

Huaiquifil Aedo, E. ; Barra Almagiá, E.

Funcionamiento familiar y calidad de vida de mujeres adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria

Family functioning and quality of life in adolescent women with eating disorders

Revista de Psicología Vol. 13, N° 25, 2017

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central "San Benito Abad". Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la Institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

Huaiquifil Aedo, E., Barra Almagiá, E. (2017). Funcionamiento familiar y calidad de vida de mujeres adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria [en línea]. *Revista de Psicología*, 13(25). Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/funcionamiento-familiar-calidad-vida-mujeres.pdf> [Fecha de consulta:....]

Funcionamiento familiar y calidad de vida de mujeres adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria

*Family functioning and quality of life in adolescent women
with eating disorders*

Huaiquifil Aedo, E. *
Barra Almagiá, E. **

Resumen

La presente investigación examinó la relación entre funcionamiento familiar y calidad de vida en adolescentes mujeres con diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). Las participantes fueron 20 adolescentes entre 13 y 18 años de la región de la Araucanía (Chile), a quienes se aplicó la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES20-Esp) y el Cuestionario KIDSCREEN-27 de Calidad de Vida de niños y adolescentes. Se encontró que tanto la cohesión como la adaptabilidad familiar presentaron relaciones muy significativas con la calidad de vida total y con cuatro de sus cinco dimensiones. Estos resultados indicarían que la percepción de una familia cohesionada y que puede adaptarse a los requerimientos sería un factor muy importante para la calidad de vida y el bienestar de las adolescentes con TCA.

Palabras clave: Funcionamiento familiar;

calidad de vida; trastorno de la conducta alimentaria.

Abstract

The present study examined the relationship between family functioning and quality of life in adolescent women with a diagnosis of Eating Disorder (ED). The participants were 20 adolescents between 13 and 18 years of age from the region of Araucanía (Chile), who were assessed using the Family Cohesion and Adaptability Assessment Scale (FACES20-Esp) and the KIDSCREEN-27 Quality of Life Questionnaire for children and adolescents. It was found that both cohesion and family adaptability had very significant relationships with total quality of life and with four of its five dimensions. These results would indicate that the perception of a family that is cohesive and that can adapt to the requirements would be a very important factor for the quality of life and the well-being of the adolescents with ED.

*Departamento de Psicología, Universidad de Concepción, Chile. Dirección postal: Casilla 160-C, Concepción, Chile.

Correos electrónicos: evelin.yosmin@gmail.com / ebarra@udec.cl

Fecha de recepción: 21 de abril de 2017 - Fecha de aceptación: 17 de mayo de 2017

Key words: Family functioning; quality of life; eating disorder.

Introducción

El objetivo del presente estudio fue examinar la relación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida en mujeres adolescentes afectadas por un trastorno de la conducta alimentaria (TCA).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría en su versión IV-TR consideró tres tipos de trastornos de la conducta alimentaria: *anorexia nerviosa (AN)*, que se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en valores mínimos normales; *bulimia nerviosa (BN)*, que se distingue por episodios de atracones de alimentos seguidos por conductas compensatorias inapropiadas, y *trastorno de la conducta alimentaria no especificada*, para todo trastorno que no cumplen criterios completos para anorexia y bulimia nerviosa. Y en la última versión, el DSM-V, el tipo trastorno de la conducta alimentaria no especificada se cambió por *trastorno de atracones* (APA, 2014).

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han ido en aumento en los últimos años y constituyen una problemática relevante tanto para los especialistas como para el público general, ya que tienen serias consecuencias psicológicas y orgánicas. Los TCA tienden a cursar de forma silenciosa y su detección habitualmente es por su sintomatología secundaria (baja de peso, amenorrea, sobrepeso, insomnio, estado de ánimo, entre otros), lo que no permite una pronta intervención específica dirigida al problema de base (Gaete, López y Matamala, 2012).

Conductas de riesgo en la adolescencia como el consumo de drogas, alcohol y tabaco, sedentarismo y alimentación poco saludable, han tenido un aumento en las últimas décadas, principalmente en hogares constituidos por familias disfuncionales (MINISTERIO DE SALUD, MINSAL, 2013). El TCA es una enfermedad de salud mental compleja, multicausal

y que afecta en su mayoría a adolescentes mujeres. Es considerada por la Organización Mundial de Salud (OMS) como la tercera enfermedad crónica más común entre las jóvenes y es de prioridad debido al riesgo que tiene en cuanto a morbilidad y mortalidad (López y Treasure, 2011).

El hecho que los TCA se den en edad temprana y mayormente en mujeres se puede deber al rol predominante que ha tenido el cuerpo como distinción social, competitividad y reconocimiento social, principalmente en la cultura occidental, debido a la gran valoración que se le da a la apariencia física.

Un ambiente familiar adverso podría representar un importante factor etiológico para el desarrollo de un TCA. El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en aparición de la enfermedad para algunos de sus miembros (Suárez, 2013). La funcionalidad familiar se puede describir como un proceso donde la familia funciona de forma integral, incluyendo la comunicación y solución de problemas (Holtom-Viesel y Allan, 2014). El mal funcionamiento familiar se relaciona con síntomas depresivos mayores, menos éxito académico, conductas de riesgo y conducta alimentaria desordenada en adolescentes (Berge, Wall, Larson, Loth y Neumark-Sztainer, 2013; Sainos, Sánchez, Vásquez & Gutiérrez, 2015). En cambio, especialmente en la adolescencia temprana, los altos niveles de cohesión familiar, comunicación, expresividad y calidez familiar se asocian con buena salud mental (White y Shelton, 2014). De acuerdo a Ruiz et al. (2010), las familias afectadas por un TCA mostrarían menor cohesión, flexibilidad, expresión emocional, así como mayor rechazo y sobreprotección.

En un estudio realizado con adolescentes, Berge et al. (2013) encontraron que la adecuada funcionalidad familiar (interacciones interpersonales, resolución de problemas, comunicación, definición de roles y cercanía entre los integrantes) se asoció en las mujeres a un menor índice de masa corporal, menos sedentarismo, mayor consumo de frutas y

verduras, comidas frecuentes con los familiares y tomar diariamente desayuno. En el caso de los varones una mayor actividad física, menor sedentarismo y consumo de comida rápida, mayor ingesta de desayuno y comidas en familia.

En un estudio con estudiantes secundarias chilenas, Cruzat, Ramirez, Melipillán y Marzolo (2008) examinaron la relación entre el funcionamiento familiar percibido (comunicación con la madre, comunicación con el padre, cohesión y manejo inadecuado de conflictos) y la sintomatología asociada a los TCA (Obsesión por la delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal). Los resultados mostraron que la variable comunicación con el padre era la que presentaba la mayor correlación inversa con las tres categorías de sintomatología. En cambio la variable comunicación con la madre sólo tenía influencia en la categoría Insatisfacción corporal. A partir de estos resultados los autores plantean que parece fundamental incorporar a la familia en programas de prevención de trastornos de la alimentación, así como hacer investigaciones en nuestro país con muestras clínicas donde se estudien los factores individuales y socio familiares, con objeto de poder intervenir preventivamente.

Respecto a la importancia de la familia, Henderson et al. (2014) evaluaron un tratamiento ambulatorio basado en la familia para mujeres adolescentes con TCA, encontrando que las pacientes presentaron mejoría significativa, ajustando su conducta alimentaria a una más saludable y mejorando su funcionamiento psicológico, tanto al término del tratamiento como en un seguimiento de 6 meses.

Al igual como se ha estudiado la calidad de vida en adolescentes con otras patologías de salud mental (Suárez, 2013), existe la necesidad de estudiar qué áreas de la calidad de vida están afectadas en adolescentes con TCA y cómo se relacionan con aspectos del entorno.

Dentro de las dimensiones de calidad de vida más afectadas en pacientes con trastornos alimenticios se destaca el área mental o psicológica. En un estudio de Jenkins et al. (2014) sobre calidad de vida relacionada con la salud

(CVRS) en mujeres adolescentes con TCA las participantes reportaron menor calidad de vida en los dominios de salud mental que en los dominios de salud física. Los atracones y las conductas compensatorias estaban asociados con menor calidad de vida de salud mental, mientras que la insatisfacción corporal estaba asociada con menor calidad de vida física.

De acuerdo a una revisión de estudios realizada por Baiano et al. (2014), los pacientes con diagnóstico de TCA presentan un peor CVRS que la población general y frecuentemente el componente de salud mental es el más afectado. Los autores realizaron un estudio con 80 pacientes con TCA, encontrando que la única diferencia en la CVRS entre los tres tipos de TCA era en el componente psicológico, donde los pacientes con *trastorno de la conducta alimentaria no especificado* presentaban los puntajes más altos de CVRS y los pacientes con *bulimia* los puntajes más bajos, todo esto dentro del nivel general bajo de CVRS en su muestra (Baiano et al., 2014).

Urzúa, Avendaño, Díaz y Checura (2010) estudiaron la calidad de vida y las conductas alimentarias de riesgo en preadolescentes chilenos de ambos sexos entre 10 y 13 años, encontrando una mayor prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en las mujeres desde esas edades tempranas. Los resultados sugieren que la mayor preocupación por el control de peso y la imagen corporal lleva a las preadolescentes a desarrollar mayores conductas alimentarias de riesgo, afectando su calidad de vida, en especial en las dimensiones bienestar psicológico, acoso, entorno escolar, autopercepción, autonomía y recursos económicos. Los autores plantean que actualmente ya en la edad escolar aparecería la preocupación por la imagen corporal, asociada con popularidad, inteligencia y éxito.

Considerando los antecedentes expuestos y la escasez de estudios específicos en nuestro medio, la presente investigación buscó establecer la relación que existe entre la percepción del funcionamiento familiar y la calidad de vida de mujeres adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria.

Método

Participantes

Las participantes fueron 20 mujeres adolescentes con Trastorno de la Conducta Alimentaria, atendidas en centros de salud públicos de la Región de La Araucanía (Chile), de las cuales 13 (65%) presentaban anorexia nerviosa, 4 (20%) bulimia nerviosa y 3 (15%) trastorno de la conducta alimentaria no especificado. El promedio de edad fue de 15.6 años, con una mínima de 13 años y una máxima de 18 años. En cuanto al tiempo con la enfermedad, 8 pacientes (40%) estaban en una etapa inicial de menos o igual a 1 año, 8 (40%) entre los 2 y 4 años, 1 (5%) entre los 5 a 7 años y 3 (15%) más de 7 años. Se había proyectado contar con una cantidad mayor de participantes, pero durante 8 meses de intentos sólo se logró obtener la colaboración de 20 pacientes y sus representantes legales.

Instrumentos

El *KIDSCREEN-27, Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud en niños y adolescentes*, fue desarrollado como una versión reducida del *KIDSCREEN-52* (KIDSCREEN, 2011). El cuestionario consta de 27 ítems y contiene 5: *Bienestar Físico*, conformada por 5 ítems que exploran los niveles de actividad física de niños/as y adolescentes, su energía y el estado físico; *Bienestar Psicológico*, con 7 ítems que incluyen emociones positivas, satisfacción con la vida y sentimientos de equilibrio emocional; *Relación con los padres y Autonomía*, tiene 7 ítems que examinan la relación con los padres, la atmósfera en el hogar, sentimientos de tener la edad apropiada para independizarse y el grado de satisfacción con los recursos económicos; *Apoyo social y Pares*, con 4 ítems que examinan la forma natural de relacionarse con otros niños/as y/o adolescentes, y finalmente *Ambiente Escolar* constituida por 4 ítems que exploran la percepción de los niños/as y adolescentes sobre su capacidad

percepción de los niños/as y adolescentes sobre su capacidad cognitiva, aprendizaje y concentración, además de sus sentimientos acerca de la escuela (Urzúa, Cortés, Vega, Prieto y Tapia, 2009.). La aplicación puede ser por auto-administración o entrevista, contando con forma de respuesta tipo Likert que van de puntuación 1 a 5. El puntaje total puede variar entre 27 y 135 puntos.

En estudios con adolescentes chilenos Urzúa et al. (2009) informaron una consistencia interna a través del α de Cronbach de .89 para la prueba completa, y entre .73 y .76 para sus cinco dimensiones, mientras que Molina et al. (2014) también obtuvieron .89 para la prueba completa y sobre 0.75 para las dimensiones, con la excepción del dominio Entorno Escolar con 0.69. Respecto a su validez, los análisis factoriales confirman el modelo de cinco factores y además el instrumento es capaz de discriminar entre hombres y mujeres y entre grupos de edad (Urzúa et al., 2009). En el presente estudio se obtuvo una consistencia interna a través del α de Cronbach de .93 para la prueba completa, y de .79 para Bienestar Físico, .92 para Bienestar Psicológico, .89 para Autonomía y Relación con Padres, .83 para Amigos y Apoyo Social, y .77 para Entorno Escolar.

FACES-20-ESP. La Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (*FACES-20-ESP*) es una escala desarrollada en España por Martínez-Pampliega, Iraurgi y Sanz (2011) a partir de la escala *FACES II*, y adaptada en Chile por Zicavo, Palma y Garrido (2012). El instrumento contiene 20 ítems que miden dos dimensiones: *Cohesión* familiar que se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia; y *Adaptabilidad* familiar definida como el monto de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia. La forma de aplicación puede ser por auto-administración o entrevista, contando con formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos. El puntaje de cada dimensión varía entre 10 y 50 puntos.

En su estudio con adolescentes españoles, Martínez-Pampliega et al. (2011) informaron una

consistencia interna mediante alpha de Cronbach de .82 en Cohesión y .79 en Adaptabilidad, mientras que en una muestra de adultos chilenos Zicavo et al. (2012) obtuvieron una consistencia interna de .82 para Cohesión y .87 para Adaptabilidad. En el presente estudio se obtuvo una consistencia interna de .95 para Cohesión y .93 para Adaptabilidad.

La escala ha sido validada a través de análisis factoriales realizados en estudios con adolescentes en España (Martínez-Pampliega et al., 2011) y con adultos en Chile (Zicvoet al., 2012), encontrándose que la mayoría de los ítems se agrupan en dos de los tres factores que emergen del análisis.

Procedimiento

Se realizó una prueba piloto de los instrumentos KIDSCREEN-27 y FACES-20-Esp en una muestra de 15 adolescentes con características similares a la muestra, para detectar problemas de comprensión en los ítems. Resultado de esto fue que no se reemplazó ningún ítem para ninguna de las escalas.

Se solicitaron los permisos correspondientes a los encargados de los distintos centros de salud que atienden a adolescentes de la Región de la Araucanía, con el fin de tener acceso a pacientes adolescentes con TCA. Una vez establecido el contacto se obtuvo la autorización de los representantes legales a través de un consentimiento informado y de las participantes a través de un asentimiento informado. La aplicación de los instrumentos fue en forma individual, en los centros de salud o en el hogar de la participantes.

Resultados

En primer lugar se presentan los estadísticos descriptivos de las variables funcionamiento familiar y calidad de vida, en términos de puntajes extremos, media y desviación estándar.

Como puede verse en la Tabla 1, las dos dimensiones del funcionamiento familiar se presentan de modo casi idéntico, tanto en sus valores promedio como en su rango de puntajes. Y además se encuentra que el nivel promedio de

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de dimensiones de funcionamiento familiar y calidad de vida

	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Media	DE
Cohesión	15	49	33,55	10,359
Adaptabilidad	16	50	33,50	9,316
Calidad de vida total	55	117	90,95	17,139
Bienestar físico	8	22	13,90	3,946
Bienestar psicológico	12	32	21,85	6,037
Autonomía y padres	11	33	25,40	6,336
Amigos y apoyo	7	20	15,15	3,911
Entorno escolar	10	20	14,65	2,758

ambas dimensiones y de la calidad de vida total alcanzan la misma proporción respecto al puntaje máximo posible de obtener, entre un 67% y un 67.3%. Es decir, las participantes de este estudio presentarían un nivel promedio de calidad de vida, de cohesión familiar y de adaptabilidad familiar de alrededor de dos tercios del nivel máximo posible.

A continuación se presentan los resultados del análisis de correlación entre las variables de funcionamiento familiar y calidad de vida. Por tratarse de una muestra pequeña y de características especiales se utilizó un índice de correlación no paramétrico, el coeficiente de rangos de Spearman.

Tabla 2

Correlaciones de Spearman entre funcionamiento familiar y calidad de vida

	Bienestar Físico	Bienestar Psicológico	Autonomía y Padres	Amigos y Apoyo	Entorno Escolar	Calidad de vida total
Cohesión	.645**	.739**	.727**	.103	.584**	.808**
Adaptabilidad	.496*	.766**	.913**	.172	.611**	.867**

Nota. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Como se puede observar en la Tabla 2, ambas dimensiones del funcionamiento familiar presentan relaciones positivas significativas con la calidad de vida total y con cuatro de sus cinco dimensiones, siendo la excepción la dimensión de amigos y apoyo social. Estos resultados serían especialmente significativos dado el bajo tamaño de la muestra. Dentro de estas correlaciones de gran magnitud en general, se pueden destacar como especialmente altas aquellas que presentan ambas dimensiones del funcionamiento familiar con las dimensiones de la calidad de vida referentes a Bienestar psicológico y a Autonomía y relación con los padres.

Discusión

Un primer aspecto positivo a destacar es que, a pesar de padecer alguna forma de TCA, las participantes presentan un nivel promedio

relativamente alto tanto de calidad de vida como de percepción de funcionamiento familiar.

La calidad de vida presentó una muy alta relación con ambos dominios del funcionamiento familiar, Adaptabilidad (.87) y Cohesión (.81), mostrando la gran importancia que tendría el ambiente familiar en el bienestar general de las adolescentes (Berge, et al., 2013).

En cuanto a las dimensiones de la calidad de vida, Autonomía y Relación con Padres presentó una alta correlación con ambos dominios del funcionamiento familiar, en especial con Adaptabilidad. Se podría pensar que las adolescentes interpretan su vida en base a las

interrelaciones que establecen con los integrantes de la familia, incluyendo la comunicación, expresión de sentimientos, adaptabilidad de los roles, reglas y resolución de conflictos. Una percepción positiva del funcionamiento familiar les podría ayudar al establecimiento de determinadas pautas de interrelación y expresión de sentimientos con los otros integrantes (Zicavo, Palma y Garrido, 2012). Asimismo, mientras estén más presentes los padres y se incorporen las familias en los tratamientos de las pacientes, mayor será la comunicación/ cohesión y la capacidad de resolución de problemas (Cruzat et al., 2008).

La dimensión de Bienestar Psicológico presentó una correlación igualmente alta con las dimensiones familiares de Adaptabilidad y Cohesión. Al respecto se puede pensar que al presentar una enfermedad como el trastorno de la conducta alimentaria, las adolescentes buscan sentirse parte de un grupo, sentirse apoyadas y en

familia. Así, a pesar de las dificultades que pudiesen presentar, al percibir un funcionamiento familiar adecuado las jóvenes mostrarían tranquilidad, sentido de pertenencia, autoestima, control y estrategias de afrontamiento de la enfermedad (Marmo, 2014).

La dimensión de Entorno Escolar también presentó una relación significativa con las dimensiones familiares de Adaptabilidad y Cohesión. Normalmente al presentar un trastorno de la conducta alimentaria, el área escolar se puede ver afectada, debido a lo progresivo de la enfermedad y a la dificultad de mantener el ejercicio continuo debido a la desnutrición y/o mala alimentación (Del Pozo, 2015). Sin embargo, la apreciación que tienen las adolescentes de sus propias capacidades cognoscitivas con respecto a lo académico, y cómo perciben su entorno escolar, están asociadas a los grados de cohesión y adaptabilidad familiar. El percibir una adecuada conexión familiar, intereses compartidos, toma democrática de decisiones, disciplina y roles claros, favorecería la confianza, seguridad y autoestima de las adolescentes estudiantes, en especial por ser la familia la principal fuente de conocimiento, valores, actitudes y hábitos.

El dominio Bienestar Físico mostró relación moderada con ambas dimensiones familiares de Cohesión y Adaptabilidad, siendo el único dominio que presentó mayor asociación con cohesión que con adaptabilidad. Las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria pueden evaluar su estado físico y energía, mediante molestias corporales, dolores de cabeza y espalda, náuseas, vómitos, micción dolorosa, fatiga, entre otras. La familia jugaría un papel fundamental en las conductas saludables de las adolescentes, siendo la cohesión familiar un factor protector contra conductas de riesgo (Lavielle, Pineda, Jáuregui y Castillo, 2014).

La dimensión familiar de Adaptabilidad presentó en general mayor correlación con las dimensiones de calidad de vida, con excepción de Bienestar físico. Ello indicaría que mientras mayor sea la apertura al cambio y la capacidad de las familias para modificar normas y reglas de acuerdo

con los requerimientos a que se vean enfrentadas, mejor será la percepción de calidad de vida y sus dimensiones.

Los resultados obtenidos pueden ser de utilidad en el tratamiento de las adolescentes con TCA, para considerar con mayor acuciosidad las condiciones de bienestar en que se encuentran las pacientes durante el tratamiento, y llegar a determinar medidas preventivas y/o interventivas. Al respecto, Cruzat et al. (2008) resaltan la importancia de abordar las necesidades integrales de los pacientes, involucrando los aspectos biológicos, psicológicos, familiares y sociales.

Resulta importante señalar que una de las debilidades de la presente investigación radica en que, a pesar de muchos esfuerzos y haber extendido el plazo de recolección de datos en varios meses, sólo se logró contar con una muestra pequeña de participantes. Se sugiere para futuras investigaciones ampliar el tamaño de la muestra y abarcar distintas regiones, con la finalidad de obtener una mayor variedad.

Asimismo, cabe destacar que toda la muestra fue recolectada en centros de salud del sector público, siendo deseable incluir instituciones del ámbito privado para tener una mayor representatividad. Por último, se sugiere realizar estudios cualitativos de carácter exploratorio, con el objeto de comprender de manera más integral cómo las adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria percibirían una mayor o menor calidad de vida de acuerdo a como perciben su funcionamiento familiar.

Referencias

- APA Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-V*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Baiano, M., Salvo, P., Righetti, P., Cereser, L., Baldissera, E., Camponogara, I. & Balestrieri. (2014). Exploring health-related quality of life in eating disorders by a cross-sectional study a comprehensive review. *BMC Psychiatry*, 14, 1-12.

- Berge, J., Wall, M., Larson, N., Loth, K. & Neumark-Sztainer, D. (2013). Family functioning: Associations with weight status, eating behaviors, and physical activity in adolescents. *Journal of Adolescent Health, 52*, 351-357.
- Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R. & Marzolo, P. (2008). Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la comuna de Concepción, Chile. *Psyke, 17* (1), 81-90.
- Del Pozo, P. (2015). Psicoeducación a familiares de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria. (Tesis de Grado en Enfermería, Universidad de la Rioja, España). Extraído de http://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001091.pdf
- Gaete, M., López, C. & Matamala, M. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes. *Revista Médica Clínica las Condes, 23*(5), 579-591.
- Henderson, K., Buchholz, A., Obeid, N., Mossiere, A., Maras, D., Norris, M. ... Spettigue, W. (2014). A family-based eating disorder day treatment program for youth: examining the clinical and statistical significance of short-term treatment outcomes. *Eating Disorders, 22*(1), 1-18.
- Holtom-Viesel, A. & Allan, S. (2014). A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clinical Psychology Review, 34*, 29-43.
- Jenkins, P., Hoste, R., Doyle, A., Eddy, K., Crosby, R., Hill, L.... Le Grange, D. (2014). Health-related quality of life among adolescents with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research, 76*, 1-5.
- KIDSCREEN. (2011). KIDSCREEN-27. Extraído de <http://www.kidscreen.org/esp/C3/B101/cuestionario-kidscreen/kidscreen-27/>
- Lavielle, P., Pineda, V., Jáurequi, O. & Castillo, M. (2014). Actividad física y sedentarismo: determinantes sociodemográficos, familiares y su impacto en la salud del adolescente. *Revista de Salud Pública 16*(2), 161-172.
- López, C. & Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica de la Clínica las Condes, 22*(1), 85-97.
- Marmo, J. (2014). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Revista Avances en Psicología Latinoamericana, 22*(2) 165-178.
- Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I. & Sanz, M. (2011). Validez estructural del FACES-20Esp: Versión española de 20 ítems de la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 29*(1), 147-165.
- MINSAL Ministerio de Salud (2013). Programa nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes. Extraído de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf>
- Molina, T., Montaña, R., González, E., Sepúlveda, R., Hidalgo-Rasmussen, C., Martínez, V.... George, M. (2014). Propiedades psicométricas del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud KIDSCREEN-27 en adolescentes chilenos. *Revista Médica de Chile, 142*, 1415-1421.
- Ruiz, A., Vázquez, R., Mancilla, J., López, X., Álvarez, G. & Tena, A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica, 9* (2), 447-455.
- Sainos, D., Sánchez, M., Vásquez, E. & Gutiérrez, I. (2015). Funcionalidad familiar en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia. *Atención Familiar, 22*(2), 54-57.
- Suárez, E. (2013). Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en centros de salud pública (Tesis de Magíster, Universidad de Chile, Santiago, Chile). Extraído de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250>

- /130104/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1
- Urzúa, A., Avendaño, F., Díaz, S. & Checura, D. (2010). Calidad de vida y conductas alimentarias de riesgo en la preadolescencia. *Revista Chilena de Nutrición*, 37(3), 282-292.
- Urzúa, A., Cortés, E., Vega, S., Prieto, L. & Tapia, K. (2009). Propiedades psicométricas del cuestionario de auto reporte de la calidad de vida KIDSCREEN-27 en adolescentes chilenos. *Terapia Psicológica*, 27(1), 83-92.
- White, J. & Shelton, K. (2014). Prospective associations between the family environment, family cohesion, and psychiatric symptoms among adolescent girls. *Child Psychiatry & Human Development*, 45, 544-554.
- Zicavo, N., Palma, C. & Garrido, G. (2012). Adaptación y validación del Faces-20-ESP: re-conociendo el funcionamiento familiar en Chillán, Chile. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(1), 219-234.