I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2009.

Trastornos alimentarios en niños y su relación con insatisfacción con la imagen corporal y perfeccionismo: estado del arte.

Elizathe, Luciana, Arana, Fernan, Murawski, Brenda María y Rutsztein, Guillermina.

Cita:

Elizathe, Luciana, Arana, Fernan, Murawski, Brenda María y Rutsztein, Guillermina (2009). *Trastornos alimentarios en niños y su relación con insatisfacción con la imagen corporal y perfeccionismo: estado del arte. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-020/160

ARK: https://n2t.net/ark:/13683/eYG7/QX2

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org.*

TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN NIÑOS Y SU RELACIÓN CON INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL Y PERFECCIONISMO: ESTADO DEL ARTE

Elizathe, Luciana; Arana, Fernan; Murawski, Brenda María; Rutsztein, Guillermina
Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires - CONICET

RESUMEN
El objetivo de este estudio es conocer los hábitos y las actitudes hacia la alimentación que presentan los niños y su relación con la presencia de conductas de riesgo de trastorno alimentario, insatisfacción con la imagen corporal y creencias perfeccionistas. A estos fines, se procedió, en primer lugar, a realizar una revisión teórica sobre las variables en juego y, en segundo lugar, una revisión sobre los instrumentos psicométricos más utilizados que evalúan dichas variables en este tipo de población. Los resultados de este estudio están destinados a conformar tanto el marco teórico como el estado del arte del problema planteado para luego realizar un estudio descriptivo correlacional sobre una muestra de niños en edad escolar de la Ciudad de Buenos Aires. Los resultados podrían aportar, a largo plazo, un mayor conocimiento teórico sobre los trastornos alimentarios en la infancia, que podría redundar en la mejora de programas de prevención y de tratamientos psicoterapéuticos específicos para población infantil.

Palabras clave
Trastornos Alimentarios Imagen Perfeccionismo

ABSTRACT
EATING DISORDERS IN CHILDREN AND ITS RELATIONSHIP WITH BODY IMAGE DISSATISFACTION AND PERFECTIONISM: THE STATE OF ART
The aim of this study is to examine attitudes and eating habits in children and its relation with eating disorders, body image dissatisfaction and perfectionistic beliefs. Firstly, the literature examining this variables was reviewed; then, a review of the most frequently used instruments for the assessment of this variables in children population, was performed. The outcome could contribute to conform theoretical frame in this field as well as the state of art of this present research which may lead to a future correlational and descriptive study on a scholar sample of Buenos Aires City. Outcomes might bring on the long term a better theoretical kowledge about eating disorders in childhood, which could lead to better prevention programs and psychotherapeutic treatments on this population.

Key words
Eating Disorders Image Perfectionism

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la alimentación (TA) se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria acompañados por un gran temor a engordar y una insatisfacción significativa con la imagen corporal. El temor a engordar lleva a quienes padecen estos trastornos a realizar conductas inadecuadas para bajar de peso, tales como ayunos, actividad física excesiva, vómitos autoinducidos, consumo de laxantes y diuréticos. Las entidades nosológicas actualmente reconocidas dentro de los trastornos de la alimentación son: a) anorexia nerviosa (AN), caracterizada fundamentalmente por el rechazo a mantener el peso corporal dentro de los valores mínimos normales y la distorsión de la imagen corporal; b) bulimia nerviosa (BN), caracterizada por episodios recurrentes de voracidad seguidos de conductas compensatorias inapropiadas; c) trastornos alimentarios no especificados (TANE), que son aquellos que presentan síntomas de TA pero no alcanzan a cumplir los criterios de algún trastorno específico. (American Psychiatric Association, 2002).

Numerosos estudios señalan a los adolescentes, especialmente a las mujeres, como la población de riesgo de padecer estos trastornos (Murawski, Elizathe, & Rutsztein, 2008; Rutsztein et al., 2008; Vega Alonso, Rasillo Rodríguez, Lozano Alonso, Rodríguez Carretero, & Martín, 2005). También se han estudiado grupos poblacionales específicos de adolescentes, como las bailarinas y las atletas, por ser considerados de muy alto riesgo (Rutsztein, 1998; Rutsztein et al., 2007; Salbach et al., 2007). Sin embargo, en los últimos años se ha comenzado a observar la aparición de estas alteraciones alimentarias entre niños de menor edad (Correa, Zubarew, Silva, & Romero, 2006).

En nuestro país, Bay y colaboradores (2005) han señalado una prevalencia de 13, 15 y 12% de sospecha de trastornos alimentarios en niñas y niños que concurren al consultorio pediátrico de 10, 11 y 12 años respectivamente, y han identificado algunos factores de riesgo tales como la presencia de crisis vitales, antecedentes de problemas alimentarios, antecedentes de madre obesa y de familiar dietante. Los resultados hallados por estos autores son a su vez coherentes con la observación realizada por Rutsztein (1996) quien señala que la edad de inicio de estos trastornos en las niñas se aproximaría cada vez más a la menarca. También Correa y colaboradores (2006) hallaron en Chile una proporción de riesgo similar a la reseñada anteriormente en niñas de 11 y 12 años y destacaron que fue el grupo con mayor prevalencia de riesgo en comparación a otras franjas etáreas superiores. A su vez, un estudio posterior realizado en España concluyó que un poco más del 10% de niñas y niños de 8 a 12 años podría estar en riesgo de presentar un TA (De Gracia, Marcó, & Trujano, 2007).

Por otro lado, diversos trabajos han indagado los posibles factores de predisposición al desarrollo de TA en población infantil, desde diferentes perspectivas: socioculturales (Harrison, 2000), familiares (Joyce, 2008), genéticos/biológicos (Cotrufo, Cella, Cremato, & Labella, 2007) e individuales (Thomas, Ricciardelli, & Williams, 2000). Dentro de los factores individuales, se ha encontrado que la insatisfacción con la imagen corporal, entendida como el sentimiento de disgusto con la propia apariencia, constituye un factor asociado a la conducta alimentaria disfuncional en niños (Collins, 1991; De Gracia et al., 2007). De hecho, en un estudio con niños de una edad promedio de 9 años, Skemp-Arlt, Rees, Mikat, y Seebach (2006) hallaron que un poco más de la mitad de la muestra se encontraba insatisfecha con su propio cuerpo.

Por otra parte, se ha detectado que también el perfeccionismo es una variable clave en el desarrollo de los TA en población adulta (Fassino et al., 2006). Una de las definiciones más aceptadas del perfeccionismo habla de una tendencia a plantearse elevados estándares de desempeño en combinación con una evaluación excesivamente crítica de los mismos y una creciente preocupación por cometer errores (Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate, 1990). Si bien históricamente se ha pensado en el perfeccionismo como un rasgo característico de los pacientes con TA, en los últimos veinte años se ha comenzado a estudiar sistemáticamente ambas variables desde una perspectiva multidimensional (Haring, Hewitt, & Flett, 2003). Algunos estudios indican que la búsqueda de un estándar excesivamente elevado en relación al peso y la forma corporal es inherente a una de las dimensiones del perfeccionismo (Goldner, Cockell, & Srikameswaran, 2002).

Otros autores encontraron que el perfeccionismo actúa como un importante predictor de bulimia y anorexia (Chang, Ivezaj, Downey, Kashima, & Morady, 2008). A su vez, McGee, Hewitt, Sherry, Parkin, y Flett (2005) hallaron que el perfeccionismo se asocia a los síntomas de los TA, permitiendo predecir dichos trastornos en mujeres que se encuentran insatisfechas con su imagen corporal.

Por otra parte, si bien el estudio del perfeccionismo infantil tiene un desarrollo incipiente y prometedor (Hewitt at al., 2002; Oros, 2003), no se han hallado aún investigaciones que indaguen sobre la potencial influencia directa del perfeccionismo en las conductas alimentarias y la autoimagen en niños. Podría citarse en este pla-

no el estudio de Saling, Ricciardelli, & McCabe (2005) como un interesante antecedente vinculado a la temática elegida, pero desde una perspectiva más general (por ejemplo, encuentran al perfeccionismo, entre otras características psicológicas, como predictor de preocupación por la muscularidad y por la comida).
Por último, considerando las graves consecuencias para la salud física y psíquica que acarrean los TA, sería relevante investigar estas variables entre los niños, ya que como sugiere la bibliografía revisada, al ser una población en riesgo creciente, las estrategias de intervención en este grupo etáreo contribuirían a prevenir el desarrollo de TA completos en la adolescencia.

2. Materiales habitualmente utilizados para evaluar trastornos alimentarios, imagen corporal y perfeccionismo en niños

Diversos autores interesados en la temática de los trastornos alimentarios, la imagen corporal y el perfeccionismo han diseñado instrumentos específicos para medir estas variables en niños. Algunos de los más utilizados son:

ChEAT. The Children´s version of the Eating Attitudes Test (Maloney, McGuire, & Daniels, 1988; adaptación española: De Gracia, Marcó, & Trujano, 2007). Se trata de una escala autoadministrada de 26 items que permite evaluar hábitos y actitudes relacionados con la alimentación y la imagen corporal en niños de 8 a 13 años. Está conformada por tres subescalas: *Dieta*, que evalúa entre otras cosas el rechazo a consumir comida de alto contenido calórico; *Control Oral*, que evalúa el control personal y social sobre la alimentación; y *Bulimia*, que evalúa la fijación a la comida y el control acerca de la misma. Cada ítem se puede responder con las siguientes 6 posibilidades: *siempre*, *casi siempre*, *a menudo*, *a veces*, *pocas veces* y *nunca* (escala Likert). En cada ítem, la respuesta que señala mayor sintomatología es *siempre*, y se puntúa con el valor 3; seguida por *casi siempre*, que se puntúa con el valor 2, y por *a menudo*, que se puntúa con el valor 1. Las tres restantes respuestas se califican con el valor 0. Maloney y colaboradores (1988) establecen que el puntaje de corte es de 20 puntos, indicando que quienes posean un puntaje igual o superior al señalado podrían estar en riesgo de presentar algún TA. El ChEAT es una versión simplificada y adaptada a la población infantil del Eating Attitude Test-26 diseñado por Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel (1982), que indaga percepción de la imagen corporal, preocupaciones en relación a la comida y práctica dietante. La adaptación realizada por Maloney y colaboradores (1988) presenta una buena estabilidad test-retest y unos coeficientes de consistencia interna adecuados (alfa=.76) comparables a los encontrados en los estudios realizados en la versión para adultos. A su vez, en la adaptación realizada por De Gracia y colaboradores (2007) el instrumento presentó un alfa total de .76 y coeficientes de discriminación ítem-escala que varían de un rango de .74 y a .76. Los coeficientes de consistencia interna para cada una de las subescalas que lo forman, en cambio, fueron modestos (.57 para *Control oral*, .50 para *Bulimia*, y .74 para *Dieta*).

EDI-C. Eating Disorder Inventory-Child (Garner, 1991). Se trata de una versión adaptada a población infantil del Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2). Consta de 91 items que indagan sobre síntomas relacionados a los trastornos alimentarios y que se agrupan en 11 subescalas. Cada item se puede responder con las siguientes posibilidades: *siempre*, *casi siempre*, *a menudo*, *a veces*, *pocas veces* y *nunca*; que se califican con una puntuación que va de 0 a 3, puntuando con el valor 3 las respuestas que señalan mayor patología *(siempre* o *nunca* dependiendo de la direccionalidad del item). De las 11 subescalas que conforman este intrumento, tres de ellas (*Búsqueda de delgadez, Bulimia* e *Insatisfacción con la Imagen Corporal*) permiten evaluar actitudes y conductas relacionadas a la alimentación, el peso y la imagen corporal. Las restantes subescalas (*Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza Interpersonal, Conciencia Interoceptiva, Miedo a Madurar, Ascetismo, Impulsividad* e *Inseguridad Social*) evalúan, en cambio, rasgos psicológicos usualmente asociados a los trastornos alimentarios. El EDI-C presenta buenas propiedades psicométricas: alfas entre .70 a .91 en niños con trastorno alimentario.

Ch/ASRS. Child/adolescent Version of the Silhouette Rating Scale (Collins, 1991). Es una escala gráfica de siluetas que evalúa la imagen corporal y la diferencia entre el cuerpo que el sujeto desea tener y la imagen corporal que cree tener. Esta escala consiste en 7 figuras de niñas y 7 figuras de niños que conforman una graduación desde una silueta muy delgada hasta la última que presenta un sobrepeso importante. Cada niño debe elegir la figura más representativa de su imagen corporal actual y de la imagen corporal deseada. Las respuestas se califican con una puntuación de 1 a 7, desde la figura más delgada a la que presenta mayor sobrepeso. Esta escala presenta un coeficiente de consistencia interna de .71 en relación a la imagen percibida como actual y .59 en relación a la imagen corporal deseada (Collins, 1991).

Body Image Subscale (11 items) of de Self-Image Questionnaire for Young and Adolescents (SIQYA; Petersen, Schulenberg, Abramowitz, Offer, & Jarcho, 1984). La escala, conformada por 11 reactivos, fue desarrollada para utilizar con niños de 6to y 7mo grado, y diseñada para detectar la transición de la adolescencia temprana en relación a la propia imagen y comparar aspectos sociales y afectivos de la imagen corporal. Los niños deben responder eligiendo la opción que más los describa, en una escala del 1 (*muy bien*) al 6 (*para nada*). El rango de puntaje para esta escala es de 11 a 66, siendo los puntajes altos los que indican mayor insatisfacción con la imagen corporal. Esta subescala presenta coeficientes de consistencia interna de .77 para niñas y .81 para niños.

Cuestionario de Perfeccionismo Infantil (Oros, 2003). Es un instrumento autoadministrado que permite evaluar perfeccionismo en niños de 8 a 13 años de edad. El mismo fue desarrollado a partir de un estudio local con niños de las provincias de Buenos Aires y Entre Ríos (Oros, 2003) tomando como base el modelo de Hewitt & Flett (1991). El cuestionario incluye 16 ítems que se agrupan en dos dimensiones: *Autodemandas* y *Reacciones ante el fracaso,* de 8 ítems cada una. La dimensión de las *Autodemandas* expresa un perfeccionismo orientado hacia sí mismo y evalúa la tendencia de los niños a exigirse constantemente la perfección y a evitar continuamente errores y equivocaciones. La dimensión de *Reacciones ante el fracaso* refleja las emociones y actitudes asociadas al fracaso de las autodemandas. Cada ítem admite como respuestas: *sí* o *lo pienso*, que se califica con el valor 3; *a veces* o *lo pienso a veces*, que se califica con el valor 2; y *no* o *no lo pienso*, que se califica con el valor 1. Se puede obtener una puntuación general de la escala sumando los valores de todos los ítems, o una puntuación por dimensión sumando los ítems de cada una de éstas. Como aún no se cuenta con una muestra lo suficientemente amplia como para elaborar un baremo, la autora de la escala (Oros, 2003) establece valores altos, medios o bajos de perfeccionismo mediante el cálculo de percentiles de la puntuación general; considerando el 25% superior de las frecuencias como puntuaciones altas, el 25% inferior como bajas, y el 50% restante como valores medios de perfeccionismo. Esta escala goza de una consistencia interna satisfactoria (alfa= .83). El estudio de la fiabilidad de las subescalas por separado también arrojó resultados aceptables (Autodemandas = .82; Reacción ante el fracaso = .70).

CAPS The 22-item Child and Adolescents Perfectionism Scale (Flett & Hewitt, 1990). Se trata de una escala que permite evaluar el perfeccionismo orientado a sí mismo (altos estándares) y el perfeccionismo socialmente prescripto (la percepción de que los otros demandan perfección), utilizando un formato de cinco respuestas (*falso/no totalmente verdadero para mi* que se califica con el valor 1; *mayormente falso,* que se califica con el valor 2; *ni falso ni verdadero*, que se califica con el valor 3 ; *mayormente verdadero*, que se califica con el valor 4; y *muy verdadero para mi*, que se califica con el valor 5. El rango de puntuación posible para cada subescala es de 10 a 50. El CAPS es una versión para niños del Multidimensional Perfectionism Scale (MPS-H: Hewitt et al., 1991), que ha demostrado una buena confiabilidad tanto en la subescala que mide perfeccionismo orientado a sí mismo, como en la que mide perfeccionismo socialmente prescripto (alfa= .88 y .82, respectivamente).

AMPS Adaptive/Maladaptive Perfectionism Scale (Rice & Preusser, 2002). Se trata de una escala que permite medir el perfeccionismo en niños, enfatizando en las características conductuales manifestadas en el esfuerzo realizado por alcanzar la perfección. El AMPS consta de 27 items, agrupados en cuatro dimensiones: *Sensibilidad por cometer errores* (temores asociados al hecho de

cometer errores), *Autoestima contingente* (sentimientos positivos acerca de sí mismo cuando algunos de sus estándares son alcanzados), *Compulsividad* (preferencias por el orden y la organización, persistencia en la realización de tareas), y *Necesidad de admiración* (interés en ser reconocido, admirado y apreciado por su trabajo ejemplar y sus altos estándares). Los niños deben responder a los reactivos eligiendo una opción de las ofrecidas en una escala Likert de 4 puntos (que va de la opción *muy parecido a mi* a la opción *muy diferente a mi*). Altas puntuaciones señalan alto perfeccionismo. Este instrumento presenta una buena confiabilidad: alfa de .73 a .91 (Rice & Preusser, 2002).

3. CONCLUSIONES

Atento al material bibliográfico revisado, se puede concluir que investigar los hábitos y conductas alimentarias en niños de edad escolarizada puede ser un aporte importante para conocer las características psicológicas de este tipo de población y su potencial riesgo a padecer algún trastorno alimentario. El estudio conjunto de los hábitos alimentarios y las variables psicológicas que pueden influir en la aparición de un TA puede ser considerado una primera aproximación a un estudio más sistemático sobre el tema, que redunde en futuras intervenciones psicológicas específicas. A su vez, los resultados dentro de esta línea de investigación, podrían aportar una nueva perspectiva en psicoeducación, favoreciendo la implementación y/o el mejoramiento de estrategias preventivas delimitadas para este tipo de población, que incluyan talleres y reuniones informativas dirigidas tanto a padres, como a docentes y a los propios niños.

BIBLIOGRAFÍA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV-TR. Versión española de la obra original en lengua inglesa Diagnostic, Statistical Manual of Mental Disorders-IV-TR publicado por la American Psychiatric Association, Washington. Masson (2002). 2000.

BAY, L.; RAUSCH HERSCOVICI C.; KOVALSKYS, I.; BERNER, E.; ORELLANA, L. & BERGESIO, A. (2005). Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra. Archivos Argentinos de Pediatría, 103 (4), 305-316.

CHANG, E.; IVEZAJ,V.; DOWNEY, C.; KASHIMA, Y. & MORADY, A. (2008) Complexities of measuring perfectionism: Three popular perfectionism measures and their relations with eating disturbances and health behaviors in a female college student sample. Eating Behaviors, 9, 102-110.

COLLINS, M.E. (1991). Body figure perceptions and preferences among preadolescent children. International Journal of Eating Disorders, 10(2), 199-208.

CORREA, M.; ZUBAREW, T.; SILVA, P. & ROMERO, M.I.(2006). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. Rev. Chil. Pediatr. 77(2), 153-160.

COTRUFO, P.; CELLA, S.; CREMATO, F. & LABELLA, A.G. (2007). Eatting disorder attitude and abnormal eating behaviours in a sample of 11-13-years-old school children: The role of pubertal body transformation. Eating Weigt Disorder, 13, 154-460.

DE GRACIA, M.; MARCÓ, M. & TRUJANO, P. (2007). Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. Psicothema, 19 (4), 646-653.

FASSINO, S.; PIERO, A.; GRAMAGLIA, C.; ABBATE DAGA, G.; GANDIONE, M. & GIACOMO ROVERA, G. (2006). Clinical, Psychological, and Personality Correlates of Asceticism in Anorexia Nervosa: From Saint Anorexia to Pathologic Perfectionism. Transcultural Psychiatry, 43(4), 600-614.

FLETT, G.L. & HEWITT, P. L. (1990). The Child-Adolescent Perfectionism Scale: Development and association with measures of adjustment. In R. Frost (Chair), Perfectionism: Meaning, measurement, and relation to psychopathology. Symposium conducted at the meeting of the Association for the Advancement of Behaviour Therapy, San Francisco.

FROST, R.O.; MARTEN, P.; LAHART, C. & ROSENBLATE, R. (1990). The dimensions of perfectionism. Cognitive therapy and reserch, 14, 449-468.

GARNER, D M. Eating Disorder Inventory - C (1991) Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.

GARNER D.M.; OLMSTED M.P.; BOHR Y. & GARFINKEL P.E. (1982).The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. Psychol. Med, 12, 871-878.

GOLDNER, E.M.; COCKELL, S.J. & SRIKAMESWARAN, S. (2002). Perfectionism and eating disorders. In G.L. Flett & P.L.Hewitt (Eds.), Perfectionism: Theory, research, and treatment, 319-340. Washington, DC: American Psychological Association.

GUIRADO MARTÍNEZ, M.C. & BALLESTER ARNAL, R. (2005). Relación entre conductas alimentarias anómalas y otros hábitos de salud en niños de 11 a 14 años. Anales de Psicología, 21(1), 58-65.

HARRISON, K. (2000). Television viewing, fat stereotyping, body shape standards, and eating disorder symptomatology in grade school. Communication Research, 27, 617-640.

HARING, M; HEWITT, P.L. & FLETT, G.L. (2003). Perfectionism, coping, and quality of intimate relationships. Journal of Marriage & Family, 65, 143-158.

HEWITT, P.; CAELIAN, C.; FLETT, G.; SHERRY, S.; COLLINS, L. & FLYNN, C. (2002) Perfectionism in children: associations with depression, anxiety, and anger. Personality and Individual Differences, 32, 1049-1061.

HEWITT, P.L. & FLETT, G.L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psycho-pathology. Journal of Personality and Social Psychology, 60, 456-470.

JOICE, L.C. Ma.(2008). Eating Disorders,Parent-Child Conflicts,and Family Therapy in Shenzhen,China. Qualitative Health Research, 18, (6), 803-810.

MALONEY, M.J.; MCGUIRE, J.B. & DANIELS, S.R. (1988). Reliability testing of a children's version of the Eating Attitude Test. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27, 541-543.

MCGEE, B.; HEWITT, P.; SHERRY, S.; PARKIN, M. & FLETT, G. (2005) Perfectionistic self-presentation, body image, and eating disorder symptoms. Body Image 2, 29-40.

MURAWSKI, B.; ELIZATHE, L. & RUTSZTEIN, G. (2008). Imagen corporal y actitudes alimentarias. Un estudio comparativo entre mujeres y varones estudiantes de escuelas secundarias. En Memorias de las XV Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR "Problemáticas actuales, aportes de la investigación en psicología", 1, 63-66, Ciudad de Buenos Aires - República Argentina.

OROS, L. (2003). Medición del perfeccionismo infantil: Desarrollo y validación de una escala para niños de 8 a 13 años de edad. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 16 (2), 99-112.

PETERSEN, A.; SCHULENBERG, J.; ABRAMOWITZ, R.; OFFER, D. & JARCHO, H. (1984). A self-image questionnaire for young adolescents (SIQYA): Reliability and validity studies. Journal of Youth and Adolescence, 13 (2), 93-111.

RICE, K.G. & PREUSSER, K.J. (2002). The Adaptive/Maladaptive Perfectionism Scale. Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 34, 210-222.

RUTSZTEIN,G.; MAGLIO,A.; MURAWSKI, B.; LEONARDELLI, E.; SARUDIANSKY, M.; ARANA, F.; ARMATTA, A.; DIEZ, M.; DOS SANTOS, P.; ELIZATHE, L.; LIEVENDAG, L.; OTALORA, J.; REINER, C., SCAPPATURA, M.L. & STAZONE, N. (2008). Trastornos de la alimentación: identificación de casos en adolescentes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires. En Memorias de las XV Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR "Problemáticas actuales, aportes de la investigación en psicología", 1, 74-77, Ciudad de Buenos Aires - República Argentina.

RUTSZTEIN, G; ARMATTA,A.; LEONARDELLI,E.; LIEVENDAG, L; MAGLIO, A; MAROLA,M.E.; MURAWSKI, B.; DIEZ,M.; OTALORA,J. & SARUDIANSKY,M. (2007). Trastornos alimentarios en estudiantes de ballet: identificación de casos con riesgo. En Memorias de las XIV Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR "La investigación en Psicología, su relación con la práctica profesional y la enseñanza", 1, 110-112, Ciudad de Buenos Aires - República Argentina.

RUTSZTEIN, G. (1998). La anorexia nerviosa y el proceso de separación - individuación. Vértex, Revista Argentina de Psiquiatría, IX (32).

RUTSZTEIN, G. (1996) Anorexia nerviosa: modalidades de tratamiento. Anuario de Investigaciones N º 4, (1994-1995). Facultad de Psicología - UBA.

SALBACH, H.; KILINKOWSKI, N.; PFEIFFER, E.; LEHMKUHL, U. & KORTE, A. (2007). Body Image and Attitudinal aspects of Eating Disorders in Rhythmic Gymnasts. Psychopathology, 40, 388-393.

SALING, M.; RICCIARDELLI, L. & MCCABE, M. (2005). A Prospective Study of Individual Factors in the Development of Weight and Muscle Concerns Among Preadolescent Children. Journal of Youth and Adolescence,34 (6), 651-661.

SKEMP-ARLT,K.; REES, K.; MIKAT, R. & SEEBACH, E. (2006) Body Image Dissatisfaction Among Third, Fourth, and Fifth Grade Children. Californian Journal of Health Promotion, 4 (3), 58-67.

THOMAS, K.; RICCIARDELLI, L. & WILLIAMS, R. (2000). Gender Traits and Self-Concept as Indicators of Problem Eating and Body Dissatisfaction Among Children. Sex Roles, 43 (7/8), 441-458.

VEGA ALONSO, A.T.; RASILLO RODRÍGUEZ, M.A.; LOZANO ALONSO, J.E.; RODRÍGUEZ CARRETERO, G. & MARTÍN M.F. (2005). Eating disorders. Prevalence and risk profile among secondary school students.Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol., 40(12), 980-987.