



REVISTA CHILENA DE PEDIATRÍA

www.elsevier.es/RCHP



ARTÍCULO ORIGINAL

Conductas de control de peso en mujeres adolescentes dietantes y su relación con insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez



M. Liliana Contreras A.^{1,*}, Javier Morán K.², Scarlett Frez H.³, Carola Lagos O.³,
María Paz Marín F.³, María de los Ángeles Pinto B.³, Érika Suzarte A.³

1. Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile

2. Psicólogo Clínico. Académico de la Escuela de Psicología, Universidad de Valparaíso, Chile

3. Tesistas Escuela de Psicología, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile

Recibido el 11 de abril de 2014, aceptado el 24 de diciembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Trastornos
de la conducta
alimentaria;
imagen corporal;
dieta;
adolescencia

Resumen

Introducción: La obsesión por la delgadez y la insatisfacción corporal pueden llevar a las adolescentes a seguir dietas sin supervisión, lo que podría asociarse además a conductas riesgosas de control de peso, tales como ayuno, vómitos, uso de diuréticos y laxantes. El objetivo fue explorar conductas de control de peso en adolescentes dietantes y relacionarlas con insatisfacción corporal (IC) y obsesión por la delgadez (DT). **Pacientes y Método:** Estudio transversal en 439 adolescentes de colegios públicos de Valparaíso diseñado para indagar conductas de control de peso riesgosas a través de escalas de IC y DT del Cuestionario de Trastornos Alimentarios (EDI-2), comparando dietantes y no dietantes. **Resultados:** El 43% había realizado dieta sin supervisión médica. Las dietantes presentan valores superiores en DT e IC. El 29,6% de ellas presenta restricción alimentaria de riesgo moderado a alto, tomando como base el criterio de expertos, y se encuentran diferencias en la presencia y severidad de las conductas purgativas de control de peso entre los dos grupos estudiados. **Conclusiones:** Un tercio de las adolescentes estudiadas hacen dietas sin supervisión profesional, presentan mayor IC y DT y conductas riesgosas de control de peso. Aquellas con sobrepeso y obesidad realizan dietas más restrictivas y conductas de control de peso más riesgosas.

© 2015 Sociedad Chilena de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

*Autor para correspondencia:

Correo electrónico: liliana.contreras@uv.cl (M. Liliana Contreras A.).

KEYWORDS

Eating Disorders;
Body Image;
Diet;
Adolescence

Weight control behaviors in dieting adolescent girls and their relation to body dissatisfaction and obsession with thinness

Abstract

Introduction: Obsession with thinness and body dissatisfaction can lead adolescents to follow unsupervised diets, which could result in risky weight control behaviors such as fasting, vomiting, use of diuretics and laxatives. The aim of the current study is to examine weight control behaviors in dieting adolescents and relate them to body dissatisfaction (BD) and obsession with thinness (OT). **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 439 adolescents from Valparaíso public schools to investigate risky weight control behaviors due to BD and OT scales from the Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2), comparing restrained eaters and non-restrained eaters. **Results:** A total of 43% adolescents had followed a weight loss diet without medical supervision. The dieters had higher BD and OT values. Moderate to severe food restriction, based on expert judgment, was observed in 29.6%, and differences in the presence and severity of purging behaviors were found between the 2 groups. **Conclusions:** One third of the adolescents studied followed diets without professional supervision and had higher BD and OT values, as well as risky weight control behaviors. Overweight and obese adolescents followed more restrictive diets and developed riskier weight control behaviors.

© 2015 Sociedad Chilena de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons CC BY-NC ND Licence (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Las adolescentes son particularmente sensibles a las presiones culturales relacionadas con una imagen corporal delgada¹. El aumento fisiológico de la adiposidad contribuye a una menor satisfacción con la imagen corporal (IC)²⁻⁵ y a su vez induce a conductas de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) cuando no se logra el peso deseado⁶⁻⁸. A partir de estas conductas, que generalmente se inician con una dieta, se establecerían también círculos viciosos que incrementarían el riesgo de bulimia y comer compulsivo, perpetuando el problema⁹⁻¹⁵. Dentro de los comportamientos inadecuados de control de peso están la dieta restrictiva, el ayuno, los vómitos autoinducidos, y el uso de laxantes y diuréticos^{13,16-19}, de los cuales la dieta restrictiva es una de las estrategias más utilizadas¹⁷.

En Chile, Correa, en el año 2006²⁰ encontró que el riesgo de prevalencia de TCA en la población adolescente femenina es del 8,3%, con mayor riesgo en colegios pertenecientes a nivel socioeconómico medio-bajo (11,3%). Por otra parte, Urzúa²¹ encontró, en adolescentes del Norte del país, una serie de conductas alimentarias de riesgo relacionadas con la preocupación por el control del peso y la imagen corporal. Con estos antecedentes, nuestro objetivo fue explorar las conductas de control de peso y su severidad en dietantes adolescentes de sexo femenino, y relacionarlas con estado nutricional, insatisfacción corporal y preocupación por la delgadez, con el fin de aportar datos que vinculen más específicamente el riesgo de trastorno alimentario a conductas concretas de riesgo.

Pacientes y Método

Se realizó un muestreo no probabilístico a conveniencia de adolescentes de sexo femenino entre 12 y 19 años que cur-

saran entre 7° básico y 4° medio de establecimientos de la comuna de Valparaíso, considerando criterio de matrícula mayor de 600 estudiantes y de sectores del plan de la ciudad.

La selección de los colegios se ajustó a aquellos que respondieron la carta de solicitud respaldada por la unidad académica responsable de la investigación. Fueron cuatro establecimientos educacionales públicos del sector Centro y Almendral, correspondientes a nivel socio económico medio-bajo. Se excluyeron colegios particulares y subvencionados por las dificultades encontradas de acceso a la muestra.

La participación de las adolescentes fue voluntaria e informada, formalizándose con la firma de asentimiento/consentimiento informado, dando al colegio la posibilidad de solicitarlo por escrito a los padres o tutores de las menores de edad. Las participantes fueron pesadas y medidas por investigadoras. Los instrumentos utilizados fueron las Escalas de Insatisfacción Corporal (BD) y de Obsesión por la Delgadez (DT) del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI-2^{22,23} y una encuesta autoadministrada de 21 preguntas de conductas de control de peso riesgosas para la salud elaborada por los investigadores, que contó con la evaluación de la validez de contenido a partir del juicio de expertos y de validez semántica a partir de la aplicación a una muestra piloto. En ella se indagan las principales conductas de control de peso descritas en la literatura (dietas, ayuno, vómito, uso de laxantes y diuréticos, ejercicio físico). Cada pregunta da cuatro alternativas escalonadas según criterios clínicos de riesgo en relación con la duración y la frecuencia de la conducta evaluada. En cuanto a las dietas, además, se especifica el tipo de restricción alimentaria según categorías en orden de severidad de la restricción por grupo/s de alimento/s excluido/s. Incluye edad de inicio de dietas y criterios de exclusión, tales como patologías médi-

cas que requieran dietas con control médico. Fue diseñado para el estudio, y su utilidad es descriptiva.

Para el análisis de datos se utilizaron medidas de tendencia central, dispersión y frecuencia. Además, se identificaron diferencias de medias para muestras independientes (U de Mann-Whitney) y de frecuencia (chi cuadrado, χ^2).

Resultados

Como se muestra en la tabla 1, de un total de 439 adolescentes, 189 (43%) señalaron haber realizado alguna vez una dieta sin supervisión médica. Las edades de las dietantes fluctuaron entre los 12 y 19 años, con una media de 15,27 años (desviación estándar [DE] = 1,69). La edad de inicio de las dietas osciló entre los 7 y los 18 años, con una media de 13,2 años (DE = 2,09).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas al comparar el índice de masa corporal (IMC) y la edad de la primera dieta entre adolescentes que comenzaron antes de los 13 años y aquellas que realizaron su primera dieta a partir de esta edad ($\chi^2 = 6,017$; $p < 0,01$), observándose que las jóvenes con IMC de sobrepeso y obesidad tuvieron un inicio más precoz de sus dietas.

Se observaron valores promedio significativamente superiores en obsesión por la delgadez (DT) e insatisfacción corporal (IC) entre adolescentes que han realizado alguna dieta respecto de aquellas que reportan no haberlo hecho. Las adolescentes que han hecho dieta muestran un IMC significativamente superior a quienes no lo han hecho (U = -3,536; $p < 0,05$).

Al comparar ambos grupos respecto a la duración y restrictividad de las dietas, así como en conductas purgativas (vómitos y uso de laxantes y diuréticos), se apreció que aquellas adolescentes que han hecho dietas sin indicación médica mostraron una frecuencia significativamente mayor de estas conductas.

En la tabla 2 se muestran los criterios para la estimación del nivel de riesgo de las dietas considerando la cantidad de semanas a dieta, el tipo de alimento restringido y nivel de ayuno reportado por las dietantes (establecido según criterios clínicos de expertos), así como también se

presenta la distribución porcentual de las adolescentes estudiadas respecto a estos criterios. Se observó que el 47% de las adolescentes de la muestra mantuvieron dietas que superan los 42 días al año, mientras un 29,6% mostró una restricción de alimentos considerada de riesgo moderado y alto; un 12,3% suprimió un grupo esencial de alimentos además de los hidratos de carbono. Finalmente, un 31% de las adolescentes incorporó el ayuno como una práctica sistemática.

La tabla 3 muestra los criterios de estimación de riesgo respecto de las conductas purgativas y su distribución porcentual en el grupo de las dietantes estudiadas. En cuanto a los vómitos autoinducidos, si bien la mayoría reporta no haber incurrido en este tipo de conductas en los últimos 3 meses, un 8% de las jóvenes lo ha hecho al menos una vez a la semana. Por otro lado, el 9,9% de las adolescentes dietantes reportó un uso de laxantes y diuréticos una o más veces a la semana durante el último año. En el grupo de adolescentes que utilizan regularmente el vómito autoinducido se vió una asociación estadísticamente significativa entre esta conducta y el uso de laxantes y diuréticos ($\chi^2 = 9,398$; $p < 0,05$). El ejercicio como estrategia para bajar de peso no apareció en niveles considerados de riesgo.

Finalmente, en cuanto a la asociación entre la severidad de las conductas de control de peso (dietas y conductas purgativas) e IMC (normal y elevado) se observó que las adolescentes con IMC sobre el rango normal (sobrepeso y obesidad) se mantuvieron a dieta significativamente más días al año ($\chi^2 = 8,379$; $p < 0,01$) y tuvieron una restricción dietética de mayor riesgo ($\chi^2 = 6,039$; $p < 0,05$) (tabla 4).

Discusión

Los resultados reflejan que un tercio de las adolescentes evaluadas ha realizado dietas sin supervisión médica alguna vez, lo cual es concordante con otras investigaciones⁵. Este grupo muestra niveles significativamente superiores de insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez, respecto de quienes no hacen dieta, coincidiendo con lo reportado en la literatura respecto de la relación entre la insatisfacción corporal, obsesión por la delgadez y el riesgo de incurrir en

Tabla 1 Caracterización de la muestra según historia de dieta (n = 439)

	Dietantes n = 189	No dietantes n = 250
Edad \pm media	15,27 \pm 1,69	14,88 \pm 1,74*
IMC \pm media	23,51 \pm 3,19	22,3 \pm 3,93**
Riesgo en cantidad de semanas a dieta en un año (%)	80,9%	19,1%**
Obsesión por la delgadez \pm media	11,41 \pm 6,33	5,92 \pm 5,88**
Insatisfacción corporal \pm media	12,11 \pm 6,84	7,48 \pm 6,35**
Riesgo en restricción en número de comidas y días (%)	68,4%	31,6%**
Riesgo en alimentos restringidos (%)	70,4%	29,6%**
Riesgo en vómitos últimos 3 meses (%)	72,2%	28,8%*
Riesgo en uso de laxantes y diuréticos últimos 12 meses (%)	68,2%	31,8%**
Riesgo en cantidad de días y horas de ejercicio diarias (%)	50%	50%

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, IMC: índice de masa corporal.

"No dietantes" corresponde a adolescentes que reportan nunca haber realizado una dieta o esta ha sido realizada bajo supervisión médica.

Tabla 2 Distribución del nivel de riesgo de la conducta de dietantes en función de duración, tipo de alimento restringido y ayuno (n = 189)

		Cantidad de semanas a dieta en un año	Alimentos restringidos	Restricción en número de comidas y días
Sin riesgo	Criterio	Hasta 2 semanas	Elimina alimentos no esenciales y/o no saludables y manteniendo equilibrio nutricional	Una comida hasta dos veces al mes
	%	22,8	41,4	47,7
Riesgo bajo	Criterio	2 a 6 semanas	Elimina grupos de alimentos esenciales, pero sustituye por otros de equivalente valor nutricional	Una comida a la semana
	%	30,2	29	4,5
Riesgo moderado	Criterio	6 a 10 semanas	Eliminan alimentos de alto valor nutricional según hidratos de carbono manteniendo aporte proteico	Hasta cuatro comidas a la semana
	%	27,2	17,3	16,8
Riesgo alto	Criterio	Más de 10 semanas	Elimina otros grupos de alimentos esenciales además de H de C	Dos a tres veces a la semana dos comidas, hasta cuatro veces a la semana tres o más comidas
	%	19,8	12,3	31
Total		100	100	100

Tabla 3 Distribución del nivel de riesgo de conductas purgativas para pérdida de peso en dietantes (n = 189)

		Vómitos últimos 3 meses	Uso de laxantes y diuréticos últimos 12 meses	Cantidad de días y horas de ejercicio diarias semanales
Sin riesgo	Criterio	Nunca	Nunca	Hasta 2 horas diarias
	%	79,6	72,2	90,7
Riesgo bajo	Criterio	Una vez al mes	Cada 2 meses o menos	Hasta 3 horas diarias
	%	12,3	10,5	6,2
Riesgo moderado	Criterio	Una vez a la semana	Una a tres veces al mes	Hasta 4 horas diarias
	%	4,9	7,4	3,1
Riesgo alto	Criterio	Dos o más a la semana	Una vez a la semana o más	Más de 4 horas diarias
	%	3,1	9,9	0
Total		100	100	100

Tabla 4 Comparación porcentual entre restrictividad de la dieta y otras conductas de control de peso según IMC en dietantes con conductas de riesgo moderado y alto (n = 189)

	Descriptor de riesgo	% IMC normal (< p85)	% IMC alto (> p85)
Restrictividad de la dieta	Cantidad de semanas a dieta en un año	32,2	53,5**
	Restricción en número de comidas y días	41,2	45,6
	Alimentos restringidos	20,3	36,6*
Conductas compensatorias y purgativas	Vómitos en los últimos 3 meses	5,1	9,9
	Uso de laxantes y diuréticos en los últimos 12 meses	14,4	18,3
	Cantidad de días y horas de ejercicio diarias	6,0	7,2

*p < 0,05, **p < 0,01.

conductas de control de peso¹⁻⁵, ya que no estar satisfecho con el cuerpo predice el uso de estrategias extremas para controlar o favorecer la pérdida ponderal¹¹, lo que puede poner a los adolescentes en riesgo de aumento del peso¹⁴ y otros daños para su salud.

Llama la atención que las dietas sin control médico comienzan a edades tempranas, incluso a partir de los 7 años, aunque la edad que concentra la mayor frecuencia es 15 años. Al respecto, algunos estudios señalan que en el caso de niños y niñas, es posible que las familias ejerzan más influencias sobre la insatisfacción corporal y el deseo de delgadez, mientras que en edades posteriores serían más fuertes las influencias de pares y medios de comunicación³¹. En Chile, Urzúa²¹ sugiere que la preocupación por el control del peso y la imagen corporal lleva a los adolescentes de entre 12 y 13 años a desarrollar mayores conductas alimentarias de riesgo, lo cual insta a fomentar como profesionales el fortalecimiento del rol parental de cuidado y prevención desde edades tempranas.

Por otra parte, los hallazgos permiten situar la dieta como un elemento diferenciador respecto de la aparición de otro tipo de conductas de control de peso, que irían configurando progresivamente un riesgo mayor para la salud general y para trastornos alimentarios en particular. En ese sentido, es destacable la presencia de ayuno sistemático en un porcentaje de las dietantes estudiadas, ya que se ha estimado que sería un factor de riesgo más potente para predecir bulimia que la simple restricción dietética^{11,25}. También destaca el que un grupo de dietantes incurre simultáneamente en varias conductas riesgosas, purgativas y no purgativas. La literatura sugiere que la pérdida de control sobre la ingesta alimentaria se asocia a las tentativas de uso de estrategias frustrantes (como la dieta y/o las purgas) para contrarrestar los atracones y el aumento de peso, generando expectativas no alcanzadas y sentimientos de ineficacia para producir un cambio de peso, que pueden reforzar la insatisfacción con la imagen corporal, lo que a su vez podría vincularse con actitudes y conductas alimentarias negativas y aparición de TCA^{6-15,26,27}. En el presente estudio, un 12% de las dietantes presentó dietas altamente restrictivas, que se asociaron de manera significativa a purgas, lo cual pudiese estar reflejando precisamente el grupo de mayor riesgo de TCA. Tradicionalmente se ha vinculado la adscripción a estereotipos culturales de delgadez y riesgo de TCA a las adolescentes de estratos altos; sin embargo, el grupo estudiado es de nivel socioeconómico medio-bajo, lo que coincide con lo encontrado por Correa²⁰, quien describe que el riesgo de prevalencia de TCA en colegios pertenecientes a nivel socioeconómico bajo sería más alto que en la población adolescente femenina en general.

Las adolescentes con sobrepeso y obesidad fueron las que mayormente se involucraron en dietas restrictivas y conductas purgativas de riesgo, confirmando que se trata de un grupo altamente sensible a las presiones culturales relacionadas con la imagen de delgadez^{28,29}. Varios autores sostienen que la obesidad en la adolescencia es una condición de alto riesgo de desarrollo de los TCA y a la vez de comportamientos alimentarios para la pérdida de peso^{4,14,30}. El estudio longitudinal de Muris encontró que el 40% de las niñas con sobrepeso estaban involucradas en al menos un comportamiento alimentario alterado y el 13,4% en más de uno³¹.

Conclusiones

En una población adolescente femenina de colegios públicos de Valparaíso, un tercio de las adolescentes se involucra en dietas para bajar de peso sin supervisión profesional. Esta población presenta mayores niveles de insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez (EDI-2) que el resto de las adolescentes estudiadas.

La presencia de dietas permite distinguir niveles de riesgo creciente en términos de restrictividad y duración de las dietas y el ayuno sistemático, así como otras conductas purgativas de control de peso. Las adolescentes con sobrepeso y obesidad realizan dietas más restrictivas y se involucran en más conductas alimentarias de riesgo que el grupo normopeso evaluado.

Conflicto de interés

Este trabajo cumple con los requisitos sobre consentimiento/ asentimiento informado, comité de ética, financiamiento, estudios animales y sobre la ausencia de conflictos de intereses según corresponda.

Agradecimientos

Queremos mostrar nuestro agradecimiento a Rosa Behar Astudillo, Médico Psiquiatra; Peter McColl Calvo, Médico Nutriólogo de Adolescentes, y Ximena Ceballos, Nutricionista; académica de la Escuela de nutrición, Facultad de Farmacia, Universidad de Valparaíso, por su asesoría como expertos en la evaluación del cuestionario de conductas de control de peso.

Referencias

1. Markey C: Invited Commentary: Why Body Image is Important to Adolescent Development. *J Youth Adolesc* 2010; 39 (12): 1387-91.
2. Culbert KM, Burt SA, McGue M, Iacono WG, Klump KL: Puberty and the genetic diathesis of disordered eating attitudes and behaviors. *J Abnorm Psychol* 2009; 118 (4): 788-96.
3. Bearman S, Presnell K, Martinez E, Stice E: The Skinny on Body Dissatisfaction: A Longitudinal Study of Adolescent Girls and Boys. *J Youth Adolesc* 2006; 35 (2): 217-29.
4. Espinoza P, Penelo E, Raich RM: Disordered eating behaviors and body image in a longitudinal pilot study of adolescent girls: what happens 2 years later? *Body Image* 2010; 7 (1): 70-3.
5. Saucedo-Molina T, Cantú Gutiérrez N: Trastornos de la conducta alimentaria: Influencia sobre el modelo estético corporal en púberes de ambos sexos. *Psicol Social México* 2002; 9: 129-34.
6. Stice E, Ng J, Shaw H: Risk factors and prodromal eating pathology. *J Child Psychol Psychiatry* 2010; 51 (4): 518-25.
7. Van Son GE, van Hoeken D, Bartelds AIM, van Furth EF, Hoek HW: Time trends in the incidence of eating disorders: A primary care study in The Netherlands. *Int J Eat Disord* 2006; 39 (7): 565-9.
8. Peláez-Fernández MA, Raich RM, Labrador FG: Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* 2010; 01 (01): 62-75.
9. Hsu GKL: Can dieting cause an eating disorder? *Psicol Med* 1997; 27: 509-13.

10. Gómez G: Preadolescentes Mexicanas y la Cultura de la Delgadez: Figura Ideal Anoréctica y preocupación Excesiva por el peso Corporal. *Rev Mex Psicol* 1999; 16 (1): 153-65.
11. Neumark-Sztainer D, Paxton SJ, Hannan PJ, Haines J, Story M: Does Body Satisfaction Matter? Five-year Longitudinal Associations between Body Satisfaction and Health Behaviors in Adolescent Females and Males. *J Adolesc Health* 2006; 39(2): 244-51.
12. Blodgett EH, Gondoli DM: A 4-Year Longitudinal Investigation of the Processes by Which Parents and Peers Influence the Development of Early Adolescent Girls' Bulimic Symptoms. *J Early Adolesc* 2011; 31 (3): 390-414.
13. American Dietetic Association: Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Other Eating Disorders. *J Am Diet Assoc* 2006; 106 (12): 2073-82.
14. Neumark-Sztainer DR, Wall MM, Haines JI, Story MT, Sherwood NE, van den Berg PA: Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *Am J Prev Med* 2007; 33 (5): 359-69.
15. Bay L, Rausch Herscovici C, Kovalskys I, Berner E, Orellana L, Bergesio A: Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra. *Arch Argent Pediatr* 2005; 103(4): 305-16.
16. Bearman S, Presnell K, Martínez E, Stice E: The Skinny on Body Dissatisfaction: A Longitudinal Study of Adolescent Girls and Boys. *J Youth Adolesc* 2006; 35 (2): 217-29.
17. Madruga SW, Azevedo M, Araújo CL, Menezes AMB, Hal-lal PC: Factors associated with weight loss dieting among adolescents: the 11-year follow-up of the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. *Cad Saude Publica* 2010; 26: 1912-20.
18. Westerberg-Jacobson J, Edlund B, Ghaderi A: A 5-year longitudinal study of the relationship between the wish to be thinner, lifestyle behaviors and disturbed eating in 9-20-year old girls. *Eur Eat Disord Rev* 2010; 18 (3): 207-19.
19. Neumark-Sztainer D, Wall M, Guo J, Story M, Haines J, Eisenberg M: Obesity, Disordered Eating, and Eating Disorders in a Longitudinal Study of Adolescents: How Do Dieters Fare 5 Years Later? *J Am Diet Assoc* 2006; 106 (4): 559-68.
20. Correa ML, Zubarew T, Silva P, Romero MI: Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Rev Chil Pediatr* 2006; 77(2): 153-60.
21. Urzúa A, Castro S, Lillo A, Leal C: Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del norte de Chile. *Rev Chil Nutr* 2011; 38 (2): 128-35.
22. Garner D: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI-2. Madrid: Tea ediciones; 1983.
23. Urzúa A, Castro S, Lillo A, Leal C: Evaluación de los trastornos alimentarios: Propiedades psicométricas del test EDI-2 en adolescentes escolarizados(as) de 13 a 18 años. *Rev Chil Nutr* 2009; 36 (4): 1063-73.
24. Norma Técnica de Evaluación Nutricional del Niño de 6 a 18 Años. Año 2003. *Rev Chil Nutr* 2004; 31(2): 128-37.
25. Stice E, Davis K, Miller NP, Marti CN: Fasting increases risk for onset of binge eating and bulimic pathology: A 5-year prospective study. *J Abnorm Psychol* 2008; 117 (4): 941-6.
26. Haley CC, Hedberg K, Leman RF: Disordered Eating and Unhealthy Weight Loss Practices: Which Adolescents Are at Highest Risk? *J Adolesc Health* 2010; 47 (1): 102-5.
27. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Davies BA: Identifying dieters who will develop an eating disorder: a prospective, population-based study. *Am J Psychiatry* 2005; 162 (12): 2249-55.
28. León Hernández RC, Gómez-Peresmitré G, Platas S: Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Salud Mental* 2008; 31: 447-52.
29. Corsica JA, Hood MM: Eating disorders in an obesogenic environment. *J Am Diet Assoc* 2011; 111 (7): 996-1000.
30. Haley CC, Hedberg K, Leman RF: Disordered Eating and Unhealthy Weight Loss Practices: Which Adolescents Are at Highest Risk? *J Adolesc Health* 2010; 47 (1): 102-5.
31. Muris P, Meesters C, van de Blom W, Mayer B: Biological, psychological, and sociocultural correlates of body change strategies and eating problems in adolescent boys and girls. *Eat Behav* 2005; 6 (1): 11-22.