

Estilos cognoscitivos propios de los trastornos de la alimentación en estudiantes de la facultad de odontología de UNICOC en Bogotá, Colombia

Own cognitive styles of eating disorders in students of the faculty of dentistry of UNICOC in Bogotá, Colombia

Soraya Aparicio¹

RESUMEN

Objetivo: Determinar la presencia de estilos cognoscitivos y comportamentales propios de los trastornos de la alimentación en estudiantes de pregrado de la facultad de odontología, en el segundo semestre de 2006. **Materiales y métodos:** Estudio transversal poblacional, mediante cuestionario auto administrado personal y anónimo utilizando el Inventario de trastornos de la Alimentación (EDI), desarrollado por Garner, Olmsted y Polivy en 1983. Por espacio de 4 semanas, durante los meses de septiembre y octubre de 2006, se encuestaron los estudiantes de pregrado que se encontraban en el aula de clase en el momento de aplicar la encuesta. Se analizaron las subescalas: Impulso a la delgadez, sintomatología bulímica, insatisfacción corporal, ineffectividad y baja autoestima, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a madurar, con respecto a factores sociodemográficos. **Resultados:** De los 516 encuestas, 497 fueron diligenciadas por completo; 82,8% correspondieron al sexo femenino y 17,2% al masculino. Las puntuaciones elevadas fueron: 7,2% impulso a la delgadez; 4,6% temor a madurar; 1,2% insatisfacción corporal, 0,4% sintomatología bulímica, 12,8% pobre conciencia interoceptiva, 0,8% pobre autoestima, 10,1% perfeccionismo; 1,6% desconfianza interpersonal. En la puntuación total, 10,2% estuvo en el rango alto, 10,9% en el rango medio y 88,9% en el rango bajo. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre sexo femenino y las subescalas insatisfacción corporal ($p=0,048$), tendencia a la delgadez ($p=0,0001$) y temor a madurar ($p=0,030$); entre la subescala temor a madurar, sexo femenino ($p=0,038$), bulimia ($p=0,020$), grupo etareo entre 21 y 25 años ($p=0,017$); y con proceder de fuera de Bogotá ($p=0,028$)

Palabras clave: Trastornos de alimentación, anorexia, bulimia, trastornos de la conducta alimentaria no especificados

ABSTRACT

Objective: Determine the presence of typical cognitive and behavioural styles of eating disorders in undergraduate dental students in the second semester of 2006. **Materials and Methods:** a population cross-sectional study using a self and anonymous report questionnaire, using the Eating disorder Inventory (EDI) developed by Garner, Olmsted and Polivy in 1983. For about four weeks, during the months of September and October 2006, were surveyed undergraduate students who were attending to the classroom at the time the survey was applied. Subscales were analyzed: Drive for thinness, bulimic symptomatology, body dissatisfaction, ineffectiveness and low self-esteem, perfectionism, interpersonal distrust, interoceptive awareness, maturity fears, with respect to sociodemographic factors. **Results:** Of the 516 surveys, 497 were fully completed, 82.8% were female and 17.2% male. High scores were: 7.2% drive to thinness, 4.6% maturing fear, 1.2% body dissatisfaction, 0.4% bulimic symptoms, 2.8% poor interoceptive awareness, 0.8% poor self-esteem, 10.1% perfectionism, 1.6% interpersonal distrust. In the total score, 10.2% were in the high range, 10.9% in the middle range and 88.9% in the low range. Statistically significant association was found between female and body dissatisfaction subscales ($p = 0.048$), tendency to thinness ($p = 0.0001$) and maturity fears ($p = 0.030$) between the maturity fear subscale, female gender ($p = 0.038$), bulimia ($p = 0.020$), age between 21 and 25 years ($p = 0.017$) and to come from outside of Bogota ($p = 0.028$)

Key words: Eating disorders, anorexia, bulimia, non-specific eating behavior disorders

1. Médico Psiquiatra. Bienestar Universitario
Autor responsable de correspondencia: Soraya Aparicio
Correo electrónico: saporicio@unicoc.edu.co

Citar como: Aparicio S. Estilos cognoscitivos propios de los trastornos de la alimentación en estudiantes de la facultad de odontología de UNICOC en Bogotá, Colombia. Jour Odont Col 2012; 9:41-48.

Presentado noviembre 2011, aceptado febrero 2012

INTRODUCCIÓN

La silueta, tamaño y forma del cuerpo son fuente de preocupación en quienes anhelan poseer el prototipo de figura “perfecta” que promueven los medios publicitarios. La nuestra es una época de tratamientos y procedimientos mágicos para obtener el anhelado cuerpo delgado lo que no sólo obedece a la presión cultural^{1,2}; se necesita de una persona predispuesta para que tales mensajes tengan acogida.

Los reportes sobre la incidencia de trastornos de la conducta alimentaria son contradictorios: mientras unos sostienen que ha aumentado en más del 40% por década en 30 años, en mujeres entre 15 y 24 años pero no en mujeres mayores ni en varones³, otros plantean que la incidencia de bulimia se ha incrementado en hombres y mujeres y otros que sólo se ha sobreestimado.^{4,5}

Se dice que es una patología eminentemente femenina, con 10 mujeres por cada hombre afectado⁵⁻⁷. La literatura mundial reporta la prevalencia de la anorexia nerviosa entre 0,5% y 4,3% de la población, la de bulimia entre 1% y 5,8% y la del trastorno de alimentación no especificado entre 2 y 5%^{4,6-8}. El Estudio Nacional de Salud Mental indica que la prevalencia de trastornos de la alimentación es del 0,5%, asociado a entidades como ansiedad, depresión, abuso de sustancias o impulsividad⁹. Quien padece un trastorno de la alimentación tiene más del 30% de riesgo de presentar conductas autolesivas a lo largo de la vida⁷.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM/IV) define la anorexia nerviosa como la negativa a mantener el peso corporal adecuado para la edad y la estatura (menor del 85% de lo esperado o inhabilidad para ganar peso durante el crecimiento). Se caracteriza por miedo intenso a ganar peso a pesar de estar por debajo de lo normal, alteraciones de la percepción corporal y amenorrea en mujeres fértiles (ausencia de por lo menos 3 ciclos menstruales consecutivos). Se conocen dos tipos: restrictivo y purgativo.

La bulimia cursa con alteraciones en la ingesta de alimentos y alterna períodos de compulsión por comer con otros de dietas, vómitos autoinducidos, ingesta de laxantes o diuréticos, ayuno y ejercicio excesivo como mecanismo compensatorio. Se divide en dos tipos: purgativo y no purgativo.

El trastorno de la conducta alimentaria no especificado incluye conductas como hacer dietas permanentemente, ayuno, purgas y atracones de comida en casos que no cumplen los criterios para anorexia o bulimia nerviosa.¹⁰

En estudios realizados en España, la prevalencia de trastornos de alimentación en varones es 0,4% de la población, y 10% en Estados Unidos⁵, con menor utili-

zación de laxantes o medicamentos para adelgazar que las mujeres y mayor probabilidad de ser homosexual o bisexual.¹¹ Su preocupación por la actividad física y por la forma corporal son mayores que por el peso, por lo que el diagnóstico se hace tardíamente. Se ha planteado que la diferencia podría obedecer a que las preguntas de los tests utilizados se orientan hacia las mujeres y que por ser una patología predominantemente femenina a los varones les produciría vergüenza consultar.¹¹⁻¹³

La historia vital y los rasgos de personalidad, que generan insatisfacción y distorsión de la imagen corporal en áreas que representan aspectos sexuales como los senos, el abdomen, las caderas, los muslos y las nalgas en las mujeres² o el deseo de tener un tórax amplio y una musculatura tonificada o el miedo a envejecer en los hombres¹¹ son aspectos importantes en la génesis de la patología. Está descrita la relación existente entre el peso, la actitud respecto de la alimentación, haber sido objeto de burlas por parte de pares y la satisfacción con la imagen corporal.^{14,15} En tales casos, la búsqueda de una imagen perfecta, el evitar revelar imperfecciones¹³, la adopción de expectativas elevadas respecto de sí mismo y de los demás y la convicción de que los demás esperan de sí resultados excepcionales son mecanismos compensatorios como la hipersensibilidad frente a la opinión de los demás y evitación de las situaciones en que no está asegurado el éxito. Cualquier resultado que se aparte de lo esperado se considera una falla notable.^{16,17,18}

Además del trastorno de la conducta alimentaria en sí, las patologías asociadas, como abuso de sustancias, discontrol de impulsos, ansiedad, depresión, trastornos obsesivo-compulsivos y el riesgo suicida 30% mayor que en la población general hace necesario detectar y brindar un tratamiento temprano por verse comprometidas las relaciones sociales, la familia, el rendimiento académico y laboral.^{7,19}

En Colombia se han realizado estudios sobre este tópico en universitarios pero no se conocen reportes en estudiantes de Odontología.²⁰

El propósito de este documento es presentar los resultados de un inventario de trastornos de la conducta alimentaria, aplicado en estudiantes de pregrado de una facultad de odontología durante el segundo semestre del 2006

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo transversal, realizado en estudiantes de pregrado de odontología de la Institución Universitaria Colegios de Colombia, (UNICOC) matriculados en el momento de la encuesta, que se encontraran en el salón de clase o laboratorio al momento de la misma y que consintieran volunta-

riamente diligenciarla. Las variables fueron: edad, género, semestre, estado civil, estrato socioeconómico, procedencia, situación laboral y la aplicación del Inventario de trastornos de alimentación, desarrollado por Garner, Olmsted y Polivy en 1983.²¹, que concede mayor relevancia al valor cuantitativo de cada una de las 8 subescalas que a la puntuación total ya que no hay un punto de corte. A mayor puntuación, mayor presencia del rasgo. La escala fue diseñada para evaluar estilos cognoscitivos, psicológicos y comportamentales comunes a la anorexia y a la bulimia nerviosa y se ha validado para hispanoparlantes; consta de 64 ítems y evalúa los siguientes aspectos: impulso a la delgadez, sintomatología bulímica, insatisfacción corporal, ineffectividad y baja autoestima, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a madurar.

Se realizó una prueba piloto en 10 estudiantes de para determinar su validez facial. El resultado de esta prueba llevó al cambio de expresiones “atrascarse de comida” y otra relacionada con la soledad, por lo cual se hicieron las modificaciones pertinentes en la redacción de preguntas que no fueron interpretadas adecuadamente por desconocimiento de la terminología (pregunta 2,5 y 30). Se explicó el procedimiento para diligenciar la encuesta, garantizando a los participantes mantener la confidencialidad en la información suministrada. Se consideró evaluable aquella encuesta diligenciada en su totalidad.

Los datos fueron tabulados en Excel XP versión 2006 y procesados en SPSS versión 16. Los resultados se presentan en tablas de contingencia; se aplicaron pruebas estadísticas como chi-cuadrado para proporciones y regresiones lineales

RESULTADOS

De 715 estudiantes, 516 aceptaron participar. Fueron evaluables 497 instrumentos. Predominó el sexo femenino (82,8%) y el grupo etareo entre 16 y 20 años (50,3%), el estado civil soltero(a) (91,3%) y la pertenencia al estrato socioeconómico 3 (59,2%). El 54,3% procedía de una ciudad diferente a Bogotá y el 10,5% tenía un trabajo adicional a los estudios de odontología

En la Tabla 1 se observan los puntajes para cada subescala y total del Inventario, en donde tan solo el 0,2% (n=1) puntuó alto, el 10,9% (n=54) medio y el 88,9% (n=442) bajo. Sobresalieron puntuaciones altas en la subescalas perfeccionismo (10%), tendencia a la delgadez (7,2%), temor a madurar (4,6%),

Aunque el género femenino fue predominante, se encontró asociación estadísticamente significativa entre el mismo y las subescalas: tendencia a la delgadez (p=0,0001), insatisfacción corporal (p=0,048) y temor a madurar (p=0,030).

Tabla 1

Distribución porcentual de estudiantes según puntuaciones del Inventario de trastornos de alimentación Estudiantes de pregrado UNICOC, 2006

Subescala	Puntaje	%
Tendencia a la delgadez	Bajo	71,2
	Medio	21,5
	Alto	7,2
Insatisfacción corporal	Bajo	87,7
	Medio	11
	Alto	1,2
Temor a madurar	Bajo	70,8
	Medio	24,5
	Alto	4,6
Sintomatología Bulímica	Bajo	95,5
	Medio	4
	Alto	0,4
Conciencia Interoceptiva	Bajo	84,5
	Medio	12,6
	Alto	2,8
Ineficacia y baja autoestima	Bajo	95,3
	Medio	3,8
	Alto	0,8
Perfeccionismo	Bajo	28,7
	Medio	61,6
	Alto	10
Desconfianza Interpersonal	Bajo	81,08
	Medio	17,3
	Alto	1,6
Puntaje total	Bajo	88,9
	Medio	10,9
	Alto	0,2
N	497	100,0

Con respecto a los grupos etareos no se encontró asociación con las subescalas y el puntaje total, ni con el nivel socioeconómico o la procedencia.

Al comparar la presencia de trabajo adicional frente a la subescala temor a madurar, se encontró asociación estadísticamente significativa (p=0,038); con bulimia (p=0,020) y con el grupo etareo entre 21 y 25 años (p=0,017).

Teniendo en cuenta la procedencia se encontró asociación significativa con temor a madurar (p=0,028); los puntajes más elevados de temor correspondieron a quienes provenían de fuera de Bogotá.

Aunque no hubo diferencia estadísticamente significativa se observó que la puntuación para bulimia fue mayor en los hombres y la puntuación de perfeccionismo mayor en mujeres.

Al correlacionar las subescalas entre sí, los mayores coeficientes de correlación, como tendencias estuvieron entre delgadez e insatisfacción corporal ($r=0,62$), conciencia interoceptiva ($r=0,49$) y sintomatología bulímica ($r=0,4$). Insatisfacción corporal y sintomatología bulímica ($r=0,55$), conciencia interoceptiva ($r=0,47$) e inefectividad y baja autoestima ($r=0,45$). Conciencia interoceptiva y baja autoestima ($r=0,54$).

DISCUSIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria son un problema mundial y Colombia no es la excepción.^{4-7,26}

El presente estudio evidencia la relación entre género femenino y estilos propios de trastornos de la conducta alimentaria como insatisfacción con la imagen corporal, tendencia a la delgadez y miedo a madurar, datos similares a los de algunos estudios relacionados

Tabla 2

Coefficientes de correlación de Pearson entre las subescalas

Subescalas	1	2	3	4	5	6	7	8
1 Delgadez								
2 Insatisfacción corporal	0,62							
3 Temor a madurar	0,26	0,26						
4 Sintomatología bulímica	0,40	0,55	0,27					
5 Conciencia interoceptiva	0,49	0,47	0,37	0,52				
6 Inefectividad y baja autoestima	0,28	0,45	0,36	0,40	0,54			
7 Perfeccionismo	0,20	0,13	0,24	0,25	0,33	0,19		
8 Desconfianza interpersonal	0,13	0,21	0,26	0,18	0,30	0,38	0,22	

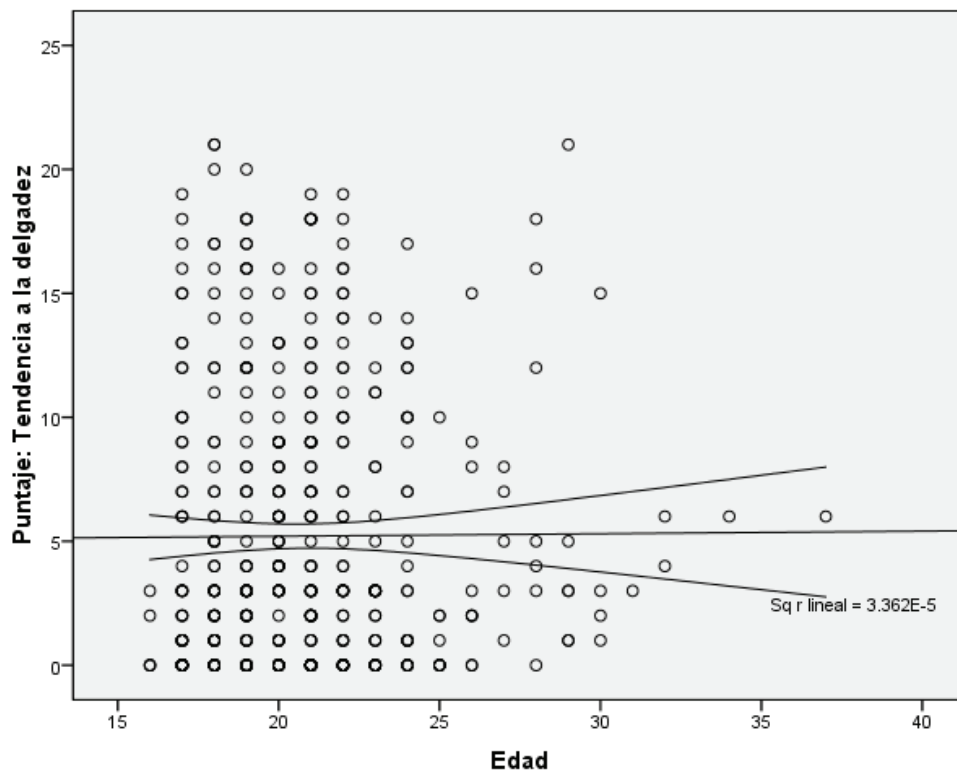


Figura 1
Correlación entre edad y tendencia a la delgadez

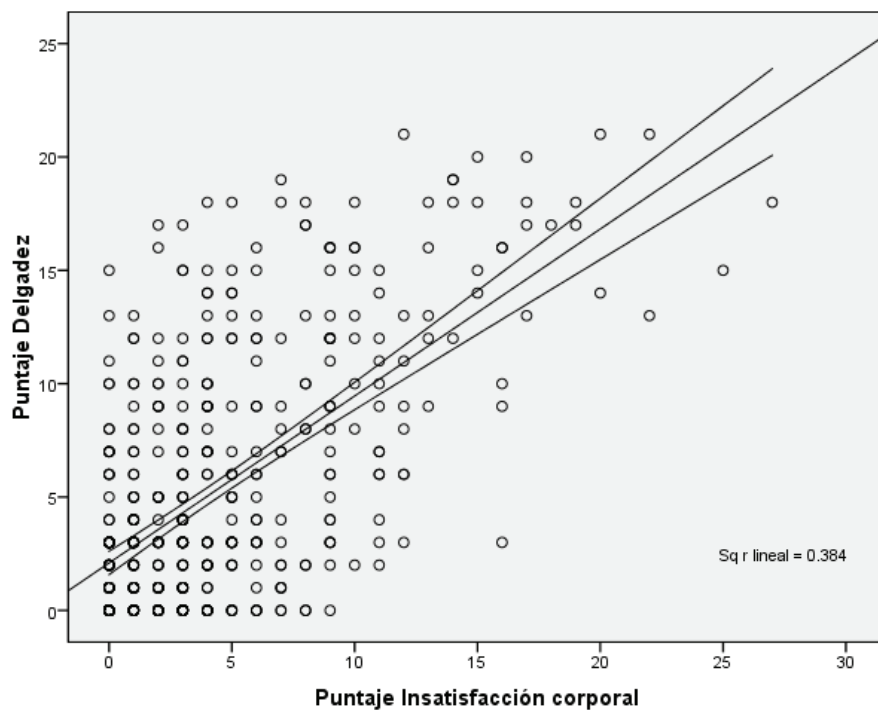


Figura 2

Correlación entre Insatisfacción corporal y tendencia a la delgadez

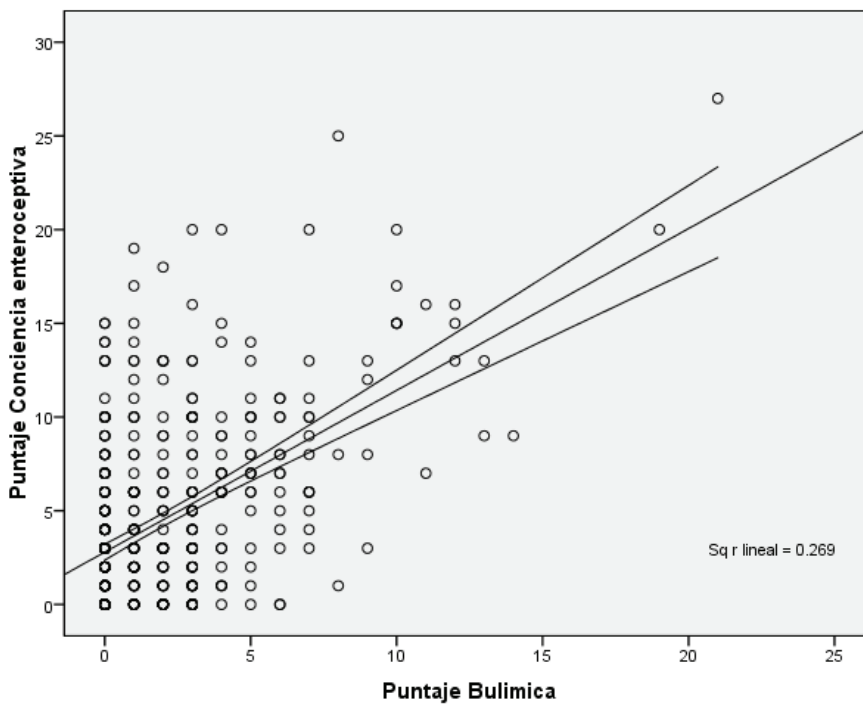


Figura 3

Correlación entre sintomatología bulimica y conciencia interoceptiva

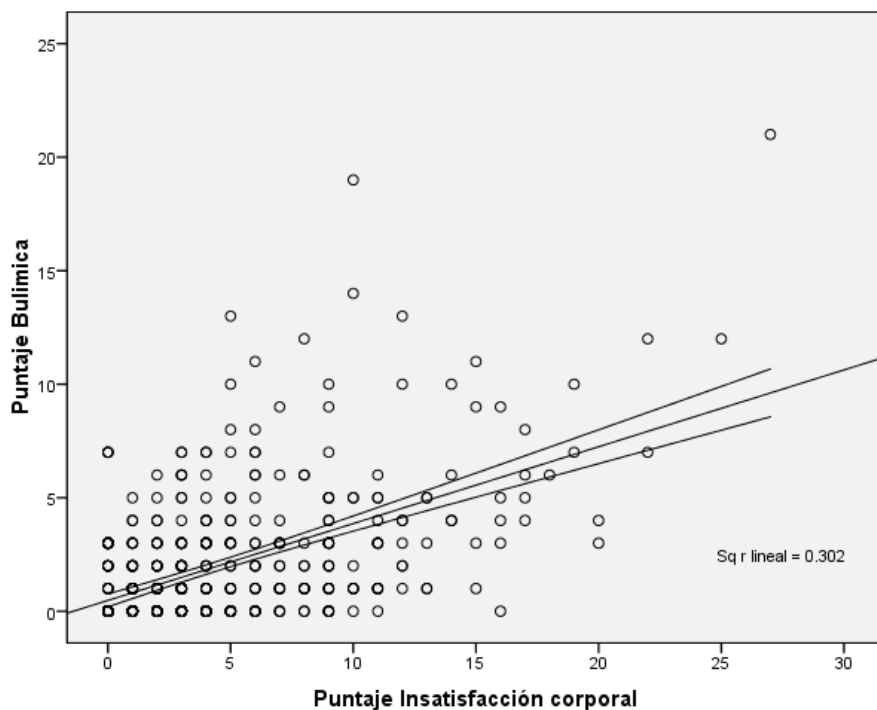


Figura 4

Correlación entre insatisfacción corporal y conciencia interoceptiva

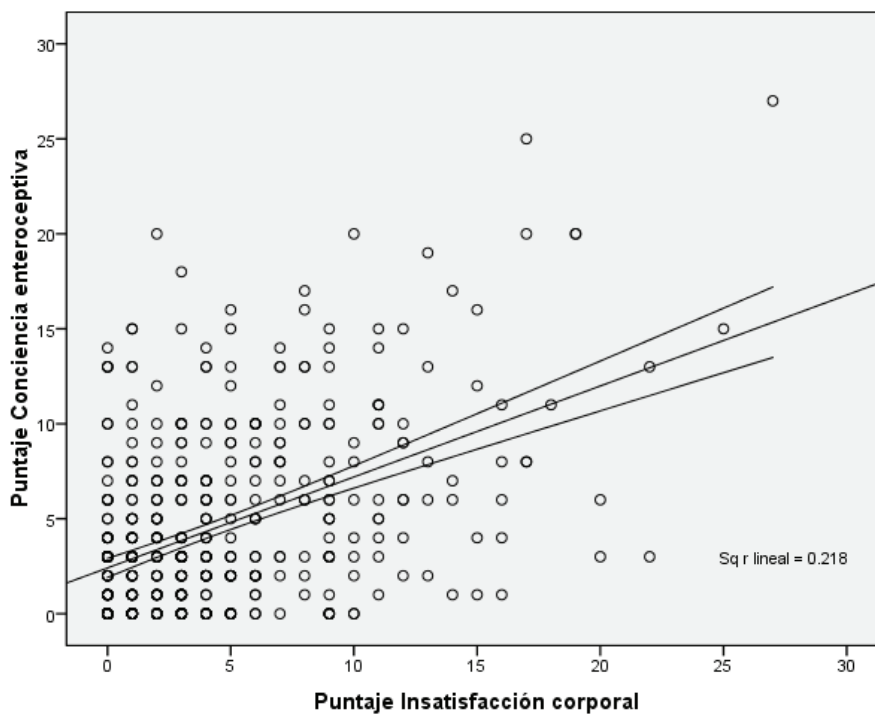


Figura 5

Correlación entre insatisfacción corporal y sintomatología bulimica

con el tema.^{21-23,26} La tendencia a la delgadez presente en todos los grupos etareos concuerda con la literatura mundial que la reporta en niños, gente de mediana edad y madura.⁴ La ausencia de diferencia estadísticamente significativa entre los grupos etareos podría indicar la presencia de los rasgos evaluados en todas las edades^{4,7,8} así como la presencia del rasgo tendencia a la delgadez independiente del estrato social probablemente obedezca a la penetración de los medios a todo nivel como en nuestro estudio y en otros realizados en Canadá y Argentina^{7,22,26} pero opuesto a lo que se encontró en el estudio chileno que plantea una mayor prevalencia en estratos inferiores.²³ Nuestros resultados coinciden con los del estudio español, que asocia tendencia a la delgadez e insatisfacción corporal con sexo femenino y presencia de tendencia a bulimia en sexo masculino y no coinciden en que los rasgos perfeccionismo y temor a madurar fueron más frecuentes en mujeres en el nuestro. Una posible explicación es que nuestra población es sólo de estudiantes de odontología, donde el perfeccionismo sería una cualidad deseable y en el estudio mencionado la población provenía de varios programas.¹⁹

A diferencia del estudio realizado en Chile en que se menciona que la prevalencia de anorexia en la población general es menor que en el grupo de estudiantes, en nuestra muestra es similar a las cifras de la literatura mundial^{23,4,6,7,8} pero inferior en el caso de la bulimia, contrario a lo descrito en la literatura.¹⁹

La asociación entre temor a madurar y bulimia podría obedecer como lo plantea la literatura mundial a un intento de disminuir sentimientos de vacío e inadecuación con los atracones de comida.²⁴ Para las mujeres cambiar de domicilio y vivir en Bogotá podría evidenciar elementos ambivalentes entre dependencia e independencia y miedo a madurar y ser el primer paso hacia un trastorno de alimentación como lo documenta el estudio japonés.²⁵

La correlación entre tendencia a la delgadez e insatisfacción corporal está presente en las mujeres con trastornos de la alimentación, donde frecuentemente se encuentra que el inicio de la enfermedad se presentó después de una dieta para adelgazar.³⁻⁵ o porque los estilos de alimentación vienen cambiando en las sociedades industrializadas.²⁷ En cuanto a la autoestima, está descrito que depende de la autoimagen y la percepción de sí. Es por esto que se cree que los hombres estarían menos expuestos porque su autoestima no depende de la apariencia física.⁶ Se ha descrito que las personas que desarrollan trastornos de la alimentación tienen una autoestima lábil, que necesita aprobación externa para conservarse; por tanto alcanzar los criterios sociales de belleza se vuelve una manera de ser aceptado.²⁸ La pobre conciencia interoceptiva impide distinguir

las sensaciones experimentadas, como una variante de la alexitimia o incapacidad de poner en palabras las emociones. Las emociones que no es posible procesar, asignándoles palabras terminan por actuarse impulsivamente. Esto explica la asociación descrita entre tendencia bulímica y pobre conciencia interoceptiva.²⁹

Llama la atención que la escala perfeccionismo no se correlacione de manera significativa con ninguna otra de las subescalas, aunque se haya encontrado elevado en la puntuación general. Aunque no disponemos de un grupo control con el cual contrastarlo podría pensarse que un rasgo propio de la profesión de odontólogo que podría constituirse en factor de riesgo para otras patologías como el síndrome de burnout.³⁰

La mayor proporción de estudiantes que trabajan se encuentra en el nivel bajo de temor a madurar (13,4 %) aunque esto no quiere decir que solo los que tienen bajo temor a madurar trabajen: los hay en menor proporción en las escalas media (4,9%) y alta (8,7%). El trabajar probablemente se deba a necesidad económica relacionada con el estrato.

Sugerencias, realizar estudios que crucen trastornos de la conducta alimentaria con las patologías más comúnmente asociadas como comorbilidad y poder establecer un diagnóstico temprano por la amplia repercusión en todas las esferas.²²

REFERENCIAS

- Rodríguez M.. Trastorno bipolar y multiimpulsividad en una muestra de 181 mujeres con trastornos de la conducta alimentaria, atendidas en Bogotá: prueba de un modelo de asociación para valoración de riesgo. *Rev As Col Psiquiatría* 2003;22(1): 11-26
- Rodríguez M., Gempeler J. La corporalidad en los trastornos de la alimentación. *Rev Colomb Psiquiatr* 1999; 24(4): 293-310
- Gotestam K., Agras W. General Population-Based Epidemiological Study of Eating Disorders in Norway. *Int Jour Eat Disor*1995; 18(2):119-126.
- Hay P., Mond J, Buttner P, Darby A (2008) Eating Disorder Behaviors Are Increasing: Findings from Two Sequential Community Surveys in South Australia. *PLoS ONE* 3(2): e1541. i:10.1371/journal.pone.0001541 Consultado 22/XI/08.
- Makino M., Tsuboi K. and Dennerstein L., Prevalence of Eating Disorders: A Comparison of Western and Non-Western Countries. *MedGenMed*. PMID: PMC14356252004; 6(3): 49. Published online 2004 September 27. Copyright Medscape from WebMD
- Kugu N., Akyuz G., Dogan O, Ersan E., Izgic F. The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2006; 40:129-135

7. Gucciardi E, Celasun N., Ahmad F., Stewart D. Eating Disorders. *Women's Health* 2004, 4(Suppl 1):S21doi:10.1186/1472-6874-4-S1-S21.
8. Wade T., Bergin J., Tiggemann M., Bulik C., Fairburn C. . Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2006; 40:121-128
9. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV Masson. S.A. Barcelona, 1995
10. Ministerio de la Protección Social Estudio nacional de salud mental. 2003
11. Melón P, Araújo A. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24(Supl III):73-6
12. Lindblad F, Lindberg L., Hjern A., Anorexia Nervosa in Young Men: A Cohort Study. *Int J Eat Disord* 2006; 39:662-666
13. Forbush K., Heatherton T., Keel P., Relationships Between Perfectionism and Specific Disordered Eating Behaviors *Int J Eat Disord* 2007; 40:37-41
14. Thompson J., Coovert M., Richards K., Johnson S., Cattarin J. Development of Body Image, Eating Disturbance and General Psychological Functioning in Female Adolescents: Covariance Structure Modeling and Longitudinal Investigations *Int J Eat Disord* 1995;18(3): 221-236
15. Akan G., Grilo C. Sociocultural Influences on Eating Attitudes and Behaviors, Body Image, and Psychological Functioning: A Comparison of African-American, Asian-American, and Caucasian College Women *International Journal of Eating Disorders*, (1995) Vol. 18, No. 2, 181-187
16. Waller G., Sines J., Meyer C., Foster E., Skelton A., Narcissism and Narcissistic Defences in the Eating Disorders *Int J Eat Disord* 2007; 40:143-148
17. Hewitt P., Flett, C., Ediger E. Perfectionism Traits and Perfectionistic Self-Presentation in Eating Disorder Attitudes, Characteristics, and Symptoms *Int J Eat Disord* 1995; 18 (4)317-326.
18. Bastiani A., Rao R., Weltzin Th., Kaye W. Perfectionism in Anorexia Nervosa. *Int J Eat Disord* 1995;17(2): 147-152
19. Sepúlveda A., Carroble J., Gandarillas A. Gender, school and academic year differences among Spanish university students at high-risk for developing an eating disorder: An epidemiologic study *BMC Public Health* 2008, 8:102 doi:10.1186/1471-2458-8-102
20. Vasquez R., Angel L., García J., Martínez L., Chavarro K. Trastornos de la Conducta Alimentaria en deportistas. *Rev Colomb Psiquiatr* 1997;26(2)115-126.
21. Garner D., Olmstead M, Polivy J., Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1983;2(2) 15-34.
22. Couturier J. New Developments in Child and Adolescent Eating Disorders *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;16:4 November
23. Correa María., Zubarew T., Silva P. y cols . Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Rev. Chil. Pediatr.* [online]. Abr. 2006, vol.77, no.2 [citado 17 Septiembre 2008], p.153-160. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062006000200005&lng=es&nrm=i>. ISSN 0370-4106.
24. Haller E. Eating disorders. A review and update. *West J Med* 1992 Dec; 157: 669-662
25. Tachi T., Kusano-Schwarz M., Murakami K. y cols. Usefulness of the Eating Disorder Inventory-2 Japanese Version in Patients with Eating Disorders *Tokai J Exp Clin Med* 2007;32 (3)78-82
26. Lenoir M. y Silber T .Anorexia nervosa en niños y adolescentes (Parte 1) Criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad *Arch. argent. pediatr* 2006; 104(3):253-260
27. Popkin B., Gordon-Larsen P. The nutrition transition: worldwide obesity dynamics and their determinants *International Journal of Obesity* (2004) 28: 53-59
28. Eggert J., Levendosky A., Klump K., Relationships Among Attachment Styles, Personality Characteristics, and Disordered Eating *Int J Eat Disord* 2007 40:149-155.
29. De Zwaan M., Bach M., Mitchell J., Ackard D., Specker S., Pyle R., Pakesch C. Alexithymia, Obesity, and Binge Eating Disorder *Int J Eat Disord* 1995;17(2): 135-140