

Riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes secundarios y su relación con la composición por sexo del colegio

María Cecilia Yubini L.⁽¹⁾, Jaime P. Vallejos⁽¹⁾, Nicolás A. Tobar⁽¹⁾, Abelino E. Jara⁽¹⁾, Guillermo A. Véliz⁽¹⁾, Carolina Nazzari⁽²⁾.

⁽¹⁾Estudiante de Medicina, Universidad de Chile.

⁽²⁾Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

SUMMARY

Introduction: eating disorders (ED) are chronic mental illnesses, highly prevalent within adolescent population, affecting women more than men. Generally, ED are triggered by an unsatisfactory self body-image, which relates to several socio-cultural factors. Objective: To study the prevalence of the risk of developing ED within Chilean high school students, and to evaluate its relation with sex and the school gender composition (SGC): single-sex or coeducational. Method: A transversal-analytic study was performed using three Santiago public high schools: female-exclusive, male-exclusive and coeducational. The Eating Attitudes Test-40 was applied, considering a 30-point score to define qualitatively the risk condition. Results: The sample included 415 students, 52% women, with a mean age of 15,9 years (range 14 to 18). The global prevalence of risk for ED was 14,9%. The risk condition was significantly higher in women (25,2%) than men (4%). No differences were found when comparing the prevalence of risk according to the type of school. Discussion: The higher risk for ED among women respect to men was confirmed, and the SGC has no influence on this risk.

Fecha recepción: octubre 2016 | Fecha aceptación: octubre 2016

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) corresponden a un grupo de enfermedades de salud mental. Tradicionalmente las clasificaciones internacionales han incluido a tres entidades: la bulimia nervosa, la anorexia nervosa y el trastorno

alimentario no especificado, que agrupa a diferentes condiciones que no cumplen con los criterios diagnósticos de la anorexia o la bulimia nervosa⁽¹⁾. Además, la reciente edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM-5) ha agregado una nueva entidad, denominada trastorno por atracón o *binge eating disorder*⁽²⁾.

Los factores de riesgo para desarrollar un TCA son múltiples. Un metaanálisis publicado recientemente concluyó que los factores con una asociación más establecida son: antecedentes familiares de TCA, sexo femenino, edad entre 12-18 años, desarrollar actividades en el mundo del deporte o la estética (bailarinas, gimnastas, atletas) y antecedentes de abuso físico o sexual en la infancia. El mismo estudio concluyó que la evidencia para determinar si la condición socioeconómica y el nivel educacional son factores de riesgo no es concluyente⁽³⁾. Por otra parte, en varios estudios se ha destacado la importancia que tiene la distorsión e insatisfacción de la propia imagen corporal como un factor que motiva conductas alimentarias de riesgo, siendo esto resultado de una tendencia social al perfeccionismo y del ideal de belleza aceptado socioculturalmente y divulgado en los medios de comunicación de masas⁽⁴⁻⁷⁾.

Los TCA constituyen un problema de salud que afecta principalmente a la población femenina en la etapa adolescente, siendo la tercera enfermedad crónica más común en mujeres jóvenes, llegando a alcanzar una prevalencia del 5%⁽⁸⁾; si bien se estima una razón hombres es a mujeres de 1:10, la incidencia de TCA en el sexo masculino ha experimentado una tendencia al alza en los últimos años⁽⁹⁻¹²⁾. La importancia de estos trastornos radica en las consecuencias que conllevan para el individuo y su entorno: en la esfera médica se asocia a diversas comorbilidades de distinta gravedad. Por su parte, se presentan repercusiones psicosociales especialmente importantes en la adolescencia, una etapa crucial para la formación de la identidad, personalidad y rol social del individuo, interfiriendo con el desarrollo de la autoestima, autonomía y capacidad para la intimidad e integración social⁽⁸⁾.

La relevancia de estudiar el tema se da principalmente por tres motivos: primero, la mayor parte de las personas que padecen algún TCA no consulta a servicios de salud ni recibe tratamiento, por lo que

constituye un grupo de patologías subdiagnosticadas. En segundo lugar, se trata de enfermedades crónicas no transmisibles y existe un amplio conocimiento sobre los factores de riesgo asociados a su etiología⁽³⁾, a lo que se suma una mejoría notable en el pronóstico si el diagnóstico es precoz (dentro de los primeros 3 años)⁽⁷⁾. Finalmente, existen variados instrumentos para la detección temprana de conductas alimentarias de riesgo, tales como múltiples encuestas y tests psicológicos (Eating Attitudes Test-40 (EAT-40), Eating Attitudes Test-26 (EAT-26), Bulimia Test, Branched Eating Disorders Test, Eating Disorder Diagnostic Scale, Sick, Control, One, Fat, Food questionnaire, etc.)⁽¹³⁾. En suma, se considera relevante estudiar estos trastornos, pues son un blanco potencial de intervención sanitaria.

Considerando que las conductas adolescentes poseen una gran influencia social, se piensa que el entorno escolar podría resultar determinante en el desarrollo de conductas de riesgo para TCA; sin embargo, los estudios nacionales^(4,5,14) e internacionales⁽¹⁵⁾ que han investigado la relación entre el entorno escolar y la prevalencia de riesgo para desarrollar TCA son escasos. Esta investigación pretende estudiar la prevalencia de conductas de riesgo para TCA en colegios municipales de Santiago con diferente composición por sexo (exclusivos de un sexo o mixto) y, de esta forma, contribuir en la determinación de una eventual relación entre el riesgo de desarrollar TCA y la composición de sexo de los establecimientos educacionales.

MATERIAL Y MÉTODO

Participantes

Estudio de tipo transversal-analítico cuya unidad de observación es de tipo individual. El universo corresponde a alumnos que cursan segundo y tercer nivel de educación secundaria en tres colegios de Santiago, Chile: uno de ellos recibe exclusivamente

a hombres, otro solo a mujeres y el tercero recibe indistintamente a estudiantes de ambos sexos.

La muestra se obtuvo en forma intencionada previo contacto con los establecimientos y se constituyó seleccionando aleatoriamente en cada colegio, cursos completos constituidos por adolescentes de entre 14 y 18 años hasta completar una cantidad estimada igual o superior a 400 estudiantes, con el fin de obtener un tamaño muestral significativo, considerando un error estándar del 5% y un intervalo de confianza del 95%. Participaron de esta investigación exclusivamente alumnos que asisten a establecimientos de carácter público. Por medio de esto, se procuró controlar la variable “nivel socioeconómico” dentro de la matrícula de los colegios participantes, buscando mayor homogeneidad en relación a dicha variable.

Instrumento

La prueba utilizada en este estudio se denomina Eating Attitudes Test - 40 (EAT-40) y fue diseñada por Garner y Garfinkel en 1979⁽¹⁶⁾. Actualmente es el cuestionario autoaplicado más aceptado y utilizado globalmente para la detección de riesgo de desarrollar TCA en población general, habiendo sido traducido a más de 8 idiomas⁽¹⁷⁾. Este instrumento de *screening* consiste en 40 apartados que se agrupan en 3 factores: dieta y preocupación por la comida, presión social percibida y malestar ante la comida, y trastornos psicobiológicos, contando con una versión reducida de 26 ítems (EAT-26) que mantiene alta correlación de resultados⁽¹⁸⁾. El cuestionario evalúa cada ítem en una escala de Likert que admite 6 posibles respuestas: “nunca”(N), “casi nunca” (CN), “a veces” (AV), “bastantes veces” (BV), “casi siempre” (CS) o “siempre” (S), para lo cual el individuo debe escoger la que más lo represente en cada caso particular. Respecto a la puntuación del EAT-40, se han definido ítems directos e indirectos (números 1, 18, 19, 23, 27 y 39). Los primeros se califican

con 0 puntos si la respuesta es N, CN o AV; sumando 1, 2 ó 3 puntos si se escogen las alternativas BV, CS o S, respectivamente. Al revés, los ítems indirectos tienen puntuación de 1, 2 o 3 si se responde AV, CN o N, respectivamente; y 0 puntos para el resto de las opciones. Por lo tanto, cada ítem tiene un puntaje mínimo de 0 y un máximo de 3 puntos, siendo el *score* total máximo de 120 puntos.

El instrumento ha sido sometido a estudios de validación en otros países para su aplicación en distintas poblaciones, utilizando diferentes puntos de corte⁽¹⁷⁻²⁰⁾. La versión del test que se utilizó es la validada originalmente en 1991 para la población española⁽¹⁹⁾. Dado que en la población chilena no se ha hecho un estudio de validación que defina el punto de corte más adecuado, para fines de esta investigación se consideró como individuo en riesgo a todo aquél que puntuó un *score* mayor o igual a 30 en el test EAT-40, ocupando el puntaje de corte utilizado en la versión original y en un estudio nacional realizado por Behar *et al*^(4, 16).

Procedimiento

La participación de los estudiantes, con previa autorización de los establecimientos educacionales, fue voluntaria y anónima, considerando como requisito para la aplicación del test y el uso posterior de los datos recabados, el consentimiento informado de los participantes. El tiempo estimado para responder la encuesta fue de aproximadamente 20 minutos por curso. La encuesta fue aplicada presencialmente por los propios investigadores.

Se consideró como variable dependiente a la condición de riesgo para desarrollar un TCA según el puntaje obtenido en el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), distinguiéndose cualitativamente dos grupos: riesgo y no-riesgo. Por su parte, se definió como variable independiente al tipo de establecimiento de acuerdo a la composición por

sexo (exclusivamente de un sexo o mixto).

La encuesta fue aplicada, revisada y puntuada por los propios investigadores, para posteriormente ingresar los datos (puntaje, edad, sexo) a una planilla digital, separándolos por tipo de establecimiento. Luego de realizar una revisión general de todas las encuestas, se consideró no incorporar a la base de datos aquellas encuestas en las que se daban las siguientes situaciones:

- Se había omitido un ítem y la puntuación obtenida en caso de haber sido respondido correctamente dicho ítem influía en la categorización de “riesgo” o “no-riesgo” del encuestado. Por ejemplo, si con los ítems correctamente respondidos el encuestado puntuaba 28 y podría haber puntuado 28-29 (no-riesgo) o 30-31 (riesgo), dependiendo de su eventual respuesta en el ítem omitido. En caso contrario, vale decir, si se omitió un ítem, pero el puntaje que podría haber sumado no influía en la categorización final de “riesgo” o “no-riesgo”, la encuesta fue incorporada a la base de datos con el puntaje obtenido con los ítems correctamente respondidos.
- No se indicó la edad en la casilla correspondiente.
- No se había completado la casilla sexo en las encuestas realizadas en el colegio mixto.

Para el análisis descriptivo se aplicaron medidas de resumen (promedio y desviación estándar). Se utilizan los test estadísticos de chi-cuadrado y test exacto de Fisher, considerando un valor $p < 0.05$

para definir la significancia estadística de los valores de riesgo de TCA según distintas variables.

RESULTADOS

Se aplicaron un total de 417 encuestas, de las cuales 2 fueron excluidas por alguna de las situaciones especiales definidas anteriormente. La muestra analizada se compuso de 415 estudiantes, 201 (48%) hombres y 214 (52%) mujeres, cuya distribución por sexo y tipo de establecimiento se presenta en la Tabla 1. El rango etario del grupo total fue de 14 a 18 años con una edad promedio de 15,9 ($\pm 0,74$) años, sin diferencias significativas al separar la muestra por sexo o tipo de colegio.

La condición de riesgo de padecer un TCA, definida como todo *score* mayor o igual a 30 puntos en el EAT-40, se dio en 62 personas (14,9%) del grupo total, siendo la mayoría mujeres ($N=54$, 87,1%). Al estratificar por sexo, la prevalencia de riesgo resultó ser claramente disímil, con una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, ($X^2= 36,842$; $p < 0,001$) como se grafica en la Figura 1.

Para el grupo de mujeres, el riesgo evaluado fue similar en ambos tipos de colegio: 28/113 mujeres (24,8%) del colegio mixto y 26/101 alumnas (25,7%) del liceo exclusivo (Figura 2). Estas diferencias no fueron significativas ($X^2= 0,0263$, $p=0,871$). En el grupo de hombres se detectó riesgo de TCA en 2/84 alumnos (2,4%) del colegio mixto y 6/117 alumnos (5,1%) del colegio exclusivo (Figura 3). Estas diferencias tampoco fueron significativas (Fisher's Exact $p=0,472$).

Tabla 1. Distribución de la muestra por sexo y tipo de colegio.

SEXO	SOLO HOMBRES	MIXTO	SOLO MUJERES	TOTAL
HOMBRES	117	84	-	201
MUJERES	-	113	101	214
TOTAL	117	197	101	415

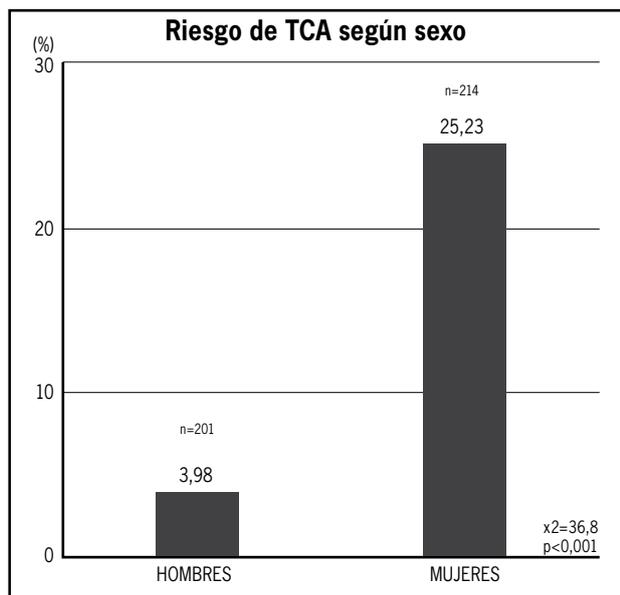


Figura 1. Se muestra el riesgo de padecer TCA para hombres y mujeres de la población estudiada (N= 415) como el porcentaje de estudiantes que calificó con más de 30 puntos en la encuesta EAT-40 en cada grupo respecto del total. Se indican los valores de Chi cuadrado y p-value, mostrando diferencias significativas entre ambos grupos.

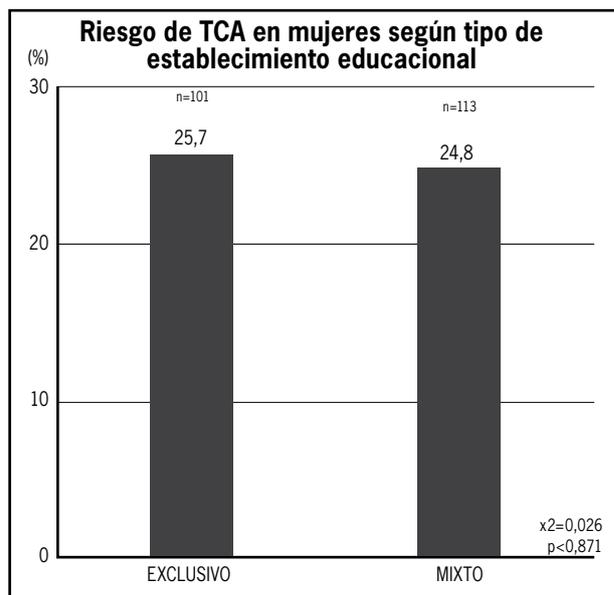


Figura 2. Se muestra el riesgo de padecer TCA en mujeres encuestadas que asisten al colegio de composición exclusiva (n= 101) y mixta (n=113), como el porcentaje de estudiantes con más de 30 puntos en la encuesta EAT-40 respecto al total de su grupo. Se indican los valores de Chi cuadrado y p-value, mostrando diferencias significativas entre ambos grupos.

DISCUSIÓN

Estos resultados corroboran la evidencia previa de mayor prevalencia de TCA en mujeres que en hombres^(3,4,8,12); sin embargo, no hubo diferencias cuando se comparó el riesgo de desarrollar TCA en el grupo de mujeres que asisten a colegios mixtos con aquellas que asisten a colegios exclusivamente de mujeres, así como tampoco se encontró diferencia entre los hombres que asisten a uno u otro tipo de colegio. Esto último también es concordante con resultados obtenidos en estudios previos, tanto nacionales^(4,5) como internacionales que investigaron este tema en otros contextos y con otros instrumentos⁽¹⁵⁾. En relación a lo anterior, se destaca el hecho de que este trabajo se enfoca en estudiar a la población de jóvenes que asisten a colegios públicos de nuestro país, un grupo sobre el cual no existía información a la fecha, extendiendo la aplicabilidad de las conclusiones de los otros estudios a un contexto nuevo.

Por otra parte, se reconoce que el tamaño muestral de la presente investigación fue acotado con respecto a varios trabajos similares avocados a este tema, lo que podría dificultar la interpretación de algunas tendencias observadas. En este contexto, es relevante mencionar que el riesgo porcentual, a pesar de no constituirse como significativo, fue mayor en los grupos de hombres y mujeres que asisten a colegios de composición exclusiva según sexo, respecto de sus grupos comparables que asisten al colegio mixto. Futuras investigaciones podrán evaluar, con tamaños muestrales mayores, si esta tendencia llega a ser estadísticamente significativa.

Otra limitación del estudio dice relación con la elección de los colegios. En primer lugar, el test se aplicó sólo en tres colegios por lo que eventualmente pueden existir características propias de estos colegios que influyan en los resultados globales de sus estudiantes en el test EAT-40. En ese sentido debe señalarse que aunque los tres colegios

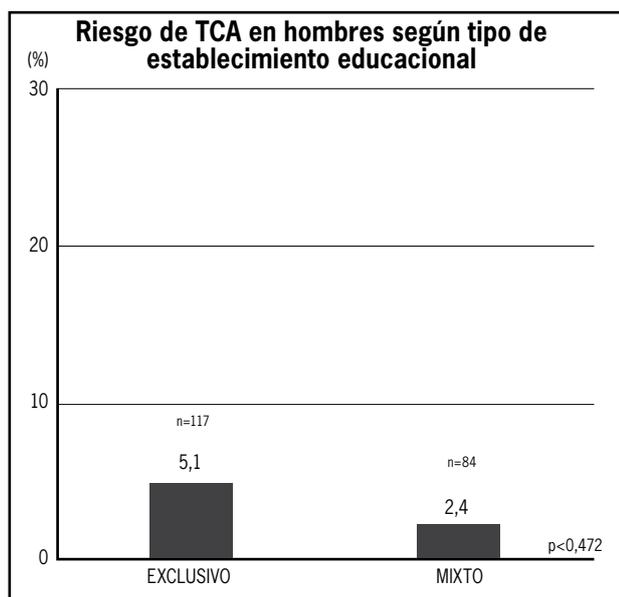


Figura 3. Se muestra el riesgo de padecer TCA en hombres encuestados que asisten al colegio de composición exclusiva (n= 117) y mixta (n=84), como el porcentaje de estudiantes con más de 30 puntos en la encuesta EAT-40 respecto al total de su grupo. Se indica el p-value, mostrando diferencias significativas entre ambos grupos.

son municipales, se ubican en distintas comunas de Santiago (dos de ellos en la comuna de Santiago y uno, en la comuna de Recoleta). Por otra parte, uno de los colegios se caracteriza por realizar un exhaustivo proceso de selección académica para escoger a sus estudiantes, mientras que otro de los colegios tiene una clara orientación técnica y no científico-humanista como los dos restantes. A pesar de que no se ha estudiado la influencia de estas variables en el riesgo de TCA, deben considerarse en la interpretación de los resultados obtenidos. En el futuro, otros estudios podrían examinar su verdadera relevancia en este tema. Por último, debe destacarse que la validez de los resultados está sujeta a la seriedad y sinceridad con que los individuos estudiados hayan contestado la encuesta, dado que se trata de un instrumento autoaplicado que evalúa la propia conducta alimentaria desde una perspectiva individual y subjetiva.

Sumado a lo anterior, para la interpretación de estos resultados deben tenerse en cuenta las dife-

rentes definiciones operativas de “riesgo de TCA”, determinadas por un puntaje de corte en el EAT-40 que es variable y que dependerá de los criterios considerados por cada investigador, lo que dificulta la comparación entre diferentes estudios, incluso entre algunos que ocupan el mismo instrumento. En relación a lo anterior, se debe mencionar que no existe un punto de corte óptimo establecido para la población de nuestro país, dado que actualmente se carece de un trabajo de validación del EAT-40 en Chile, situación que sí ha ocurrido en otros países. Ante esta limitación, se decidió utilizar el valor de la publicación original de este instrumento, que corresponde también al usado en otro trabajo a nivel nacional, como se señaló anteriormente. Por consiguiente, y ante la necesidad de unificar criterios, se sugiere llevar a cabo dicho trabajo de validación, lo que permitiría además realizar comparaciones más certeras entre las distintas investigaciones que se realicen a futuro.

Por otra parte, este trabajo resulta novedoso en cuando a las variables que se analizan como posibles factores de riesgo para padecer TCA. Al investigar sobre el tema, se reconocen diversos factores biopsicosociales clásicamente asociados a estos trastornos como, por ejemplo, el ser mujer, la adolescencia, antecedentes familiares, rasgos de personalidad, el ideal de belleza que establecen los medios de comunicación, el nivel socioeconómico, pertenecer a ciertos círculos sociales como el cine, la televisión, el modelaje, el ballet, entre otros. No obstante, prácticamente no se dispone de información sobre la repercusión del ambiente escolar en la incidencia de estos trastornos, siendo que el colegio resulta un elemento trascendental en la vida de un joven adolescente, considerando que allí es donde pasan gran parte del día y, por ende, establecen y profundizan relaciones. El establecimiento educacional afecta la formación del individuo a múltiples niveles, más que la simple esfera académica, pues es donde se

da lugar al desarrollo de habilidades, relaciones interpersonales y donde se dan las oportunidades de experimentar actividades nuevas, lo cual va moldeando al sujeto en base a éxitos y fracasos. Por lo anterior, un ambiente escolar adverso, o bien, donde no se propicien estas condiciones, podría favorecer el desarrollo de TCA, entendiéndose la naturaleza multicausal de éstos. Ante esta realidad, resulta evidente la necesidad de investigar sobre los distintos factores que conforman el ambiente escolar y su potencial influencia sobre la adquisición de conductas de riesgo para TCA. Es por esto que el presente estudio se vuelve relevante, pues investiga la relación entre el riesgo de desarrollar TCA y el tipo de colegio; un ámbito relativamente desconocido hasta la fecha, tremendamente influyente en el comportamiento de los jóvenes y que, además, es intervenible

y modificable. Lo anterior entonces cobra mayor relevancia considerando que los TCA tienen su mayor prevalencia en adolescentes.

Finalmente, los autores quisieran recalcar la importancia de estudiar el tema de los trastornos de la conducta alimentaria con énfasis en la población adolescente y adulta joven, pues se considera que son un blanco factible de intervención a nivel de prevención primaria con programas de educación hacia la comunidad y capacitación de quienes conviven diariamente con estos individuos (padres, apoderados, profesores, entre otros). En conjunto estas medidas permitirían detectar precozmente conductas de riesgo, actuar oportunamente y enfrentar de mejor manera estos trastornos, los cuales afectan considerablemente la calidad de vida de quienes los padecen.

Agradecimientos

Los autores agradecen en forma especial a los equipos directivos de los tres establecimientos educacionales que autorizaron y permitieron aplicar la encuesta EAT-40 y a sus estudiantes, quienes hicieron posible llevar a cabo esta investigación.

El EAT-40 ha sido reproducido con autorización. Garner & Garfinkel. (1979). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. Psychological Medicine, 12, 871-878.

REFERENCIAS

1. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
2. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5 ed. Washington, Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
3. Mitchison D, Hay P. The epidemiology of eating disorders: genetic, environmental, and societal factors. *Clinical Epidemiology* 2014;6:89-97.
4. Behar R, Alviña M, González, Rivera N. Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de Enseñanza Media de tres colegios particulares de Viña del Mar. *Rev Chil Nutr* 2007;34:240-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/sci-hub.cc/10.4067/S0717-75182007000300008> [Consultado el 17 de agosto de 2014].
5. Larraín M, Arrieta M, Orellana Y, Zegers B. Impacto de imágenes femeninas presentadas por los medios de comunicación en adolescentes mujeres de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. *PSYKHE* 2013;22:29-41.
6. Portela M, da Costa H, Mora M, Raich R. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutr Hosp* 2012; 27:391-401.
7. Pamies L, Quiles Y. Perfeccionismo y factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en adolescentes españoles de ambos sexos. *Anales de Psicología* 2014;30:620-6.
8. López C, Treasure J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Rev Med Clin Condes* 2011;22:85-97.
9. Behar R. Trastornos de la conducta alimentaria: clínica y epidemiología. En: Behar R, Figueroa G, editores. *Anorexia Nerviosa y Bulimia. Clínica y terapéutica*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2004:17-53.
10. Gila A, Castro J, Cesena J, Toro J. Anorexia nervosa in male adolescents: Body image, eating attitudes and psychological traits. *J Adolesc Health* 2005;36:221-6.
11. Fernández F, Turón V. Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en Anorexia y Bulimia. Barcelona: Editorial Masson S. A., 1998.
12. Correa M, Zubarew T, Silva P, Romero M. Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Rev Chil Pediatr* 2006;77:153-60.
13. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
14. 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;38:128-35.
15. Tiggermann M. Effect of gender composition of school on body concerns in adolescent women. *Int J Eat Disord* 2001;29:239-43.
16. Garner D & Garfinkel P. The eating attitudes test: an index of symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 1979;9:273-9.
17. De Irala J, Canos A, Lahortiga F, Gual P, Martínez M, Cervera S. Validación del cuestionario Eating Attitudes Test (EAT) como prueba de cribado de trastornos de la conducta alimentaria en la población general. *Med Clin (Barc)* 2008;130:487-91.

18. Salazar M. El Test de Actitudes hacia la alimentación en Costa Rica: primeras evidencias de validez y confiabilidad. *Actualidades en Psicología* 2012;26:51-71.
19. Castro J, Toro J, Salamero M, Guimerá E. The Eating Attitudes Test: validation of the Spanish version. *Psychol Assess* 1991;7:175-90.
20. Peláez-Fernández M, Ruiz-Lázaro P, Labrador F, Raich R. Validation of the eating attitudes test as a screening instrument for eating disorders in general population. *Med Clin-Barcelona* 2014;142:153-5.



CORRESPONDENCIA

María Cecilia Yubini Lagos
Facultad de Medicina, Universidad de Chile
Av. Independencia 939, Santiago, Chile
E-mail: mariayubini@ug.uchile.cl