

Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana

María Loreto Correa V.¹, Tamara Zubarew G.¹,
Patricia Silva M.², María Inés Romero S.³

Resumen

Introducción: Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) en adolescentes son un serio problema de salud pública que ha ido en aumento con sustancial morbilidad y mortalidad. Es importante una detección precoz, ya que el inicio de tratamiento temprano mejora la respuesta y el pronóstico. **Objetivo:** Cuantificar la prevalencia de riesgo de TCA en adolescentes mujeres de la Región Metropolitana (RM) y evidenciar si existen diferencias de prevalencia por grupos de edad y nivel socioeconómico (NSE), identificando el impacto de los rasgos psicológicos reforzadores en ellas. **Pacientes y Método:** Se aplicó el instrumento EDI-2 a un total de 1 610 escolares, entre 11 y 19 años. La muestra fue no probabilística, y se extrajo de 9 establecimientos educacionales de la RM, pertenecientes a comunas de distintos NSE elegidos por conveniencia. El punto de corte para considerar riesgo de TCA utilizado fue mayor o igual a 110. **Resultados:** Se analizaron 1 050 encuestas. El 8,3% de la población adolescente escolar presentó riesgo para TCA. Hubo una mayor prevalencia de riesgo de TCA en aquellos colegios pertenecientes a comunas de menores ingresos: bajo (11,3%), medio (8,3%) y alto (5,1%). Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0,02$). Hubo una tendencia de mayor proporción de adolescentes con riesgo de TCA en el grupo 12 años o menos (10,3%), entre los 13 y 15 años (8,6%), y 7,4% para las de más de 16 años. ($p < 0,575$) las tres primeras escalas, (DT) Obsesión por la Delgadez (14,6 vs 6,3), (B) Bulimia (6,1 vs 1,8) y (BD) Insatisfacción Imagen Corporal (17,2 vs 7,7) discriminan el grupo de riesgo de desarrollar TCA. En las 8 escalas restantes se evidencian los rasgos reforzadores del TCA. **Conclusiones:** 1) El riesgo de prevalencia de TCA en población adolescente femenina escolar entre 11 y 19 años en la RM fue del 8,3%; 2) Hubo una mayor prevalencia de riesgo de TCA en colegios de NSE bajo (11,3%), ($p < 0,02$); 3) Existe una tendencia preocupante de que el grupo etario de mayor riesgo sea el de menor edad, a pesar de no ser estadísticamente significativo; 4) Las tres primeras escalas del EDI-2, DT, B y BD discriminan el grupo de riesgo de desarrollar trastornos de conducta alimentaria; 5) Creemos que la utilización de este test de screening es de gran utilidad en la detección de grupos de riesgo y deben ser aplicados por profesionales experimentados y a poblaciones específicas en estudio.

(Palabras clave: Screening, trastornos conducta alimentaria, adolescentes, anorexia, bulimia, factores de riesgo).

Rev Chil Pediatr 77 (2); 153-160, 2006

1. Pediatra. Departamento de Pediatría, Pontificia Universidad Católica de Chile.

2. Psicóloga. Pontificia Universidad Católica de Chile.

3. Pediatra. Departamento de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile

Trabajo recibido el 30 de diciembre de 2005, devuelto para corregir el 16 de marzo de 2006, segunda versión el 23 de marzo de 2006, aceptado para publicación el 30 de marzo de 2006.

Correspondencia a: Dra. Loreto Correa V. E-mail: sagenev2005@gmail.com

Risk Prevalence of Nutritional Disorders in female Adolescents of Santiago

Background: Adolescent eating disorders (ED) are a serious public health problem rising with morbidity and mortality. It is important a quick detection, since an early beginning of treatment improves the prognosis and results. *Objective:* To quantify the risk prevalence of ED in female adolescents of the Metropolitan Region (MR), and evidence differences by groups of age and socioeconomical level (SEL). To identify the impact of the psychological characteristics that reinforce them. *Patients and Methods:* The EDI-2 test was applied to a total of 1610 female students between 11 and 19 years old. The sample was not random and was extracted from 9 schools chosen by convenience, located in areas of different SEL in the MR. The threshold used to consider risk of ED was ≥ 110 . *Results:* 1 050 surveys were analyzed. 8,3% of the adolescent school population presented risk factors for ED. A higher risk of ED was found in schools located in low-income areas (11,3%), middle-income (8,3%) and high-income (5,1%). These differences were statistically significant ($p < 0,02$). A tendency to a greater proportion of adolescents at risk of ED was shown in the group of girls 12 years old or younger (10,3%), while those between 13 and 15 years old presented 8,6%, and 7,4% for those older than 16 ($p < 0,575$). The three first scores, (DT) Drive for Thinness (14,6 vs 6,3), (B) Bulimia (6,1 vs 1,8) and (BD) Body Dissatisfaction (17,2 vs 7,7) discriminate the high-risk group to develop ED. The eight remaining scores show traces of personality that reinforce eating disorders. *Conclusions:* 1) The study concludes that prevalence of risk for ED in the screened population was 8,3%; 2) The prevalence of risk for ED was greater in the low-income socioeconomic level (11,3%) ($p < 0,02$); 3) Despite not being statistically significant, the observed tendency is that the group at greater risk is the one of younger age, recommending a future evaluation; 4) The results confirm that the three first scores of the test EDI-2 distinguish the group at highest risk of developing an ED; 5) We believe that the use of this screening test routinely in adolescent population will be fundamental for an early detection of ED when applied by experienced professionals on specific populations under study.

(Key words: Screening, eating disorders, adolescents, anorexia, bulimia, risk factors).

Rev Chil Pediatr 77 (2); 153-160, 2006

INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica, tanto pública como privada, los profesionales de la salud hemos podido constatar que los trastornos de alimentación han llegado a constituir un problema de creciente importancia en poblaciones jóvenes. El número de casos que se diagnostica y trata es cada vez mayor, y si sumamos a esto el hecho que el diagnóstico se realiza en etapas avanzadas de la enfermedad, cuando el trastorno alimentario está instalado con sus consecuentes complicaciones médicas, el panorama es menos alentador. Los trastornos de conducta alimentaria tienen repercusiones graves: requieren de un tratamiento largo y complejo, se cronifican en buena parte de los casos, conllevan un gran sufrimiento personal y familiar y pueden dar lugar a la muerte^{1,7,12}.

Los adolescentes son el segmento de la población con mayor vulnerabilidad debido a que están en proceso de construcción de

su identidad y no poseen aún criterios y valores propios que les permitan escapar a la presión de los modelos estéticos vigentes, uno de los factores asociados a la búsqueda de un cuerpo cada vez más delgado^{3,5,24}.

Para realizar el diagnóstico de un trastorno de conducta alimentaria se requiere un alto índice de sospecha por parte del clínico, lo que en conjunto con una anamnesis acuciosa, ayuda a evitar el retraso del diagnóstico. Es sabido que el comienzo de este tipo de patología suele ser insidioso y con frecuencia pasa desapercibido a la familia o al sistema escolar. De aquí la importancia de una detección temprana, antes que el trastorno se instale con sus consecuentes complicaciones médicas, ya que el inicio de tratamiento temprano mejora la respuesta y el pronóstico^{17,18,22}.

Para la identificación de los grupos de riesgo se han utilizado distintos cuestionarios de screening, como el EDI (Eating Disorder Inventory). Este último, es el ins-

trumento estandarizado de autoaplicación más utilizado tanto en USA como en otros países^{13,14}. El test EDI- 2 ha sido adaptado para su utilización en población femenina chilena, de 12 a 21 años, por Cárcamo, Sciaraffia y Rider durante el año 2003 como parte de su proyecto de título⁶.

Nuestra investigación pretende conocer la prevalencia de los trastornos alimentarios en escolares adolescentes chilenas de la región metropolitana y evidenciar si existen diferencias de prevalencia por grupos de edad y/o nivel socioeconómico, identificando el impacto de los rasgos psicológicos reforzadores en ellas.

Los resultados permitirán alertar a los profesionales de la salud de los factores de riesgo y signos y síntomas de estos trastornos, a fin de realizar un diagnóstico precoz y un manejo adecuado y desde la perspectiva de la salud pública esta investigación sentará las bases para el diseño e implementación de intervenciones preventivas acordes a nuestra realidad.

PACIENTES Y MÉTODO

Definición conceptual y operacional de las variables

- Riesgo de trastorno alimentario: Probabilidad de padecer una patología alimentaria (anorexia, bulimia o trastorno de conducta alimentaria no especificado). Éste se evalúa por la presencia de un excesivo miedo a engordar, la insatisfacción con el cuerpo, la tendencia a tener pensamientos o darse atracones incontrolables de comida, acompañado de rasgos psicológicos reforzadores tanto personales (perfeccionismo, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo e impulsividad) como interpersonales (ineficacia, desconfianza interpersonal e inseguridad social). En términos operacionales, se definió como riesgo de trastorno alimentario la obtención de un puntaje mayor o igual a 110 puntos, equivalente al percentil 85 en el test EDI-2, según los estándares (baremos) para la población española de la escala EDI-2 del autor de este instrumento. Se obtuvo, así, dos niveles: 1) Ausencia de trastorno alimentario: Puntajes menores al percentil 85 y 2) Riesgo de padecer trastorno alimentario: puntajes mayores o iguales al percentil 85.

- Adolescencia operacionalmente se di-

vidió en tres niveles: Temprana para aquellas adolescentes cuyas edades fluctuaron entre los 10 a 12 años, media entre los 13 a 15 años y tardía entre los 16 a 19 años.

- Nivel socioeconómico: No se utilizó el instrumento clásico (Escala de Graffar, para no modificar la estructura del cuestionario EDI-2). Se aproximó NSE con el costo de la mensualidad de matrícula y la comuna del establecimiento educacional:

Nivel socioeconómico Alto: Colegios con mensualidad superior a \$ 200.000 por alumno, ubicados en el sector oriente de Santiago y consensualmente reconocidos en este segmento.

Nivel socioeconómico Medio: Colegios con mensualidad entre \$ 0 y \$ 200.000 por alumno ubicados en distintas comunas de la Región Metropolitana, y consensualmente reconocidos en este segmento.

Nivel socioeconómico Bajo: Colegios gratuitos ubicados en la periferia de la ciudad de Santiago.

Tipo de estudio y selección de la muestra

Nuestro estudio fue de tipo exploratorio descriptivo, con una medición única, el que contó con una muestra intencional de 1 610 adolescentes escolares mujeres, entre 11 y 19 años, de 3 colegios de la RM pertenecientes a cada uno de los NSE definidos previamente. A toda la muestra se aplicó el instrumento EDI-2 para medir la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria.

El cálculo del tamaño muestral se realizó considerando la prevalencia de trastorno alimentario inferior a 20% y que se quiso estimar con un margen de error inferior a 2,5 puntos porcentuales (es decir, si la prevalencia real bordea el 20%, entonces se quiere una estimación entre 17,5 y 22,5%), con una confianza estadística de 95%, el tamaño muestral mínimo necesario es de 982 casos. Previendo que por las características del test y la muestra un número importante de encuestas pudieran ser invalidadas, se aumentó el n de la muestra a 1 610 adolescentes escolares de séptimo a cuarto medio, cuyas edades fluctuaron entre 11 y 19 años. De éstas, 454 correspondieron al NSE alto, 613 al nivel medio y 543 al NSE bajo.

Nuestra muestra fue no probabilística, y se extrajo de nueve establecimientos educa-

cionales con los cuales se tuvo contacto previo, lo que facilitó el tener los permisos correspondientes para la aplicación de nuestro instrumento.

Descripción del instrumento

Se utilizó el test EDI-2, el que es un instrumento de autoinforme utilizado para evaluar los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN). El EDI-2 incluye tres escalas que evalúan actitudes y conductas relacionadas con la comida, el peso y el tipo (obsesión por la delgadez (DT), bulimia (B) e insatisfacción corporal (BD)) y otras ocho más generales referidas a constructos organizativos o rasgos psicológicos que son clínicamente relevantes en el caso de los trastornos de conducta alimentaria (ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva y miedo a la madurez)¹³.

El EDI-2 ha sido estandarizado en USA y España^{13,14}. Fuera del ámbito clínico, el EDI-2 representa una forma rápida y económica de detectar sujetos que presentan trastornos de la conducta alimentaria "subclínicos" o que tienen riesgo de desarrollar en el futuro este tipo de conductas. Cada escala presenta una puntuación continua y cuanto mayor sea la puntuación obtenida, mayor será la manifestación del rasgo evaluado. Está compuesto de 91 preguntas, a las que se contesta en una escala de 6 puntos y en la que los sujetos deben indicar si cada situación les ocurre "nunca", "pocas veces", "a veces", "a menudo", "casi siempre" o "siempre".

Procedimientos

A pesar de que el EDI-2 aplicado fue adaptado por Cárcamo y otros⁶, previo a su aplicación, este test fue sometido al juicio de expertos para la validez de las preguntas y para evaluar sus fortalezas y debilidades en la utilización con población adolescente escolar chilena, especialmente en lo referido a lenguaje.

Las alumnas seleccionadas recibieron las instrucciones para contestar la prueba en sus respectivas aulas. Se solicitó el consentimiento informado de las adolescentes para la participación en el estudio. El cuestionario EDI-2 fue auto-aplicado y supervisado por los responsables de la investiga-

ción. No se consideró los datos de una escala cuando se dejó sin contestar más de un elemento de ella.

En las adolescentes que se detectó la posibilidad de padecer un trastorno alimentario, se informó a sus apoderados y fueron referidos a un centro de salud para su manejo.

Para el análisis se utilizó el test chi-cuadrado para determinar la asociación entre variables categóricas (comparación de porcentajes) y el test t-Student para muestras independientes para la comparación de promedios. Todos los análisis se hicieron usando el programa estadístico SPSS versión 13. Se consideró significativo todo valor p inferior o igual a 0,05.

RESULTADOS

Se aplicó un total de 1 610 test EDI-2 a alumnas de séptimo a cuarto medio, cuyas edades fluctuaron entre 11 y 19 años. De las 1 610 encuestas aplicadas se invalidaron 560 por no haber sido respondidas en su totalidad, ya que para ser válido el test EDI-2 exige 100% de respuestas contestadas. El porcentaje de invalidación por tipo de colegio fue similar. La distribución de la muestra por edad se puede ver en la figura 1.

El análisis se efectuó sobre 1 050 encuestas, 297 del NSE alto, 434 del medio y 319 del bajo. El promedio de edad fue de 15 años (14,98).

En la tabla 1 se observa que el 8,3% de la población adolescente escolar de la muestra (es decir, 87 adolescentes de un total de 1 050), presentó un puntaje en el test EDI-2 que la pone en riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria (TCA).

Respecto de la distribución por nivel socio-económico (NSE), se evidencia que el grupo que presenta una mayor población en riesgo es el NSE bajo con un 11,3%, le sigue el NSE medio con un 8,3%, y por último, el NSE alto muestra el menor nivel de riesgo relativo de TCA con un 5,1%, lo que es estadísticamente significativo ($p < 0,02$) (tabla 2).

El análisis de los resultados por grupos de edad muestra una tendencia de mayor proporción de adolescentes con riesgo de TCA en el grupo de menor edad (12 años o menos), quienes muestran una población en riesgo equivalente al 10,3% de este segmento. El porcentaje de población en riesgo disminuye gradualmente a medida que se avanza

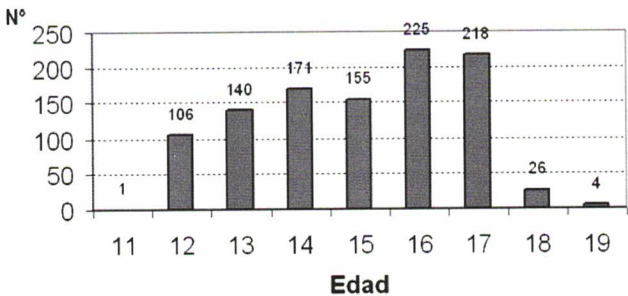


Figura 1. Distribución de la muestra por edad.

de edad, bajando a 8,6% entre las adolescentes entre 13 y 15 años, y a 7,4% para las de más de 16 años. Sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p < 0,575$) (tabla 3).

Al analizar el comportamiento de las 11 escalas del Test EDI-2 se evidencia claramente que las tres primeras escalas, DT, B Y BD discriminan el grupo de riesgo de desarrollar trastornos de conducta alimentaria. Así para DT (Obsesión por la delgadez) se observa un promedio de 14,67 en el grupo con TCA y 6,3 en el grupo sin trastorno. En el caso de B (Bulimia) los promedios son 6,16 y 1,88 respectivamente. Para BD (Insatisfacción corporal) son 17,25 y 7,73.

En el resto de las ocho escalas se evidencian los rasgos reforzadores del trastorno de conducta alimentaria. En el caso de I (Ineficacia) el promedio para TCA es de 12,72 *versus* 3,0 en el grupo sin TCA. Para P (Perfeccionismo) se evidencia 9,55 *versus*

Tabla 1. Riesgo de TCA en la muestra total

Riesgo TCA muestra total	Frecuencia	Porcentaje sobre total	Porcentaje sobre válidas
Sin riesgo de trastorno	963	59,8	91,7
Con riesgo de trastorno	87	5,4	8,3
Total válidas	1 050	65,2	100,0
Encuestas invalidadas	560	34,8	
Total	1 610	100,0	

Tabla 2. Frecuencia de riesgo de TCA por nivel socioeconómico

Población en riesgo por NSE			Sin riesgo	Con riesgo	Total
NSE	Alto	Frecuencia	282	15	297
		% dentro NSE	94,9	5,1	100,0
		% dentro muestra	29,3	17,2	28,3
	Medio	Frecuencia	398	36	434
		% dentro NSE	91,7	8,3	100,0
		% dentro muestra	41,3	41,4	41,3
	Bajo	Frecuencia	283	36	319
		% dentro NSE	88,7	11,3	100,0
		% dentro muestra	29,4	41,4	30,4
Total	Frecuencia		963	87	1 050
	% dentro NSE		91,7	8,3	100,0
	% dentro muestra		100,0	100,0	100,0

Tabla 3. Distribución de riesgo de TCA según grupo etario

Población en riesgo por edad			Sin riesgo	Con riesgo	Total
Edad ≤ 12	Frecuencia		96	11	107
		% dentro grupo etario	89,7	10,3	100,0
		% dentro muestra	10,0	12,8	10,2
	13-15	Frecuencia	426	40	466
		% dentro grupo etario	91,4	8,6	100,0
		% dentro muestra	44,4	46,5	44,6
≥ 16	Frecuencia		438	35	473
		% dentro grupo etario	92,6	7,4	100,0
		% dentro muestra	45,6	40,7	45,2
	Total	Frecuencia	960	86	1 046
		% dentro grupo etario	91,8	8,2	100,0
		% dentro muestra	100,0	100,0	100,0

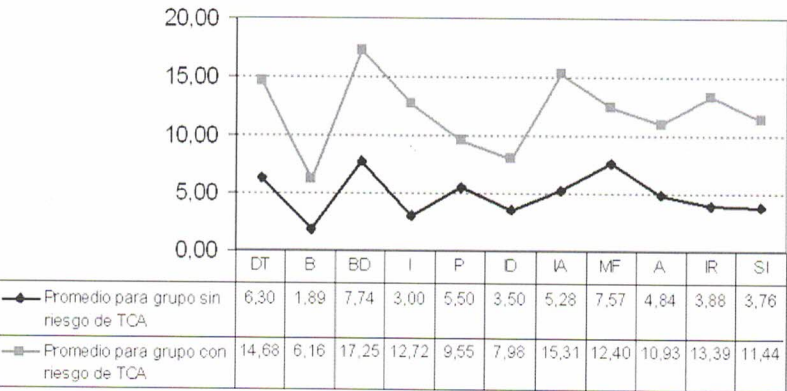


Figura 2. Distribución puntajes grupo riesgo tca *versus* sin riesgo en escalas test EDI-2.

5,50 respectivamente. Para ID (Desconfianza Interpersonal) el promedio para el grupo con TCA es 7,97 *versus* 3,5. En el caso de IA (Conciencia Introceptiva) el promedio fue de 15,31 *versus* 5,28. Para MF (Miedo a la Madurez) el promedio fue de 12,4 *versus* 7,57. Para A (Ascetismo) los promedios fueron 10,93 *versus* 4,84. En el caso de IR (Impulsividad) el promedio fue de 13,39 *versus* 3,88 y para SI (Inseguridad Social) el promedio fue de 11,43 *versus* 3,76 (figura 2).

DISCUSIÓN

Los adolescentes son la población más susceptible a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, cuyas manifestaciones dan

cuenta de la presencia de un *continuum* de desórdenes de la conducta alimentaria que va desde la normalidad a situaciones patológicas¹¹. Los especialistas han intentado encontrar puntos de corte que identifiquen individuos en riesgo, ya sea que tengan un desorden subclínico, un TCA no específico o TCA específicos clasificados de acuerdo a su grado de severidad. El concepto actual de un espectro o *continuum* de TCA fue introducido por primera vez por Andersen en 1983 y luego por Polivy y Herman en 1987^{1,24}.

El objetivo de nuestro estudio fue contar con una cifra de prevalencia de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria representativo de nuestra realidad e idiosincrasia; con este fin, tomamos la opción de adscribirnos a la tendencia actual de considerar

a todos los trastornos de la conducta alimentaria como formando parte de una sola unidad nosológica^{1,24}.

Nuestra mayor dificultad al utilizar el test de tamizaje elegido, fue determinar los puntos de corte para definir presencia de riesgo o no riesgo dentro de nuestra población. Se revisaron diversas tesis realizadas en Chile, todas con un *n* insuficiente o puntos de corte poco claros. Se comparó los puntos de corte validados utilizados por baremos españoles aplicados a poblaciones con características similares a las nuestras y se obtuvieron puntos de corte similares. Se eligió un punto de corte que fuese lo más sensible y específico posible (percentil 85).

Cuando se analizan las distintas cifras de prevalencia de TCA reportadas por otras publicaciones se aprecia que muchas difieren, lo que es comprensible por cuanto tanto la metodología como los test de screening utilizados y los puntos de corte definidos varían notoriamente^{2,9,10,19,27}. Siguiendo las instrucciones del autor del test logramos identificar los puntos de corte adecuados que corresponden a un puntaje mayor o igual a 110 equivalente al percentil 85 de los baremos españoles con similares características a nuestra población estudiada^{13,14}.

Los resultados de nuestra investigación arrojan una cifra de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mujeres, similar a la reportada por la literatura^{22,27}. El riesgo de trastorno de conducta alimentaria se presentó en todos los niveles socioeconómicos. Sin embargo, la distribución de este riesgo observada en nuestro estudio difiere de las cifras clásicamente referidas, ya que evidenciamos que la probabilidad de una presencia de TCA fue mayor en los colegios pertenecientes a comunas de NSE bajo ($p < 0,02$)^{2,9,10,19,27}.

A partir de este hallazgo, consideramos que no es posible afirmar que los TCA sean privativos de las clases más acomodadas, sino que más bien atraviesan todos los niveles socioeconómicos, y que lo que muestra es la presencia de un fenómeno ampliamente distribuido, que también afecta a países en vía de desarrollo como el nuestro.

Esto confirma la necesidad de utilizar en forma más frecuente test de screening que permitan detectar en forma precoz los TCA en sus primeras fases. Los criterios del DSM-IV para los diagnósticos de la anorexia y la bulimia son tan estrictos que si se siguen,

éstos pueden realizarse cuando el cuadro ya está instalado, lo cual agrava el pronóstico y el manejo terapéutico de los casos⁹.

A pesar de que todos los puntajes en las distintas escalas del test EDI-2 fueron más altas para la población en riesgo, destaca el hecho que estos puntajes fuesen aún mayores para aquellos relativos a la insatisfacción con el propio cuerpo, a la dificultad en el reconocimiento de las sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad, y para la incapacidad de regular apropiadamente los propios impulsos. Todos, síntomas de un pronóstico preocupante en los trastornos de conducta alimentaria.

Si proyectamos el 8,3% de prevalencia encontrado a la población total adolescente femenina chilena estimada en 1 346 819 (INE, 2001), se puede concluir que el número de niñas con riesgo claro de contraer este problema está en torno a los 112 mil casos.

Consideramos que una de las limitaciones de este estudio es que el segmento de la población adolescente a explorar excluyó a aquellos que no están insertos en el sistema escolar y a la población masculina. Los datos en las últimas investigaciones internacionales indican que este último grupo es en el que proporcionalmente ha habido un mayor incremento de estas patologías¹⁵. Sin embargo, criterios de factibilidad y de accesibilidad pesaron para no incluirlos, por cuanto habría implicado contar con una muestra que, para su validez estadística, excedía las posibilidades reales de este estudio. Queda, sin embargo, como una sugerencia de línea de investigación futura.

Otra limitación significativa de este trabajo fue no cotejar el EDI-2 con el gold estándar para diagnosticar trastornos de conducta alimentaria, es decir, la entrevista clínica y el examen físico. Esto se proyecta llevar a cabo en una segunda etapa con la muestra clínica que resultó con riesgo de presentar TCA.

CONCLUSIONES

1. El riesgo de prevalencia de trastorno de conducta alimentaria en la población estudiada es de 8,3%.
2. El riesgo de prevalencia de trastorno de conducta alimentaria es mayor en los colegios pertenecientes a el nivel socioeconómico bajo con un 11,3% ($p < 0,02$).
3. Al analizar el comportamiento de las 11 escalas del Test EDI-2 se evidencia cla-

ramente que las tres primeras escalas, DT (14,6 vs 6,3) B (6,1 vs 1,8) y BD (17,2 vs 7,7) discriminan el grupo de riesgo de desarrollar trastornos de conducta alimentaria.

4. El test EDI-2 ha probado ser un buen instrumento para discriminar la población en riesgo, útil y de bajo costo, debiendo ser aplicada por personal entrenado.

REFERENCIAS

- 1.- Andersen A: Anorexia nervosa and bulimia: A spectrum of eating disorders. *Journal Adolesc Health Care* 1983; 4: 15-21.
- 2.- Anstine D: Rapid screening for disordered eating in collage-aged females in the primary care setting. *Journal of Adolescent Health* 2000; 26: 338-42.
- 3.- Baravalle CH, Vacarezza LE: Anorexia. Teoría y clínica psicoanalítica. Editorial Paidós, 1996, Barcelona, Buenos Aires, México.
- 4.- Benett J: Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a scholl-based study. *Adolescent medicine* 2001; 165: 115-23.
- 5.- Brusset B: La anorexia: inapetencia de origen psíquico en el niño y el adolescente. Editorial Planeta, 1985, Barcelona.
- 6.- Carcamo A, Sciaraffia M, Rider S: Adaptación del Test EDI 2, para la evaluación de trastornos alimentarios en la población chilena". Tesis para optar al título de psicólogos. Universidad ARCIS. Escuela de Psicología, 2003, Santiago, Chile.
- 7.- Carrasco E: Trastornos de la Conducta Alimentaria en Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Editorial Salvador, 2000; 33: 386-96.
- 8.- Cordella P: Trastornos en la alimentación. Manual de Salud Mental y Psicopatología del niño y el Adolescente. Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica. 2001; 23: 306-15.
- 9.- DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 1994. American Psychiatric Association. Editorial Masson. Washington, DC.
- 10.- D'Souza CH, Forman S, Austin B: Follow-up Evaluation of a High School Eating Disorders Screening Program: Knowledge, Awareness and Self-referral. *Journal of Adolescent Health* 2005; 36: 208-13.
- 11.- Figueroa D, Cordella P, Urrejola P: Recorridos en el Continuum de los Trastornos Alimentarios en una Muestra de Adolescentes Chilenos. *Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia* 2004; 15: 28-38.
- 12.- Fisher M: The Course and Outcome of Eating Disorders in Adults and in Adolescents: A Review. *Adolescent Medicine* 2003; 14: 149-58.
- 13.- Garner DM: Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia, 1983, Editorial Tea.
- 14.- Garner DM: Test EDI-2. *Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 1998, Editorial Tea, Madrid.
- 15.- Gila A, Castro J, Cesena J, Toro J: Anorexia Nervosa in Male Adolescents: Body Image, Eating Attitudes and Psychological Traits. *Journal of Adolescent Health* 2005; 36: 221-6.
- 16.- ICD-10. Mental, Behavioral and Development Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Organización Mundial de la Salud, División de Salud Mental, Ginebra, 1986.
- 17.- Kreipe R: Eating Disorders in Adolescents and Older Children. *Pediatrics in Review*, 1999; 20: 370-9.
- 18.- Kreipe R, Yusman S: The role of the Primary Care Practitioner in the Treatment of Eating Disorders. *Adolescent Medicine* 2003; 14: 133-47.
- 19.- Morande G, Celada J, Casas J: Prevalence of Eating Disorders in a Spanish School-Age Population. *Journal of Adolescent Health* 1999; 24: 212-9.
- 20.- Phillips E, Pratt H: Eating Disorders in College. *Pediatric Clinics of North America* 2005; 52: 85-96.
- 21.- Rome E: Children and Adolescent with Eating disorder. The state of the Art. *Pediatrics* 2003; 111: 78-97.
- 22.- Rosen D: Eating Disorders in Children AND Young Adolescents: Etiology, Classification, Clinical Features, and Treatmnet. *Adolescent Medicine. State of the Art Reviews* 2003; 14: 49-59.
- 23.- Schneider M: Bulimia Nervosa and Binge-Eating Disorders in Adolescents. *Adolescent Medicine* 2003; 14: 119-31.
- 24.- Sherman C, Sorosky A: Trastornos en la alimentación. Bulimia. Obesidad y anorexia nerviosa. 1988, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.
- 25.- Stein S: The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry* 2002; 159: 87-99.
- 26.- Urrejola P, Zubarew T: Trastornos de la conducta alimentaria. Adolescencia, promoción, prevención y atención de salud. Ediciones Universidad Católica 2003; 13: 171-82.
- 27.- Wolraich. The Classification of Child and Adolescent Mental Diagnoses in Primary Care: Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care(DSM-PC), Child and Adolescent Version III. 1996, American Academy of Pediatrics, Grove Village.
- 28.- Yager J: Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. Supplement to the *American Journal of Psychiatry* 2000; 157: 113-8.