDI 2	Facultad	N	Ranking de Media	Significancia
Obsesión por la delgadez	QBF	53	49,50	0,303 ns+
	Humanas	40	43,69	
Insatisfacción corporal	QBF	53	45,71	0,593ns
	Humanas	40	48,71	
Ineficacia	QBF	53	44,09	0,229ns
	Humanas	40	50,85	
Perfeccionismo	QBF	53	45,99	0,676ns
	Humanas	40	48,34	
Miedo a la madurez	QBF	53	48,45	0,548
	Humanas	40	45,08	
Bulimia	QBF	53	45,03	0,315
	Humanas	40	50,70	
Desconfianza Interpersonal	QBF	53	47,35	0,951ns
	Humanas	40	47,70	
Conciencia Introspectiva	QBF	53	45,45	0,407
	Humanas	40	50,15	
Ascetismo	QBF	53	49,78	0,354
	Humanas	40	44,55	
Impulsividad	QBF	53	49,45	0,429
	Humanas	40	44,98	
Inseguridad Social	QBF	53	48,08	0,815
	Humanas	40	46,76	

Del análisis del cuestionario EDI-2, se puede inferir que los valores encontrados en las subescalas Insatisfacción Corporal, Ineficacia, Desconfianza Interpersonal, Conciencia Introspectiva, Miedo a la Madurez e Inseguridad Social, marcan una tendencia de riesgo moderado de padecer trastornos alimentarios en mujeres como las estudiadas; estos datos se asemejan a lo expuesto en las investigaciones realizadas por Fernández, Otero, Rodríguez Castro y Fernández Pietro (2002). En cambio, los puntajes en las subescalas Obsesión por la delgadez, Bulimia, Perfeccionismo, Ascetismo, Impulsividad, marcan un bajo riesgo de padecer TAC.

Por otro lado, del análisis de las diferencias de medias entre los valores de las estudiantes de ambas facultades se puede deducir que no existen diferencias en los factores actitudinales y conductuales relacionados con

TCA entre alumnas universitarias jóvenes de ciencias químicas y de ciencias humanas. En función de estos resultados podemos inferir que existiría en las estudiantes universitarias jóvenes de San Luis una tendencia moderada a desencadenar trastornos de la conducta alimentaria que podrían interferir con una severidad variable en su desempeño habitual. De esto surge la importancia de avanzar en el conocimiento de dichos trastornos y de lograr estrategias de *screening* más eficaces y de prevención. La consecuencia lógica de la preocupación por el peso es el establecimiento de métodos de control dentro de los que destaca el seguimiento de dietas. Cooper y Goodyer (1997) evaluaron la preocupación por el peso y la imagen corporal en chicas de diferentes edades y concluyeron que a pesar de que las preocupaciones con la forma y el aspecto corporal se dan desde el inicio de la adolescencia, los comportamientos alimentarios desajustados se producen más tarde. Es precisamente la insatisfacción con el propio cuerpo y el peso lo que propicia la aparición de conductas de control de peso como son el seguimiento de dietas alimentarias. Baptista, Sampaio, Carmo, Reis y Galvao-Tales (1996) refieren una frecuencia elevada de preocupaciones con la forma y el peso corporal, y el seguimiento de dietas es ampliamente prevalente entre los estadounidenses. En la última década se ha producido un incremento en el número de chicas que realizan dieta, este dato es preocupante si se tiene en cuenta que la dieta es un importante factor de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria (Edlund, Hallquist y Sjöden, 1994; Patton, Johnson-Sabine, Wood Mann y Wakeling, 1990).

San Luis, 19 de Agosto de 2009

Referencias bibliográficas

Asociación Americana de Psicología (2007). *Centro de Apoyo de la APA. Trastorno de la Alimentación: el rol de la Psicoterapia en el tratamiento eficaz*. Disponible en <http://www.apa.org>

American Psychiatric Association (1994). DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Edition(s) at Erowid.

Baptista, F., Sampaio, D., Carmo, I., Reis, D. y Galvao-Teles, A. (1996). The prevalence disturbances of eating behaviour in a portuguese female university population. *European. Eating Disorders Review*, 4, 26.

Chinchilla, A. (2003). ¿Es real la actual epidemia de trastornos de la conducta alimentaria? En A. Chinchilla (Ed). *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones* (pp. 143-147). Barcelona: Masson.

Cooper, P. J. y Goodyer, I. (1997). Prevalence and significance of weight and shape concerns in girls aged 11-16 years. *British Journal of Psychiatry*, 171, 542-544.

Edlund, B., Hallquist, G. y Sjöden, P. O. (1994). Attitudes to food, eating and dieting in 11 and 14- year- old Swedeish children. *Acta Paediatrica*, 83, 572-577

Fernández, M. L.; Otero, M. C.; Rodríguez Castro, Y. y Fernández Pietro, M. (2002). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 3(1), pp.23-33.

Garner, D. (1998). *EDI-2 Inventario de trastorno de la conducta alimentaria*. Manual. Madrid: TEA.

Garner, D. M., Olmsted, M. P., Polivy, J. y Garfinkel, P. E. (1984). Comparison between weight-preoccupied women and anorexia nervosa. *Psychosom. Med* 46, pp. 255-66.

Garner, D. (1998). *EDI 2. Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: TEA Ediciones.

Gavino, G. (1995). *Problemas de alimentación en el niño*. Madrid: Pirámide.

Kandel, E. R. (1996). *Neurociencia y conducta*. Ed. Prentice Hall.

Palpan, J., Jiménez, C., Garay, J. y Jiménez, V. (2007). Factores psicosociales asociados a los Trastornos de Alimentación en adolescentes de Lima metropolitana. *Psychology International*, 18(4).

Patton, G. C.; Johnson-Sabine, E.; Wood Mann, A. H. y Wakeling, A. (1990). Abnormal eating attitudes in London school girls-a prospective

epidemiological study outcome: twelve month follow-up. *Psychological Medicine*. 20, 383-394.

Perez, M. C., Licea, V. y Alvarez, I. (2004). *Instrumento de evaluación para los trastornos de la conducta alimentaria*. Dpto de salud pública. Facultad de medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. Volumen 5.

Riberos. L. y Vivas, Z. (2001). Trastornos de la Alimentación y control personal de la Conducta. *Revista de salud pública*. Cuernavaca México. 43 (1), pp. 9-16.

Thompson, J. (1990). *Body imagentis turbance: Assessment and treatment*. New cork: Pergamon press.

Toro y Villardel, E. (1987). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.

Toro, J (1999). *El cuerpo como delito*. Ariel: Barcelona