

13. DISCUSIÓN

En la revisión realizada por Pate, Pumariega, Hester y Garner (1992), los autores exponen que los TCA podrían estar incrementándose en otros sectores sociales y culturales, distintos a los tradicionalmente asociados a dichos trastornos.

Si hacemos un seguimiento de los estudios epidemiológicos llevados a cabo sobre muestra no clínica, podemos observar como éstos, hace 20 años, eran bien escasos.

Halmi, Falk y Schwartz, en 1981 fueron, sin embargo, los pioneros en los estudios epidemiológicos de TCA en población universitaria. Abrieron la mecha para próximas investigaciones en dicha población diana (Johnson-Sabine, Wood, Patton, Mann y Wakeling, 1988; Provost, 1989). En España, el primer estudio fue realizado en Barcelona por Toro, Castro, García, Pérez y Cuesta, en 1989.

Fue en la década de los 90 cuando se incrementó la investigación en este campo, dada la notificación científica de que las patologías de la conducta alimentaria iban en aumento o eran cada vez más dadas a salir a la luz pública.

Cabe citar los amplios estudios en población general de Garfinkel, Lin, Goering, Spegg y Goldbloom (1995) y Sullivan, Bulik y Kendler (1998) los cuales, con sus resultados, potencian la necesidad de realizar amplios estudios epidemiológicos en población general.

Por diversos factores en las patologías alimentarias se va concluyendo que las franjas de edad de la población en riesgo van de los 16 a los 26 años (Halmi, Falk y Schwartz, 1981; Provost, 1989; Fairburn y Beglin, 1990; Rathner y Messner, 1993; Wakeling, 1996).

Nuestra muestra la han formado alumnas de 16 a 24 años de edad, con una distribución por intervalos de 16 a 18 años (34,6% de la muestra), de 19 a 21 años (54,2% de la muestra) y en el último intervalo de edad se hallaban las alumnas que cumplían entre los 22 y 24 años (11,3% de la muestra). La media fue de 19,4 años, similar a los trabajos de los autores anteriormente citados.

Respecto al sexo, queda bien consensuado por todas las investigaciones, que la proporción sigue siendo decantada claramente hacia el sexo femenino (Halmi, Falk y Schwartz, 1981; Pyle, 1985; Provost, 1989; Fairburn y Beglin, 1990; Rathner y Messner, 1993; APA, 1994; Heatherton, Nichols, Mahamedi y Keel, 1995; Ohtahara, Ohzeki, Hanaki, Motozumi y Shiraki, 1993; Turnbull, Ward, Treasure, Jick y Derby, 1996; Wakeling, 1996). Por ello y siguiendo a estos y muchos más autores, se decidió utilizar en esta investigación alumnas únicamente, no sin ello destacar el aumento insidioso de varones en las patologías de la conducta alimentaria.

Actualmente cada vez son más los estudios que se realizan en población de riesgo, aunque no los necesarios todavía.

Con nuestro trabajo, pretendemos aportar datos epidemiológicos sobre TCA de población de riesgo, no sin ello ver el gran camino que nos queda por delante.

El tipo de muestra utilizado es el de primer curso de carrera, es decir, alumnas que han dejado el ambiente escolar y aparece en ellas una exigencia en preparar su futuro (Provost, 1989).

Muchos son los autores que sólo estudian una muestra, una facultad, bien pública o privada y la obtención de resultados queda más concreta y no tan rigurosa. Nosotros hemos pretendido dar variabilidad a la muestra, ampliándola y diversificándola. Por ello dentro del margen del primer curso de estudios especializados, se barajaron todas las facultades tanto públicas como privadas, así como las escuelas profesionales correspondientes a diplomaturas y a formación profesional, evitando caer en muestras restrictivas o referentes.

Existen numerosos trabajos donde la muestra es muy amplia, pero cabe destacar, sin ánimo de desprestigiar, que han sido estudios llevados a cabo a través de entrevistas telefónicas (Kinzi, Traweger, Trefalt y Biebl, 1998) o por correo aéreo (Kaplan, 1998). Son trabajos muy bien diseñados, pero son susceptibles de caer en errores epidemiológicos. Muchos de los sujetos con sintomatología de TCA, no contestan dichos cuestionarios; la ocultación o incluso la negación son mecanismos característicos de dichas patologías.

Nuestro trabajo es un estudio de campo. El nivel de participación fue del 78,94% en la fase de *screening* y del 76% en la fase diagnóstica. Porcentajes similares de buenos niveles de participación en población universitaria los aportan Pope, Hudson y Yurgelun-Todd (1984) y Fairburn y Beglin (1990).

Los *missings*, como ya bien apuntaban Jonhson-Sabine, Wood, Patton, Mann y Wakeling (1988) y lo confirman Fairburn y Beglin (1990) tras su metaanálisis, es un gran dato a tener en cuenta cuando se trata de, sobre todo, con posibles TCA.

Existen estudios que investigan las ausencias o *missings*, o bien las distorsiones o falsos datos que aportan ciertos sujetos en los autoinformes ya que hay que tener presente que en este tipo de patologías, el paciente suele mentir y ello lo hace de forma cuantitativa y no cualitativa (Fairburn y Beglin, 1990; Drownowski, Kurth y

Krahn, 1994; Garfinkel, Lin, Goering, Spegg, Goldbloom, Kennedy, Kaplan y Woodside, 1995; Hay, Fairburn y Doll, 1996). Por ello creemos en la necesidad de realizar una segunda fase, donde se lleve a cabo una entrevista semiestructurada.

Las pruebas utilizadas en el material de screening fueron el EAT, EDI bulimia, BSQ y EDI motivación por adelgazarse, donde presentaron correlaciones altamente significativas entre ellas.

Se confrontaron con las variables independientes de nuestra investigación, como edad, IMC y NSE.

El IMC ha estado presente en numerosos estudios como un factor primordial a tener en cuenta en los TCA. Así lo confirman Dewnowski, Hopkins y Kessler (1988b), Brodie, Slade y Riley (1991), Akan y Grilo (1994), Joiner, Wonderlich, Metalsky y Schmidt (1995), Favaro y Santoanastaso (1995) y Probst, Vandereycken y Van Coppenolle (1997).

En nuestra investigación aunque la mayor parte de los sujetos se sitúan en "peso normal", es decir, en un IMC entre 20 y 25 (54,0% de la muestra), aparece un alto porcentaje de sujetos con bajo peso, que presentan un IMC entre 18 y 20 (27% de la muestra). Respecto a IMC superiores, hemos observado un porcentaje del 11,9. Se hallan valores similares en estudios epidemiológicos en población universitaria. Distribuciones semejantes las encontramos en estudios australianos como el realizado por Patton, Carlin, Shao, Hibbert, Rosier, Selzer y Bowes (1997).

En nuestro trabajo, los resultados apuntan que cuanto mayor sea el IMC, mayor puntuaciones obtienen las estudiantes en la escala EAT y por tanto mayor riesgo de padecer actitudes patológicas hacia la comida. Así lo exponen Toro, Castro, García, Pérez y Cuesta (1989), Roth y Armstrong (1990), Akan y Grilo (1994), Fabaro y Santoanastaso (1995), Heatherton, Nichols, Mahamedi y Keel (1995), Buddeberg-Fischer, Bernet Sieber, Schmid y Buddeberg (1996).

Tras una correlación de Spearman, el EDI-Bulimia y el IMC, presentan en nuestro estudio, una relación significativa como ocurre en las investigaciones de Joiner, Schmidt y Singh (1993), Joiner, Wonderlich, Metalsky y Schmidt (1995), Robinson, Killen, Litt, Hammer y Wilson (1996) y Geist, Davis y Heinmaa (1998).

Las medianas y el coeficiente de correlación de Spearman confirman la existencia de una intensa relación directa entre BSQ e IMC. Es decir, a mayor peso ponderal, mayor preocupación por la figura y el peso. Características similares las hallamos en los estudios de Raich et al (1991).

Lo mismo ocurre con la prueba EDI motivación para adelgazarse, ya que a mayor peso, mayor es la motivación para perderlo, con lo que también la correlación es una intensa relación positiva.

Aunque hallamos escasos estudios con dicha subescala del EDI, Kurtzman, Yager, Landsverk, Wiesmeier y Bodurka (1989), utilizaron dicha prueba en estudiantes de la universidad de UCLA. Nuestros resultados son similares a los hallados en su estudio.

Se ponderó así mismo el nivel socioeconómico (NSE) de las participantes para confrontar resultados con otros autores.

Dado que hemos realizado una investigación diversificada y hemos tomado tanto centros públicos como privados, los porcentajes del estudio son para un NSE bajo del 23,3%, NSE medio del 49,3% y NSE alto del 25%.

Tema actual discutido y puesto en tela de juicio por Gard y Freeman (1996) donde exponen que existen graves fallos en la investigación de la relación entre NSE y TCA. En un principio se asociaban TCA a NSE elevados (Selvini Palazzoli, 1985 y Toro et col., 1995). Otros investigadores abogan por el incremento de los TCA en otros sectores socioeconómicos y culturales distintos a los tradicionalmente asociados a dichas patologías de la conducta alimentaria (Pate, Pumariega, Hester y Garner, 1992; Turón, Fernández y Vallejo, 1992 y Buddeberg-Fischer, Bernet Sieber, Schmid y Buddeberg, 1996).

Sin embargo, en nuestro estudio, como en el de Wichstrom (1995) y Robinson, Killen, Litt, Hammer y Wilson (1996), no hallamos diferencias significativas respecto a dicha variable y TCA.

La edad de la muestra y el EAT en nuestro estudio se revela como una variable donde a menor edad mayor aportación en el puntaje del EAT. Pero si tenemos en cuenta que se trata de edades comprendidas entre 16 y 18 años, coincide con los estudios de Toro, Castro, García, Pérez y Cuesta (1989), donde con su amplia muestra, 1554 estudiantes de Barcelona de edades entre 12 y 19 años, los resultados obtenidos fueron que en la franja de edad superior, coincidiendo con nuestro intervalo de edad de las participantes, en dicha muestra eran las que presentaban también mayores puntuaciones en el EAT.

Así mismo, y coincidiendo con nuestros resultados, Heatherton et al (1997) en un estudio longitudinal de 10 años, halla que las actitudes desadaptadas hacia la comida tienden a declinar con el tránsito a la edad adulta. Nuestra franja de edad de 22 a 24 años no alcanza niveles estadísticos.

Sin embargo en la correlación de EDI bulimia y edad no aparece una relación significativamente estadística. No hemos podido confrontarlos con muestras similares ya que los estudios que utilizan el EDI bulimia no son investigaciones llevadas a cabo en población general, sino afectadas de TCA.

Respecto al BSQ la relación es inversa, es decir, a mayor edad menor puntuación en esta escala. La diferencia entre los grupos más jóvenes de nuestra muestra alcanza los niveles estadísticos.

El estudio de la medianas de la muestra estudiada confirma una disminución sustancial por la preocupación por la silueta y el peso a partir de los 22 años (se reduce un 15%). Así lo apoya Raich et al. (1991) (aunque no con estas proporciones), que la preocupación por la figura va reduciéndose con la edad.

Ello queda respaldado en la prueba EDI motivación por adelgazar, donde los dos grupos más jóvenes presentan diferencias significativas.

El riesgo de TCA en nuestra muestra se incrementa al aumentar la masa corporal. Sólo un 8,5% de los sujetos con un IMC bajo están en riesgo de TCA. Dicho porcentaje se dobla (16,5%) para las estudiantes con IMC normal y el riesgo de padecer TCA llega al 20% con las chicas con elevado IMC.

Sin embargo, el riesgo de TCA respecto a la edad y el NSE en nuestro estudio no alcanzan diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los dos casos.

Siguiendo otros estudios como modelo, tales como los de Evers (1987), Mumford, Whitehouse y Platts (1991) y Akan y Grilo (1994), un sujeto será posible positivo, es decir, susceptible de padecer TCA, si cumple con puntuaciones superiores al punto de corte establecido para el EAT y el BSQ.

En esta investigación hemos tomado no sólo dos pruebas como material de screening sino que los puntos de corte para las respectivas pruebas serán: para el EAT ≥ 30 y para el BSQ ≥ 105 . Así pues, como diferencia significativa con otros estudios epidemiológicos en población general de TCA, no sólo se ha tenido en cuenta las dos pruebas conjuntamente, sino un puntaje superior en el BSQ con el fin de cribar aún más la selección.

Se ha ponderado más alto el punto de corte del BSQ para ajustar los resultados.

De una muestra de 515 mujeres estudiantes, 73 presentan riesgo de padecer TCA en una primera fase (14,2%).

Prevalencias similares en estudios afines presentan puntuaciones semejantes como son los siguientes trabajos epidemiológicos, pero sólo han tenido en cuenta el EAT como fase de *screening* (algo muy usual y sin embargo escaso en investigación epidemiológica).

Rathner y Messner (1993) sobre un estudio de 517 chicas estudiantes en una población austríaca hallan una prevalencia del 2,7% en el EAT-40. Toro et al (1989) obtienen una puntuación superior o igual a 30 en el EAT en un 9,8% de las chicas estudiantes con edades entre 12 y 19 años. Puntuaciones similares habían tenido en 1988, Jonhson-Sabine, Wood, Patton, Mann y Wakeling del 8,2%. Dos años más tarde, los mismos autores, en otra investigación similar ya encuentran proporciones del 9,3%.

En España, Canals et al. (1996) sobre una muestra de 515 adolescentes entre 13 y 14 años, expresan puntuaciones superiores al punto de corte del 12,4% en el EAT-40, muy semejantes a las de nuestro estudio. Así mismo, Wlodarczyk-Bisaga y Dolan (1996), en una muestra de estudiantes polacas, ofrecían una estimación ponderada de prevalencia de TCA del 12,6%.

Respecto al tipo de cribaje que hemos utilizado en la primera fase de nuestra investigación, son escasos los trabajos que han llevado a cabo estas dos escalas.

Entre ellos, Evers (1987), Mumford, Whitehouse y Platts (1991) y Akan y Grilo (1994), obtuvieron sin embargo, prevalencias inferiores a las de nuestro estudio.

Según datos obtenidos en nuestra investigación los sujetos con riesgo de TCA poseerán un IMC elevado (sobrepeso) (19,7%), se hallarán en una franja de edad entre los 16 a los 18 años (15,7%), seguida de la franja de los 19 a los 21 años (14,3%) y pertenecerán a un NSE bajo (17,5%).

Dada la gran importancia que aportan las investigaciones epidemiológicas en TCA, destacaremos a Hsu (1996) cuando expone que el mayor factor de riesgo en la patogénesis es la dieta. La prevalencia de los TCA en una supuesta comunidad estará correlacionada con la prevalencia de conductas dietéticas en la misma.

Patton et al. (1990) observaron en un estudio de seguimiento a 1 año, que los sujetos que seguían dietas adelgazantes presentaban 7,9 veces más probabilidades de desarrollar un TCA.

Shisslak et al. (1995) en estudios de seguimiento de uno a dos años, hallaban que entre el 20 y el 30% de los sujetos que hacían dieta de forma patológica progresaron hacia un síndrome parcial o completo, el 35% de los que practicaban una dieta normal progresaron hacia formas patológicas y aproximadamente un 15% de los sujetos con síndromes parciales desarrollaron un síndrome completo. Este último porcentaje se elevaba al 30-40% en estudios con seguimiento a 4 años.

Wlodarczyck-Bisaga y Dolan (1996) señalaron que el riesgo de progresar hacia un caso subclínico era cinco veces mayor para una chica que sigue una dieta adelgazante que para una que no la realiza.

Por todo ello, en nuestro estudio hemos dado una gran importancia a esta variable, correlacionándola con pruebas de *screening* y con otras variables para incrementar y poder confrontar información con otros estudios realizados hasta la fecha.

De las 515 estudiantes de nuestra muestra, 80 de ellas siguen una dieta de adelgazamiento (15,5%). De ellas, el 37,7% presentan sobrepeso. El IMC se relaciona por tanto con sobrepeso en las estudiantes que siguen dieta adelgazante. Así lo exponen también Patton, Carlin, Shao, Hibbert, Rosier, Selzer y Bowes (1997) en un amplio estudio epidemiológico con 2525 adolescentes australianos, donde el 38% de las chicas seguían "dietas intermedias" y un 7% llevaban a cabo "dietas extremas". Dichos autores concluyen, como en nuestro estudio, que el IMC está relacionado con dicho grupo de personas seguidoras de dietas adelgazantes.

El porcentaje de "nuestras estudiantes" seguidoras de dietas adelgazantes es inferior a los porcentajes hallados por Patton et col. (15,5% en nuestra muestra frente al 45% de la muestra australiana).

Y aunque no aparecen diferencias estadísticamente significativas entre grupos de edad ni NSE, podemos decir que los sujetos de mayor edad presentan menor riesgo de TCA y que las estudiantes con un NSE bajo que siguen una dieta, presentan una relación estadísticamente significativa.

Las estudiantes de nuestro estudio que siguen una dieta adelgazante presentan puntuaciones del EAT 2,5 veces mayor a las estudiantes no seguidoras de dietas de este tipo. Tales resultados confirman los hallados en años anteriores por Toro, Castro, García, Pérez y Cuesta (1989). En un estudio en dos fases (*screening* y entrevista semiestructurada) en estudiantes, llevado a cabo por Steinhäusen, Wimkler y Meier en 1997, obtienen conclusiones similares. Las personas que en nuestra investigación siguen una dieta adelgazante presentan 12 veces más puntuaciones en la subescala EDI-motivación por adelgazar. Estos resultados son altamente significativos. Resultados semejantes obtuvieron en 1989, Kurtzman, Yager, Landsverk, Wiesmeier y Bodurka en estudiantes universitarios de UCLA.

Respecto al porcentaje no significativo que hemos obtenido en el BSQ y dieta, donde las estudiantes que realizan dietas adelgazantes presentan 1,63 veces más puntuación en el BSQ, no coincide con otros estudios como son el de Evers (1987), Mumford, Whitehouse y Platts (1991) y Raich, Deus, Muñoz, Pérez y Requena (1991), donde la dieta y BSQ son significativos.

El hecho de que nuestro punto de corte en dicha escala haya sido aumentado a 105 para cribar más la prueba, ha podido influir levemente en los resultados comparativos con otros estudios. Pero ha sido, creemos nosotros, de mayor utilidad para aumentar el cribaje en la fase de *screening*.

Aunque por la bibliografía sabemos que existen correlaciones significativas entre dieta y EDI-B (Joiner, Wonderlich, Metalsky y Schmidt, 1995; Cotrufo, Barretta, Monteleone y Maj, 1998), nuestros resultados no ofrecen tales conclusiones.

Ahora bien, si tenemos en cuenta variables de indicadores de malestar psicológico como depresión, ansiedad estado, ansiedad rasgo, baja autoestima y baja asertividad, el BSQ es la dimensión que se relaciona de forma más clara con estos indicadores, frente a otras escalas como el EAT, EDI-motivación para adelgazar y EDI-B. No hallamos en la literatura confrontaciones similares que puedan ser comparativas con nuestros resultados.

La escala utilizada en el *screening* para detectar el estado de ánimo fue el BDI. Muchos son los estudios que utilizan esta prueba, pero generalmente son estudios clínicos y no de población general, como el nuestro.

Caben destacar los estudios epidemiológicos en población universitaria de Greenberg (1986), Dion y Giornado (1990), Ruiz y Bermúdez (1993), Nolan y Willson (1994), Waelde, Silvern, y Hodges (1994), Lehmicke y Hickes (1995), Lester y Akande (1995), Wiseman, Gutfreund y Lurie (1995) y Brazelton, Greene y Gynther (1996).

Según los resultados del BDI en nuestra muestra, el porcentaje de alumnas con presencia de sintomatología depresiva leve o distimia alcanza el 15% y de posible trastorno depresivo del 12%, similar a los resultados de Wiseman, Gutfreund y Lurie (1995) llevados a cabo en Israel. Sin embargo, otros estudios de poblaciones similares realizados en Estados Unidos (Waelde, Silvern, y Hodges, 1994; Brazelton,

Greene y Gynther, 1996) ofrecen puntuaciones del BDI inferiores a los europeos.

Respecto a la ansiedad y tomando como cuestionario la prueba STAI que mide ansiedad-rasgo (A/R) y ansiedad-estado (A/E), en nuestros resultados se obtiene una prevalencia del 25,77% respecto a la A/R frente al 17,96 % en A/E. Obtenemos resultados semejantes a los de Sahin, Sahin y Heppner (1993) y Patton, Carlin, Shao, Hibbert, Rosier, Selzer y Bowes (1997).

En un estudio sobre ansiedad en población femenina universitaria, Stewart, Taylor y Baker (1997) también observan que la A/R es superior a la A/E.

Estamos de acuerdo con Hawkins, Mc Dermott, Sheeley y Hawkins (1992) de que existen pocos estudios epidemiológicos publicados sobre ansiedad en población femenina universitaria.

Los estudios epidemiológicos en población general sobre autoestima y asertividad sí son aún más escasos.

Nuestros resultados en la escala Rosenberg apuntan que tan sólo la mitad de la muestra estudiada posee buena autoestima. Así y todo, citaremos los estudios que relacionan TCA y baja autoestima en población universitaria, como el de Button, Sonuga-Barke, Davies y Thompson (1996), donde tras un estudio longitudinal de mujeres estudiantes descubrieron que la baja autoestima era un factor de riesgo para desarrollar TCA.

Respecto a la asertividad, únicamente el 55% de las estudiantes poseen una buena puntuación en la escala CSES, resultados similares a los obtenidos por Akan y Grilo (1994).

En el estudio de la asociación entre EAT, EDI-Bulimia, BSQ, EDI-motivación por adelgazar, riesgo de TCA y seguimiento o no de una dieta con otros indicadores de malestar psicológico (depresión, baja autoestima, ansiedad estado, ansiedad rasgo y baja asertividad) queda bien reflejado que el BSQ es la dimensión que se relaciona de una forma más clara con todos los indicadores de malestar psicológico. Akan y Grilo (1994) observaron correlaciones similares a las nuestras, salvo que no encontraron correlaciones significativas entre el Rosenberg y las demás pruebas, y nosotros sí.

Observamos así mismo que a medida que aumenta la gravedad de los síntomas, disminuye el número de sujetos.

El EAT consigue buenas correlaciones con todas las pruebas y con el CSES (asertividad) aunque es menor la correlación, es también significativa. Se detecta que los sujetos con puntuaciones elevadas en las escalas de depresión, ansiedad estado y ansiedad rasgo y bajas puntuaciones en la escala de autoestima, obtienen puntuaciones promedio de un 40% más elevadas en el EAT, que aquellos que puntúan bajo en depresión, presentan escasa ansiedad y alta autoestima.

La depresión es el indicador que más intensamente se asocia al seguimiento de una dieta en nuestra muestra. Se observa que el grupo con distimia seguirá pro-

bablemente 3,12 veces más una dieta que el grupo con ausencia de sintomatología depresiva. Si se observa el grupo con depresión, se incrementa la probabilidad a 4,37. Aunque en porcentajes diferentes, Greene, Achterberg, Crumbaugh y Soper (1990), French, Story, Neumark-Sztainer, Downes, Resnick y Blum (1997) y Patton, Carlin, Shao, Hibbert, Rosier, Selzer y Bowes (1997) ofrecen resultados similares, donde la dieta adelgazante guarda relación significativa con la sintomatología depresiva.

En los estudios epidemiológicos que desde hace quince años se van siguiendo, pocos de ellos constan de una 2ª fase. Se ha observado que el uso de cuestionarios no puede garantizar la obtención de información fidedigna de los sujetos, pudiendo además obtenerse una alta variabilidad en los resultados aportados por distintos estudios, variabilidad causada tal vez por la gran heterogeneidad de abordajes epidemiológicos empleados. Surge pues la necesidad de utilizar diseño de estudios en dos fases, combinando una óptica diagnóstica con otra más dimensional, siguiendo la orientación de muchos autores (Johnson-Sabine, Wood, Patton, Mann y Wakeling, 1988; Fairburn y Beglin, 1990; Patton, Johnson-Sabine, Wood, Mann y Wakeling, 1990; Rathner y Messner, 1993; De Steinhausen y Seidel, 1993b; Devaud, Michaud y Narring, 1995; Wlodarczyk-Bisaga y Dolan, 1996; Steinhausen, Winkler y Meier, 1997). Además, siguiendo a King (1989) creemos que no sólo se trata de saber si hay o no hay un trastorno, sino cuánto tenemos del mismo.

Dado el abanico tan amplio en la severidad de los TCA en población general, se hace necesario tomar en cuenta los síndromes parciales o subclínicos (Johnson-Sabine, 1988) y para ello hemos elegido el EDE, entrevista semiestructurada utilizada en estudios de TCA, como fase diagnóstica en nuestro estudio tal como lo han hecho muchos autores (Garfinkel, 1992; Favaro y Santoanastaso, 1995; Santonastaso, Zanetti, Sala, Favaetto, Vidotto y Favaro, 1996; Selzer, Hamill, Bowes y Patton, 1996; Steinhausen, Winkler y Meier, 1997).

Así pues, de las 573 mujeres estudiantes de la muestra inicial, que tras excluir 22 casos por edad, 12 casos por *missing* en edad e IMC se obtuvo una muestra resultante de 527 mujeres.

El grupo en riesgo de padecer TCA fue del 14,2% (75 estudiantes) ya que puntuaron por encima de 29 en el EAT y por encima de 104 en el BSQ.

Para llevar a cabo el EDE, las 75 estudiantes posibles positivos de TCA, fueron llamadas telefónicamente. El 76% de ellas, es decir, 57, aceptaron participar en la segunda fase de nuestra investigación. Así mismo se pasó la prueba EDE al 29,42% de los controles (133 estudiantes).

La prevalencia de los distintos tipos de TCA hallados finalmente resulta:

Ningún caso de AN en ambos grupos, en riesgo y control.

9 casos de BN, todos ellos en el grupo en riesgo.

15 sujetos con TCANE del grupo en riesgo y 8 del grupo control (7 de ellos con TIC).

Respecto a estudios epidemiológicos con fase de *screening* y una fase diagnóstica con entrevista semiestructurada, en población femenina estudiante, confrontamos nuestros resultados con los de Steinhausen, Winkler y Meier (1997) y observamos que éstos son semejantes en BN (como mínimo un 1% de la población origen de la muestra presenta BN, tal como expresan los resultados de Fairburn, en 1990) pero dichos autores poseen mayor prevalencia de AN (0,7%) que nosotros. No hemos hallado ningún caso de AN, como en los estudios de Johnson-Sabine, Wood, Patton, Mann y Wakeling (1988) y Wlodarczyk-Bisaga y Dolan (1996).

Favaro y Santoanastaso (1995) presentan en su estudio de doble fase en una amplia muestra de estudiantes, casos de AN y BN algo superiores a las de Steinhausen et col., citados anteriormente. A pesar de ello, todos los trabajos, junto con nuestro estudio, coinciden en que los TCANE son los TCA que mayor prevalencia presentan (6,5%).

Respecto a la prevalencia general de TCA, nuestra muestra da un 11,1%, similar a las prevalencias halladas por Balentine, Stitt, Bonner y Clark (1991) Carbajo, Canals, Fernández-Ballart y Doménech, 1995.

Del TIC cabe citar que entre los 8 casos hallados dentro de los sujetos control padecían TCANE, de los cuales 7 seguían el diagnóstico de TIC. Al contrario que en el estudio de Badesvant, Pouillon, Lahlou, Le Barzic, Brillant y Guy-Grand (1995), donde hallan los TIC en los posibles positivos (8%), en cambio en población general la prevalencia de TIC es del 0,7%.

La sensibilidad de la prueba de *screening* (EAT y BSQ) es del 53,73% lo que significa que solamente algo más de la mitad de los sujetos con TCA son detectados por el material de *screening*. La especificidad de la prueba se sitúa en el 90, 73%, es decir, más del 90% de los sujetos sin TCA son bien clasificados por el instrumento de *screening*. Los valores predictivos no se ven afectados por la muestra entrevistada. Igual ocurre en el trabajo de Favaro y Santoanastaso (1995).

Al estudiar las diferencias de prevalencias en TCA en los distintos grupos según IMC, edad, NSE y dieta, se observa que no aparecen diferencias significativas en el porcentaje de estudiantes con TCA entre los grupos de masa corporal, de edad, ni de NSE. A diferencia de otros estudios donde sí ven diferencias estimables (French, Story, Neumark-Sztainer, Downes, Resnick y Blum, 1997; Patton, Carlin, Shao, Hibbert, Rosier, Selzer y Bowes, 1997).

Sin embargo, el porcentaje de sujetos con TCA es cuatro veces superior en el grupo de mujeres que siguen una dieta de adelgazamiento, tal como expresan los resultados similares de Patton et al, 1990; Shisslak et al., 1995; Hsu, 1996; Wlodarczyk-Bisaga y Dolan, 1996; Smith, Fairburn y Cowen, 1999.

La comorbilidad de TCA y depresión queda bien reflejada. Las personas que padecen TCA en nuestra muestra, presentan una prevalencia de distimia del 22,2% y si la sintomatología se agrava alcanza parámetros del 31%. Lázaro, Toro, Canalda, Castro y Martínez (1996) también hallaron comorbilidad de TCA y depresión del

21,1%. Aunque con similares proporciones, los siguientes autores apoyan la comorbilidad de TCA y depresión a través de sus trabajos epidemiológicos: Vandereycken (1987), Greene, Achterberg, Crumbaugh y Soper (1990), Halmi, Eckert, Marchi, Sampugnaro y Apple (1991), Hawkins, McDermott, Seeley y Hawkins (1992), Shisslak, Crago y Estes (1995), Toro, Castro, Nicolau, Cervera, Toro, Zaragoza y Blecua (1995), Fava, Abraham, Clancy-Colecchi, Pava, Matthews, Rosenbaum (1997), Pollice, Kaye, Greeno y Weltzin (1997).

La comorbilidad de TCA y ansiedad rasgo, sin embargo, es el parámetro que presenta mayor prevalencia en nuestro estudio, superando al parámetro de la depresión. En relación a una ansiedad moderada y TCA alcanza el porcentaje del 17,6%, pero si la ansiedad es elevada, la correlación con TCA aumenta al 35,1%. Así viene expresado en los trabajos de Halmi, Eckert, Marchi, Sampugnaro y Apple (1991), Mitchell, Specker y de Zwaan (1991), Shisslak, Crago y Estes (1995), Bulik, Sullivan, Carter y Joyce (1996), Bulik, Sullivan, Fear y Joyce (1997) aunque en diferentes porcentajes.

Respecto a la autoestima, los resultados apuntan que mientras que tan sólo un 6% de las estudiantes que presentan TCA tienen alta autoestima, dicho porcentaje aumenta al 15,8% para el grupo de TCA y autoestima media y para el grupo con autoestima baja, la probabilidad de padecer TCA es más del doble que ante estudiantes con autoestima alta. La importancia de la autoestima en los TCA viene expresada en los trabajos de Roth y Armstrong (1993), Williams, Power, Millar, Freeman y Yellowlees (1993), Shisslak, Crago y Estes (1995), Button, Sonuga-Barke, Davies y Thompson (1996).

En relación con la asertividad, nuestra muestra no presenta diferencias significativas entre los grupos con alta y media asertividad, en cambio existe una importante y significativa diferencia con respecto a la asertividad baja y TCA (37,5%). Los trabajos de Williams, Power, Millar, Freeman y Yellowlees (1993) y Shisslak, Crago y Estes (1995) apoyan nuestros resultados donde la asertividad baja es un indicador de riesgo para TCA.

14. CONCLUSIONES

1. La población universitaria femenina de Barcelona sigue parámetros de TCA similares a otros estudios actuales y superiores a estudios anteriores, medidos de través de cuestionarios psicométricos específicos, como el EAT, BSQ, EDI-bulimia y EDI-motivación para adelgazar.
2. Las pruebas utilizadas en el material de screening presentaron correlaciones altamente significativas entre ellas. Así mismo una vez confrontadas estas con variables independientes como la edad, el IMC y el NSE, hallamos:
 - 2.1. A mayor IMC, mayor puntuación en la escala EAT y por tanto, mayor riesgo de padecer actitudes patológicas hacia la comida.
 - 2.2. Con las demás pruebas (BSQ, EDI-B, EDI-Motivación para Adelgazar), el IMC correlaciona también.
 - 2.3. Pero no hallamos correlación respecto al NSE y TCA.
3. La franja de edad que mayor puntuación obtiene en el EAT es de los 16 a los 18 años. Con el tránsito a la edad madura, las conductas alimentarias desadaptadas pierden relevancia. La franja de 22 a 24 años de edad no presenta niveles estadísticos significativos. El estudio de las medianas de nuestra muestra confirma una disminución sustancial por la preocupación por la silueta y el peso a partir de los 22 años (reducción del 15%).
4. El riesgo de TCA aumenta al aumentar el IMC. Alumnos con IMC bajo tendrán un riesgo de padecer TCA del 8,5%. Las estudiantes con IMC normal, el riesgo adquiere el 16,5%. Para las mujeres con elevado IMC el riesgo asciende al 20%. Aquellas estudiantes que puntuaron el EAT ≥ 30 y en el BSQ ≥ 105 conjuntamente, dieron una prevalencia del 14,2%. Estos posibles sujetos con riesgos de TCA poseen un elevado IMC, se hallan en franjas de edad de 16 y 18 años y de 19 a 21 años y pertenecen a un nivel socioeconómico bajo.
5. La dieta es un factor primordial a la hora de detectar un posible caso de TCA. El IMC se relaciona con sobrepeso en las estudiantes que siguen dieta adelgazante. La dieta no guarda relación con la edad (en nuestro estudio). Las estudiantes con NSE bajo siguen más dietas adelgazantes. Así mismo, las estudian-

tes que siguen dieta puntuaron 2,5 veces más las puntuaciones del EAT. Las personas que siguen dieta adelgazante presentan 12 veces más puntuaciones elevadas a la subescala EDI-Motivación para adelgazar.

6. La insatisfacción corporal recogida en el BSQ, correlaciona con constructos psicológicos como depresión, ansiedad, baja autoestima y baja asertividad.
7. Respecto a la comorbilidad: la distimia y el Trastorno depresivo aparecen reflejados a través del BDI en un 27% de la población estudiada; La ansiedad, medida a través de STAI, alcanza prevalencias del 25,77%. La baja autoestima, observada a través del Rosenberg, aparece en la mitad de la muestra. Más de la mitad de la población estudiada posee poca habilidad asertiva. Así pues, de las estudiantes con puntuaciones elevadas en las escalas correspondientes a depresión, ansiedad y baja autoestima, el 40% obtienen mayor puntuación en el EAT si presentan baja autoestima.
8. Tras realizar una segunda fase en el estudio, donde se aplicó el EDE al 76% de los posibles positivos y al 30% de los controles, la prevalencia para TCA alcanza el 11%. No hallamos ningún caso de AN. Dentro de los sujetos en riesgo, aparecen 9 casos de BN. La mayor patología hallada de los TCA en nuestra muestra es de TCANE en el grupo de riesgo. Pero cabe destacar que de los 8 casos del grupo control, 7 de ellos presentan TIC.
9. La sensibilidad y la especificidad de la prueba de screening (EAT y BSQ) es del 53,7%, y del 90,73%, respectivamente. Estos resultados son parecidos a otros hallados en la literatura
10. El porcentaje de estudiantes con TCA, es 4 veces superior en las mujeres que siguen dieta.
11. La comorbilidad de TCA y depresión queda bien reflejada ya que posibles positivos de TCA y distimia comórbida alcanzan una prevalencia del 22%. Si la patología depresiva se agrava, el porcentaje de posibles positivos de TCA con depresión comórbida llega al 31%. La comorbilidad de TCA y ansiedad rasgo moderada llega al 17,6%. Cuando la ansiedad aumenta, la comorbilidad alcanza la mayor prevalencia en nuestro estudio, 35,1%. Una alta autoestima sólo aparece en el 6% de los sujetos con riesgo a padecer TCA. Sin embargo, la prevalencia aumenta a niveles del 15,8% cuando se trata de sujetos con riesgo de TCA y autoestima media. La importancia de la autoestima aparece reflejada en que más del doble de las estudiantes con riesgo a padecer TCA presentan baja autoestima. La asertividad alta y media no influye en las estudiantes con riesgo de TCA. Sin embargo, una baja asertividad puede ser un indicador de riesgo de TCA, ya que el 37,5% de las estudiantes en riesgo en TCA presentaban baja asertividad.

15. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abellán y Raich, R.M. (1999). Métodos estructurados de medición de los factores cognitivos en los trastornos de la alimentación. Barcelona: *Póster congreso AETCA*.
- Abou-Saleh, M.T., Oleesky, D.A. y Crisp, A. (1986). Dexamethasone suppression and energy balance: A Study of anorexic patients, en G.I. Szumuckler, P.D. Slade, P. Harris, D. Benton y G.F. Russell (Eds): *Anorexia Nervosa and Bulimic Disorders*. Oxford: Pergamon Press, pp. 203-206.
- Abraham, S.F. y Beaumont, P.J. (1982). How patients describe bulimia or binge eating. *Psychological Medicine*. 12, 625- 635.
- Abramson, E.E. y Wunderlich, R.A. (1972). Anxiating, fear and eating: A test of the psychosomatic concept of obesity. *Journal of Abnormal Psychology*. 79, 317-321.
- Abramson, E. (1999). *El comer emocional*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Adami, G.F., Marinari, G.M., Bressani, A., Testa, S. y Scopinaro, N. (1998). *Body image in binge eating disorder*. *Obesity Surg*. 8(5), 517-9.
- Adami, G.F., Meneghelli, A. y Scopinaro, N. (1999). Night eating and binge eating disorder in obese patients. *International Journal of Eating Disorders*. 25(3): 335-8.
- Agras, S., y Werne, J. (1981). Disorders of eating. En S. M. Turner, K. S. Calhoun y H. E. Adams (Eds.): *Handbook of Clinical Behavior Therapy*. New York: Wiley-Interscience Publication.
- Agras, W.S., Telch, C.F., Arnow, B., Eldredge, K., Wilfley, D.E., Raeburn, S.D., Henderson, J. y Marnell, M. (1994). Weight loss, cognitive-behavioral, and desipramine treatments in binge eating disorder: An additive design. *Behavior Therapy*. 25, 225-238.

- Agras, W.S. y Apple, R.F. (1997). *Overcoming eating Disorders: A cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa and binge eating Disorders, Therapist guide*. San Antonio, Texas: The Psychological Corporation.
- Agras, W.S. (1998). Therapeutic Interventions in eating disorders. *Comunicación en American Psychiatric Association. Annual Meeting* (course 44). Toronto, Ontario, Canada.
- Aleman, M. (1999). Mecanismos de regulación del peso corporal. Barcelona: Ponencia Congreso AETCA.
- Akan, G.E. y Grilo, C.M. (1994). 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*. Vol. 18, No. 2, 181-187.
- Alger, S.A., Schwalberg, M.D., Bigaouette, J.M., Michalek, A.V. y Howard, L.J. (1991). Effect of tricyclic antidepressant and opiate antagonist on binge eating behavior in normoweight bulimic and obese, binge-eating subjects. *American Journal of Clinical Nutrition*. 53, 865-871.
- Allenbach, P., Hallberg, D. y Espmark, S. (1976). Body image: An apparatus for measuring disturbances in estimation of size & shape. *Journal of Psychosomatic Research*. 20, 583- 589.
- Allon, N. (1975). Latent social services in group dieting. *Social Problems*. 32, 519-69.
- Altabe, M. y Thompson, J.KI. (1992). Size estimation versus figural ratings of body image disturbance: Relation to body dissatisfaction and eating dysfunction. *International Journal of Eating Disorders*. 11, 397- 402.
- Alvarez, P. (1997). Personalidad y bulimia nerviosa. En V. Turón (Ed.): *Trastornos de la alimentación. Anorexia Nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Editorial Masson.
- American Psychiatric Association. (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III*. APA. Trad. española (1985). Barcelona: Editorial Masson.
- American Psychiatric Association. (1987.) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III-R*. APA. Trad. española (1988). Barcelona: Editorial Masson.
- American Psychiatric Association. (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV*, APA. Trad. española (1995) . Barcelona: Editorial Masson.

- Antony, M.M., Johnson, W.G., Carr-Nangle, R.E. y Abel, J.L. (1994). *Psychopathology correlates of binge eating and binge eating disorder*. *Comprehensive Psychiatry*. 35, 386-392.
- Aragona, M. y Vella, G. (1998). Psychopatological considerations on the relationship between bulimia and obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*. 31(4): 197-205.
- Aranceta, J. (1995). Anorexia nerviosa y bulimia. En LL. Serra, J. Aranceta y J. Mataix (Eds.): *Nutrición y Salud pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones*. Barcelona: Editorial Masson.
- Aranceta J., Pérez, C., Serra Majem, L. et al. (1997). Prevalencia de obesidad en España. Estudio SEEDO. Barcelona. *Medicine Clinical*. (en prensa).
- Arroyo, M.C., Del Río, C. y Valdés, M. (1999). Autoestima y creencias irracionales en una muestra de pacientes con trastornos de la alimentación. Departamento de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. *Facultad de Psicología de Sevilla. Póster congreso AETCA*.
- Askevold, R. (1975). Measuring body image: Preliminary report on a new method. *Psychotherapy and Psychodynamics*. 26, 70- 79.
- Aymamí, N. y Serrano, F. (1997). Personalidad y relaciones interpersonales en la obesidad. En V. Turón (Ed.): *Trastornos de la alimentación*. Barcelona: Editorial Masson. Pp. 242- 251.
- Ayuso, J.L., Ponce de León, H.C. y Gual, P. (1998). *Trastornos de la Conducta Alimentaria. Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid.
- Azevedo, M.H.P. y Ferreira, C.P. (1992). Anorexia nervosa and bulimia: A prevalence study. *Acta Psychiatrica Scandinava*. 96, 432-436.
- Balentine, M., Stitt, K., Bonner, J. y Clark, L. (1991). Self-reported eating Disorders of black, low-income adolescents: behavior, body weight perceptions, and methods of eating. *J Sch Health*. 61(9): 392- 6.
- Baptista, F., Sampaio, D., do Carmo, I., Reis, D. y Galvao-Teles, A. (1996). The Prevalence of Disturbances of Eating Behaviour in a Portuguese Female University Population. *European Eating Disorders Review*. 4 (4), 260-270.
- Bardwick, J. (1971). *Psychology of women: A study of bio-cultural conflicts*. New York: Harper & Row.
- Barry, V.C. y Klawans, H.L. (1976). *On the role of dopamine in the pathophysiology of anorexia nervosa*. *Journal of Neural Transmission*. 38, 107-121.

- Basdevant, A., Pouillon, M., Lahlou, N., Le Barzic, M., Brillant, M. y Guy-Grand, B. (1995). Prevalence of binge eating disorder in different populations of French women. *International Journal of Eating Disorders*. 18(4), 309-15.
- Beck, A.T. (1978). *Depression Inventory*. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy.
- Beck, A.T.; Ward, C.H., Mendelson, M.; Mock, J.E. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 4:561-585.
- Beck, A.T.; Steer, R.A. y Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*. 8: 77-100.
- Becker, A.E., Grinspoon, S.K., Klibanski, A. y Herzog, D.B.(1999.) Eating Disorders. *New England Journal of Medicine*. 340(14): 1092-8.
- Beebe, D.W. (1994). Bulimia nervosa and depression: a theoretical and clinical appraisal in light of the binge-purge cycle. *British Journal of Clinical Psychology*, 33(3), 259-76.
- Bell, R.M. (1985). *Holy Anorexia*. Chicago, I.L., University of Chicago Press.
- Benca, R. y Casper, R. (1994). Sleep in eating Disorders. En M. Kryger, T. Roth y W. Dement (Eds.): *Principles and Practice of Sleep Medicine*, 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders. pp. 927-933.
- Beresin, E.V. (1998). Treatment of eating Disorders. Health Care System Members. *Massachusetts General Hospital*. Meeting in APA, 1998. Toronto, Canada.
- Beumont, P. J. (1991). The history of eating and dieting disorders. *Clinical Applied Nutrition*. 1(2), 9-20.
- Bhadrinath, B.R. (1990). Anorexia nervosa in adolescents of Asian extraction. *British Journal of Psychiatry*. 156, 565-568.
- Biederman, J., Herzog, D.B. y Rivinus, T. (1985). Amitriptyline in anorexia nervosa: A double blind study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 5, 10-16.
- Biederman, J., Rivinus, T., Kemper, K., Hamilton, D., MacFayden y Harmatz, J. (1985). Depressive disorders in relatives of anorexia nervosa patients with and without a current episode of non-bipolar major depression. *American Journal of Psychiatry*. 128,1495-1496.
- Blundell, J.E. y Hill, A.J. (1987). Nutrition, serotonin, and appetite: Case study in the evolution in a scientific idea. *Appetite*. 8, 183- 184.

- Blundell, J.E. y Hill, A.J. (1993). Binge eating: Psychobiological mechanisms. En C. G. Fairburn y G.T. Wilson (Eds.): *Binge eating: nature, assessment, and treatment*. New York: Guilford.
- Borrego Hernando, O. (2000). Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. *Información terapéutica del sistema Nacional de Salud*.
- Bouvard, M.P., Mouren-Simeoni, M.C., Le Heuzey, M.F. y Dugas, M. (1989). Les perturbations alimentaires dans une population étudiante. Données épidémiologiques. *L'Encéphale*, XV, 219-226.
- Brand, P.A., Rothblum, E.D. y Solomon, L.J. (1992). A comparison of lesbians, gay men and heterosexuals on Weight and restrained eating. *International Journal of Eating Disorders*. 11, 253-259.
- Branden, N. (1995). *Los seis pilares de la autoestima*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Braun, D.L., Sunday, R. y Halmi, K.A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*. 24, 859- 867.
- Bray, G.A. (1978). Definitions, measurements and classification of the syndromes of obesity. *International Journal of Obesity*. 2, 99- 112.
- Brazelton, E.W., Greene, K.S., y Gynther, M. (1996). Femininity, depression and stress in college women. *Social Behavior and Personality*, 24 (4), 329-334.
- Brodie, D.A., Slade, P.D. y Riley, V.J. (1991). Sex Differences in Body-Image Perceptions. *Perceptual and Motor Skills*. 72, 73-74.
- Brown, T.A., Cash, T.F. y Mikulka, P.J. (1990). Attitudinal body-image assessment: Factor analysis of the Body Self Relations Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*. 35, 134- 144.
- Brownell, K. D., Heckerman, C. L., y Westlake, R. J. (1979). The behavioral control of obesity. A descriptive analysis of a large-scale program. *Journal of Clinical Psychology*. 35, 864-869.
- Brownell K.D. y Fairburn C.G. (1995). *Eating Disorders and Obesity*. New York: Guilford.
- Bruce, B., y Wilfley, D. (1996). Binge eating among the overweight population: a serious and prevalent problem. *Journal of the American Dietetic Association*. 96(1), 58-61.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbance in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*. 24, 187-195.

- Bruch, H. (1966). Anorexia nervosa and its differential diagnosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 141, 555- 556.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic.
- Bruch, H. (1978). *The golden cage*. Londres : Open Books.
- Bruch, H. (1985). Four Decades of Eating Disorders. En D.M Garner y P.E Garfinkel (Eds.): *Handbook of Psychotherapy for Anorexia nervosa and Bulimia*. New York: Guilford.
- Brumberg, J.J. (1988). Fasting girls: The emergence of anorexia nervosa as a modern disease. *Harvard University Press*. Cambridge.
- Buddeberg-Fischer, B., Bernet Sieber, R., Schmid, J. y Buddeberg, C. (1996). Relationship between disturbed eating behavior and other psychosomatic symptoms in adolescents. *Psychotherapy Psychosomatic*. 65(6), 319-26.
- Buhrich, N. (1981). Frequency of presentation of anorexia nervosa in Malaysia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 15, 153-155.
- Bulik, C M. (1987). Drug and alcohol abuse by bulimic women and their families. *American Journal of Psychiatry*. 144, 1283-1287.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Carter, F.A. y Joyce, P.R. (1996). Lifetime anxiety disorders in women with bulimia nervosa. *Compr Psychiatry*. 37(5), 368-74.
- Bulik, C. M., Sullivan, P.F., Fear, J.L. y Joyce, P.R. (1997). Eating Disorders and antecedent anxiety Disorders: a controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 96(2), 101-7.
- Bushnell, J.A., Wells, E., Hornblow, A.R., Oakley-Browne, M.A. y Joyce, P. (1990). Prevalence of three bulimic syndromes in the general population. *Psychological Medicine*. 20, 671-680.
- Button, E.J., Sonuga-Barke, E.J., Davies, J. y Thompson, M. (1996). A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent schoolgirls: questionnaire findings. *British Journal of Clinical Psychology*. 35(2), 193-203.
- Byrne, B., Nino-Murcia, G., Gaddy, J., Doghramji, K. y Keenan, S. (1990). Sleep patterns and dexamethasone suppression in nondepressed bulimics. *Biological psychiatry*. 27, 454- 456.
- Cachelin, F.M., Striegel-Moore, R.H., Elder, K.A., Pike, K.M., Wilfley, D.E. y Fairburn, C.G. (1999). Natural course of a community sample of women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 25(1), 45-54.

- Calvo, R., Fernández, Asthon, A., Ayuso Mateos, J.L. y Santo Domingo, J. (1989). Between 5 and 9 years follow-up in the treatment of Anorexia Nervosa. *Psychotherapy Psychosomatic*. 52, 133-139.
- Canals, J., Carbajo, G., Fernández, J., Marti-Henneberg, C. y Domenech, E. (1996). Biopsychopathologic risk profile of adolescents with eating disorder symptoms. *Adolescence*. 31(122), 443-50.
- Canning, H. y Mayer, J. (1966). Obesity: Its possible effect on college acceptance. *New England Journal of Medicine*. 275, 1172-1174.
- Cantwell, D.P., Sturzenberger, S., Burroughs, J. Salkin B. y Green, J. (1977). Anorexia nervosa: an affective disorder?. *Archives of General Psychiatry*. 34, 1087- 1093.
- Carbajo, G., Canals, J., Fernández-Ballart, J. y Doménech, E. (1995). Cuestionario de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes: dos años de seguimiento. *Psiquis*. 16 (4), 139.
- Carlat, D.J. y Camargo, C.A. (1991). Review of bulimia nervosa in males. *American Journal of Psychiatry*. 148, 831-843.
- Carney, C.P. y Andersen, A.E. (1996). Eating Disorders. Guide to Medical Evaluation and Complications. *The Psychiatric Clinics of North America*. Vol.19, nº. 4.
- Carroll, B., Curtiss, G. y Mendels, J. (1976). Neuroendocrine regulation in depression. II. Discrimination of depressed from non-depressed patients. *Archives of General Psychiatry*. 33, 1051-1058.
- Carroll, B. y Leon, G. (1981). The bulimic-vomiting disorder within a generalized substance abuse pattern. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy. Toronto, Canada.
- Carter, I.P. y Moss, A.R. (1984). Screening for anorexia and bulimia nervosa in a college population: problems and limitations. *Addictive Behaviors*, Vol. 9, 417-419.
- Casado, M. I., Camuñas, N., Navlet, R., Sánchez, B. y Vidal, J. (1997). Intervención cognitivo-conductual en pacientes obesos: implantación de un programa de cambios de hábitos de alimentación. *Psicología.com*.
- Cash, T.F. y Pruzinsky, T. (1990). *Body images: development, deviance and changes*. New York: Guilford Press.
- Cash, T.F. (1990a). *Body image enhancement: A program for overcoming a negative body image*. New York: Guilford.

- Cash, T.F. (1990b). The Psychology of Psysical Appearance: Aesthetics, Atributes and Images. En T.F. Cash y T. Pruzinsky (Eds.): *Body Images: Development, deviance and change*. New York: The Guilford Press.
- Cash, T.F. (1997). *The Body Image Workbook*. New Harbinger Publications.
- Cash, T.F. y Deagle, E.A.(1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*. 22(2), 107-25.
- Casper, R.S., Halmi, K.A., Goldberg, S.C., Eckert, E.D. y Davis, J.M. (1979). Disturbances in body image estimation as related to other characteristics and outcome in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*. 134, 60-66.
- Casper, R.C., Chatterton, R.J. y Davis, M. (1979). Alterations in serum cortisol ant its binding characteristics in anorexia nervosa. *Journal of Clinical Endocrinological Metabolism*. 49, 406-411.
- Casper, R.C., Eckert, E., Halmi, K., Goldberg, S. y Davis, J. (1980). Bulimia: Its incidence and clinical significance in patients with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*. 37,1030-1035.
- Casper, R.C. y Ostrov, O.D. (1981) The self-image of adolescents with acute anorexia nervosa. *Journal of Pediatrics*. 98, 656-661.
- Casper, R.C., Kocsis, J., Dysken, M., Stokes, P., Croughan, J. y Maas, J. (1988) Cortisol measures in primary major depressive disorder with hypersomnia or appetite increase. *Journal of Affective Disorders*. 15, 131-140.
- Casper, R.G. (1990). Personality features in women with good outcome from restricting anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*. 52, 156- 170.
- Casper, R.C. y Sabine, L.. (1996). An eight-year follow-up: Outcome form adolescent compared to adult onset anorexia nervosa. *Journal of Youth and Adolescence*. 25, 499-517.
- Casper, R.C. (1996). Introduction to special issue. *Journal of Youth Adolescence*, 25, 413-418.
- Casper, R.C. (1998a). Depression and Eating Disorders. *Depression and Anxiety*. Volume 8, Supplement 1, 96-104.
- Casper, R.C. (1998b). Recognizing eating disorders in women. *Psychopharmacology Bul-letin*. 34(3): 267-9. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University School of Medicine. USA.
- Cervera, S. y Quintanilla, B, (1995). *Anorexia Nerviosa. Manifestaciones psicopatológicas fundamentales*. EUNSA. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra, S.A.

- Cervera, M. (1996). Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia. Barcelona: *Editorial Martínez Roca*.
- Chinchilla, A.M., Padín, J.C., Llinares, C.Z., Vega, M.P. y Arias, F.H. (1993). Tratamiento Psicofarmacológico de la Bulimia Nerviosa. *Actas Luso Españolas de Neurología y Ciencias Afines*. 21(6): 211-220.
- Chinchilla, A. (1995). *Guía Teórico-Práctica de los Trastornos de Conducta alimentaria: Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa*. Barcelona: Editorial Masson.
- Collings, S. y King, M. (1994). Ten-year follow-up of 50 patients with bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*. 164, 80-87.
- Connor-Green. P.A. (1988). Gender Differences in Body Weight Perception and Weight-Loss strategies of College Students. *Women & Health*. Vol. 14(2): 27-42.
- Connors, M.E.; Johnson, C.L. y Stuckey, M.K. (1984). Treatment of bulimia with brief psychoeducational group therapy. *Am J Psychiatry*. 141(12): 1512-6.
- Cooper P.J. y Fairburn C.G. (1983). Binge eating and self-induced vomiting in the community. A preliminary study. *British Journal of Psychiatry*. 142, 139-144.
- Cooper, P.J. y Bowskill, R. (1986). Dysphoric mood and Evereating. *British Journal of Clinical Psychology*. 25, 155-156
- Cooper P.J. y Fairburn C.G. (1986). The depression symptoms of bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*. 148, 268-274.
- Cooper, Z. y Fairburn, C.G. (1987). The Eating Disorder Examination: a semi-structured interview for the assesment of the specific psychopathology of eating disorders. *Int J Eat Disord*, 6, 1-8.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., y Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*. 6, 485-494.
- Cooper, J.L., Morrison, T.L. y Bigman, O.L. (1988). Mood changes and affective Disorders in the bulimic binge/purge cycle. *International Journal of Eating Disorders*. 7, 469-474.
- Cooper, Z., Cooper, P.J. y Fairburn, C.G. (1989). The validity of Eating Disorder Examination and its subscales. *British Journal of Psychiatry*, 154, 807-812.
- Cooper, P.J. y Fairburn, C.G. (1993). Confusion over the core psychopathology of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 13, 385-389.

- Cooper, P.J. (1995). *Bulimia nervosa and binge eating: A guide to recovery*. London, U.K: Robinson Publishing Company.
- Costa, J.M. (1971). Semiología clínica. En Montserrat-Esteve, S. y cols. (dirs.). *Patología obsesiva*. Publ. XI Congreso Nacional de Neuropsiquiatría, Málaga.
- Cotrufo, P., Barretta, V. y Monteoleone, P. (1998). Un estudio epidemiológico sobre los trastornos de conducta alimentaria en los institutos de segunda enseñanza en Nápoles. *European Psychiatry*. 5, 86- 89.
- Cotrufo P., Barretta V., Monteoleone P. y Maj, M. (1998). Full-syndrome, partial-syndrome and subclinical eating Disorders: an epidemiological study of female students in Southern Italy. *Acta Psychiatrica Scandinava*. 98(2): 112-5.
- Craighead, L.W. y Agras, W.S. (1991). Mechanisms of action in cognitive-behavioral and pharmacological interventions for obesity and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 59, 115-125.
- Crawley, J. N. y Beinfeld, M.C. (1983). Rapid development of tolerance to the behavioral effects of cholecystokinin. *Nature*. 302, 703-706.
- Crisp, A.H. (1967). The possible significance of some behavioral correlates of weight and carbohydrate intake. *Journal Psychosomatic Residents*. 11, 117-123.
- Crisp, A.H. y Toms, D.A. (1972). Primary anorexia nervosa or weight phobia in the male: Report on 13 cases. *British Medical Journal*. 1, 334-338.
- Crisp, A.H., Palmer, R.L. y Kalucy, R.S. (1976). How common is anorexia nervosa?. A prevalence study. *British Journal of Psychiatry*. 128, 549-554.
- Crisp, A.H. (1977). Diagnosis and outcome of anorexia nervosa: the St. George's view. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*. 70, 464- 470.
- Crisp, A.H. y Burns, T. (1983). The clinical presentation of anorexia nervosa in males. *International Journal of Eating Disorders*. 2, 5-10.
- Crisp, A.H., Burns, T. y Bhat, A.V. (1986). Primary anorexia nervosa in the male and female: a comparison of clinical features and prognosis. *British Journal of Medical Psychology*. 59, 123-132.
- Crisp, A.H., Lacey, J.H. y Crutchfield, M. (1987). Clomipramine and drive in people with anorexia nervosa: an inpatient study. *British Journal of Psychiatry*. 150, 355- 358.
- Crowther, J.H., Post G. y Zaynor, L. (1985). The prevalence of bulimia and binge eating in adolescents girls. *International Journal of Eating Disorders*. 4, 29-42.

- Cruz, J. (1995). *El refrán dietético en la obra de Sorapán de Rieros*. Pamplona: Universidad de Navarra.
- Cuatrecasas, G., Formiguera, X. y Foz, M. (1999). Bases genéticas de la obesidad. En M. Foz y X. Formiguera (Eds.): *Obesidad*. Madrid: Ediciones Harcourt.
- Da Costa, M. y Halmi, K.A. (1992). Classification of anorexia nervosa: Question of subtypes. *International Journal of Eating Disorders*. 11, 305-313.
- Damlouji, N. F., y Ferguson, J. M. (1985). Three cases of posttraumatic anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 142 (3), 362-363.
- Dancyger, I.F. y Garfinkel, P.E. (1995). The relationship of partial syndrome eating disorders to anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychological Medicine*. 25, 1019- 25.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S. Rickels, K. et al. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behavior Science*. 19, 1-15.
- Devaud, C., Michaud, P.A. y Narring, F. (1995). Anorexia and bulimia: increasing disorders? A review of the literature on the epidemiology of eating disorders. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 43(4), 347-60.
- Devaud, C., Jeannin, A., Narring, F., Ferron, C. y Michaud. P.A. (1998). Eating Disorders among female adolescents in Switzerland: prevalence and associations with mental and behavioral Disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 24(2), 207-16.
- Devlan, M., Walsh, B. y Spitzer, R. (1982). Is there another binge eating disorder?. *International Journal of Eating Disorders*. 11, 341- 350.
- De Zwaan, M. y Mitchell, J.E. (1992). Binge eating in the obese. *Annual Medicine*, 24(4): 303-8.
- De Zwaan, M., Mitchell, J.E., Raymond, N.D. y Spitzer, R.L. (1994). Binge eating disorder: clinical features and treatment of a new diagnosis. *Harvard Review of Psychiatry*. 1(6), 310-25.
- De Zwaan, M. D., Mitchell, J. E., Seim, H. C., Specker, S. M., Pyle, R. L., Raymond, N. C. y Crosby, R. B. (1994). Eating related and general psychopathology in obese females with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 43-52.
- De Zwaan, M., Biener, D., Bach, M., Wiesnagrotziki, S. y Stacher, G. (1996). Pain sensitivity, alexithymia, and depression in patients with eating Disorders: are they related?. *Journal of Psychosomatic Residents*. 41(1): 65-70.

- Dion, K.L., y Giornado, C. (1990). Ethnicity and sex as correlates of depression symptoms in a canadian university sample. *The International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 36, No. 1, 30-41.
- Doerr, P., Fichter, M. y Pirke, K. (1980) Relationship between weight gain and hypothalamic pituitary adrenal function in patients with anorexia nervosa. *Journal of Steroid Biochem.* 13, 529-537.
- Drake, M.A. (1989). Symptoms of anorexia nervosa in female university dietetic majors. *Journal of the American dietetic association.* 1, 97-98.
- Drewnowski, A., Yee, D. K. y Krahn, D.D. (1988a). Bulimia in College Women: Incidence and Recovery Rates. *The American Journal of Psychiatry.* 145(6), 753-755.
- Drewnowski, A., Hopkins, S. A. y Kessler, R. C. (1988b). The prevalence of Bulimia Nervosa in the US college Student Population. *American Journal of Public Health.* Vol. 78, No.10, 1322-1325.
- Drewnowski, A., Kurth, C.L. y Krahn, D.D. (1994). Body weight and dieting in adolescence: impact of socioeconomic status. *International Journal of Eating Disorders.* 16(1), 61- 65.
- Drewnowski, A., Krahn, D.D., Demitrack, M.A., Nairn, K. y Gosnell, B.A. (1995). Naloxone, an opiate blociker, reduces the consumption of sweet high-fat foods in obese and lean female binge eaters. *American Journal of Clinical Nutrition.* 61, 1206-1212.
- Dubois, F.S. (1949). Compulsion neurosis with cachexia (anorexia nervosa). *The American Journal of Psychiatry.* 106, 107-115.
- Duker, M. y Slade, R. (1995). *Anorexia Nerviosa y Bulimia.* Un tratamiento integrado México: Editorial Limusa.
- Duva, D. y Lester, D. (1997). Eating disorder and body image. *Percept Mot Skills.* 85(1): 58.
- Eberenz, K. y Gleaves, D.H. (1994). An Examination of the Internal Consistency and Factor Structure of the lating Disorder Inventory-2 in a Clinical Sample. *International Journal of Eating Disorders.* 16(4), 371-379.
- Eckert, E., Goldberg, S., Halmi, K., Casper, R. y Davis, (1982). Depression in anorexia nervosa. *Psychological Medicine.* 12, 115-122.
- Edelstein, C.K. y Yager, J (1992). Eating disorders and Affective disorders. En J. Yager, H.E. Gwirtsman y C.K. Edelstein (Eds.): *Special problems inmarra-ging eating Disorders.* American Psychiatric Press, Inc. Washington, DC (USA).

- Elsarrag, M.E. (1968). Psychiatry in the Northern Sudan: a study in comparative psychiatry. *British Journal of Psychiatry*. 114, 945-948.
- Estour, B., Pugeat, M., Lang, F., Lejeune, H., Broutin, F., Pellet, J., Rousset, H. y Tournaire, J. (1990). Rapid escape of cortisol from suppression in response to i.v. dexamethasone in anorexia nervosa. *Clinical Endocrinology*. 33, 45-52.
- Evans, C. y Dolan, B. (1993). Body Shape Questionnaire: derivation of shortened, "alternate forms". *International Journal of Eating Disorders*. 13(3), 315-321.
- Evers, C.L. (1987). Dietary intake and symptoms of anorexia nervosa in female university dancers. *Journal of the American dietetic association*. 1, 66-68.
- Fabian, L.J. y Thompson, J.K. (1989). Body image and Eating Disturbance in Young Females. *International Journal of Eating Disorders*. 8, 63- 74.
- Fahy, T.A., Osaca, A. y Marks, I. (1993). History of eating Disorders in female patients with obsession-compulsive disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 14, 439-443.
- Fairburn, C.G. y Garner, D.M. (1986). The diagnosis of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 5, 403-419.
- Fairburn, C.G. y Beglin, S.J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 152, 1052- 1058.
- Fairburn, C.G., Phil, M., Psych, M.R.C. y Beglin, S.J. (1990). Studies of Epidemiology of Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 147(4), 401- 408.
- Fairburn, C.G. y Beglin, S.J. (1992). Evaluation of a new instrument for the detection of Eating Disorders in community samples. *Psychiatry Research*. 44, 191- 201.
- Fairburn, C.G. y Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination. En C.G. Fairburn y G.T. Wilson (Eds.). *Binge eating: nature, assesment and treatment* (pp. 317-360). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C.G.; Jones, R.; Peveler, R.C.; Hope, R.A. y O'Connor, M. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa. Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, bahavior therapy and cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry*. 50(6): 419-28.
- Fairburn, C.G. y Wilson, GT. (1993). *Binge eating: Nature, Assessment and Treatment*. New York, USA: The Guilford Press.
- Fairburn, C.G. (1995). *Overcoming binge eating*. New York, USA: The Guilford Press.

- Fairburn, C.G. y Walsh, B.T. (1995). Atypical eating Disorders. En K.D. Brownell y C.G. Fairburn (Eds.): *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C.G., Welch, S.L., Norman, P.A., O'Connor, M.E., Doll, H.A. y Pevler, R. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*. 52, 304-312.
- Fairburn, C.G., Welch, S.L., Norman, P.A., O'Connor, M.E. y Doll, H.A. (1996). Bias and bulimia nervosa: how typical are clinic cases?. *American Journal of Psychiatry*. 153, 386-391.
- Fairburn, C.G., Welch, S.L., Doll, H.A., Davies, B.A. y O'Connor, M.E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54(6), 509-17.
- Fairburn, C.G., Doll, H.A., Welch, S.L., Hay, P.J., Davies, B.A. y O'Connor, M.E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Archives of General Psychiatry*. 55(5), 425-32.
- Fairburn, C.G., Phil, D.M., Cooper, P., Doll, H.A. y Welch, S.L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*. 56, 468- 476.
- Falk, J.R. y Halmi, K.A. (1982). Amenorrhea in anorexia nervosa: examination of the Fairburn, clinical body hypothesis. *Biologic Psychiatry*. 17, 799-806.
- Fava, M., Abraham, M., Clancy-Colecchi, K., Pava, J.A., Matthews, J. y Rosenbaum, J.F. (1997). Eating Disorder Symptomatology in Major Depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol. 185, No. 3, 140-144.
- Favaro, A. y Santonastaso, P. (1995). Dissociative Experiences, Trauma and Eating Disorders in a Female College Sample. *European Eating Disorders Review*, 3 (3), 196-200.
- Favaro, A. y Santonastaso, P. (1997). Suicidality in eating Disorders: clinical and psychological correlates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 95(6), 508-14.
- Feighner, J., Robins, E., Guze, S. y cols. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*. 26: 57-63.
- Fernández, F. y Probst, M. (1994). *Evaluación de la imagen corporal en pacientes con trastornos de la Salud*. 6(2): 59-73.
- Fernández, F., Probst, M., Meermann, R. y Vandereycken, W. (1994). Body size estimation and body dissatisfaction in eating disorder patients and normal controls. *International Journal of Eating Disorders*. 16(3): 307-310.

- Fernández, F., Sánchez, I., Turón, J.V., Jimenez, S., Alonso, P. y Vallejo, J. (1998). Psychoeducative ambulatory group in bulimia nervosa. Evaluation of a short-term approach. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 26(1):23-8
- Fernández, F. y Turón V. (1998). *Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: Editorial Masson.
- Fernández, F., Dahme, B. y Meermann, R.. (1999). Servicio de Psiquiatría. Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge. Barcelona.Facultat de Psicologia. Universidad de Hamburgo. Hospital Universitario Psicossomático Bad Pymont. Alemania.
- Ferrero, J., Toledo, M., Tormo, E., Loño, F.J., Donet, E., Roger, M.D. y Sanchez, M.E. (1999). *Anorexia y Bulimia nerviosas*. Valencia. Editorial Promolibros.
- Fichter, M., Pirke, K. y Holsboer, F. (1986). Weight loss causes neuroendocrine disturbances: Experimental study in healthy starving subjects. *Psychiatry Research*, 17, 61-72.
- Fichter, M.M. (1989). *Bulimia nervosa, Grundlagen und Behandlung*. Stuttgart: Enke,
- Fichter, M.M. (1990). *Bulimia nervosa. Basic Research, Diagnosis and Therapy*. Nueva York: Wiley.
- Fisher, S. (1986). *Development and Structure of the Body Image*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group (1992). Fluoxetine in the treatment of bulimia nervosa, a multicenter, placebo-controlled, double-blind trial. *Archives of General Psychiatry*. 49, 139-147.
- Fombonne, E. (1995). Anorexia nervosa. No evidence of an increase. *British Journal of Psychiatry*. 166, 462-471.
- Formiguera, X. (1999a). Los expertos consideran la obesidad como una pandemia del siglo XXI. *Diario Médico*. 15. 10. 1999.
- Formiguera, X. (1999b). Obesidad : concepto, clasificación y métodos de valoración. En M. Foz y X. Formiguera (Eds.): *Obesidad*. Madrid. Ediciones Harcourt. Pp. 1- 23.
- Formiguera, X. y Foz, M. (1999). Complicaciones de la obesidad. En M. Foz y X. Formiguera (Eds.): *Obesidad*. Madrid. Ediciones Harcourt. Pp. 93- 109.
- Formiguera, X. (2000). Dieta altamente hipocalórica. En J. Salas Salvadó, A. Bonada, R. Trallero, M.E. Saló (Eds.): *Nutrición y dietética clínica*. Barcelona. Ed. Massons.

- Fornari, V., Kaplan, M., Sandberg, D. Matthews, M., Skolnick, N. y Katz, J. (1992). Depressive and anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 12, 21-29.
- Foster, G.D., Wadden, T.A., Swain, R.M., Stunkard, A.J., Platte, P. y Vogt, R.A. (1998). The Eating Inventory in obese women: clinical correlates and relationship to weight loss. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*. 22(8): 778-85.
- Foz, M. y Formiguera, X. (1999). *Obesidad*. Madrid: Ediciones Harcourt.
- Freeman, R.J.; Thomas, C.D.; Solyom, L. y Hunter, M.A. (1984). A modified video camera for measuring body image distortion: technical description and reliability. *Psychol Med*. 14(2):411-6
- French, S.A., Story, M., Remafedi, G., Resnick, M.D. y Blum, R.W. (1996). Sexual orientation and prevalence of body dissatisfaction and eating disordered behaviors: a population-based study of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*. 19(2), 119-26.
- French, S.A., Story, M., Neumark-Sztainer, D., Downes, B., Resnick, M. y Blum, R. (1997). Ethnic differences in psychosocial and health behavior correlates of dieting, purging, and binge eating in a population-based sample of adolescent females. *International Journal of Eating Disorders*. 22(3), 315-22.
- French, B. (1999). *La Bulimia*. Barcelona: Ediciones Oniro.
- Freud, S. (1905). *On psychotherapy*. Londres: Hogarth Press.
- Freud, S. (1950). *Aus den Anfängen der Psychoanalyse (1897-1902)*. London: Imago Publishing pp.113.
- Frisch, R. E. (1983). Fatness and reproduction: Delayed menarche and amenorrhea of ballet dancers and college athletes. En P. L. Darby, P. E. Garfinkel, D.M. Garner y D.V. Coscina (Eds.): *Anorexia nervosa: Recent developments*. New York: Alan R. Liss.
- Gard, M.C. y Freeman, C.P. (1996). The dismantling of a myth: a review of eating disorders and socioeconomic status. *International Journal of Eating Disorders*. 20(1), 1-12.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Gardner, R. M., y Bokenkamp, E. D. (1996). The role of sensory and nonsensory factors in body size estimations of eating disorder subjects. *Journal of Clinical Psychology*. 52(1), 3-15.

- Garfinkel, P.E. y Garner, D.M. (1982). *Anorexia Nervosa: A multidimensional perspective*. New York: Brunner Mazel. 2ª Edición Revisada.
- Garfinkel, P.E. (1992). Evidence in Support of Attitudes to Shape and Weight as a Diagnostic Criterion of Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 11, No. 4, 321-325.
- Garfinkel, P.E., Goldbloom, D.S. y Olmsted, M.P. (1992). Body dissatisfaction in bulimia nervosa: relationship to weight and shape concerns and psychological functioning. *International Journal of Eating Disorders*. 11: 151-161.
- Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D.S. y cols. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*. 152(7), 1052-8.
- Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D., Kennedy, S., Kaplan, A.S. y Woodside, D.B. (1996a). Should Amenorrhoea be Necessary for the Diagnosis of Anorexia Nervosa?. Evidence From a Canadian Community Sample. *British Journal of Psychiatry*. 168, 500-506.
- Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D.S., Kennedy, S., Kaplan, A.S. y Woodside, D.B. (1996b). Purging and Nonpurging Forms of Bulimia Nervosa in a Community Sample. *International Journal of Eating Disorders*. Vol. 20, No. 3, 231-238.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 10, 647-656.
- Garner, D.M., Garfinkel, P.E., Schwartz, D. y Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. *Psychological Reports*. 47, 483-491.
- Garner, D.M. y Bemis, K.M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*. 6, 1223-1250.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y. y Garfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*. 9, 273-279.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P. y Polivy, J. (1983a). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2(2), 15-34.
- Garner, D.M., Garfinkel, P.E. y Olmsted, M.P. (1983b). An overview of sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. En P. L. Darby, P. E. Garfinkel, D.M. Garner y D.V. Coscina (Eds.): *Anorexia nervosa: Recent developments*. New York: Alan R. Liss.

- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Polivy, J. y Garfinkel, P.E. (1984). Comparison between weight-preoccupied women and anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*. 46, 255-256.
- Garner, D.M y Garfinkel, P.E. (1985). *Handbook of Psychotherapy for Anorexia nervosa and Bulimia*. New York: Guilford.
- Garner, D.M. (1993). *Pathogenesis of anorexia nervosa*. *Lancet*. 341, 1631-1635.
- Garner, D.M. y Garfinkel P.E. (1997). *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. Second Edition. New York: Guilford.
- Geist, R., Davis, R. y Heinmaa, M. (1998). Binge/purge symptoms and comorbidity in adolescents with eating Disorders. Canada: *Journal of Psychiatry*. 43(5), 507-12.
- Gendall, K.A., Sullivan, P.F., Joyce, P.R. y Bulik, C.M. (1997). Food cravings in women with a history of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 22(4): 403- 9.
- German, G.A. (1972). Aspects of clinical psychiatry in Sub-Saharan Africa. *British Journal of Psychiatry*. 121, 461-479.
- Gerner, R. y Gwirtsman, H. (1981). Abnormalities of dexamethasone suppression test and urinary MHPG in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 138, 650-653.
- Gershon, E., Schreiber, J., Hamovit, J., Dibble, E.D., Kaye, W.H., Nurnberger, J.I., Anderson, A. y Ebert, M.H. (1984). Clinical findings in patients with anorexia nervosa and affective illness in their relatives. *American Journal of psychiatry*. 141, 1419-1422.
- Gleaves, D.H. y Eberenz, K.P. (1995). Correlates of dissociative symptoms among women with eating Disorders. *Journal of psychiatry Research*. 29(5): 417-26.
- Gluchsmann, M. y Hirsh, J. (1969). The response of obese patients to weight reduction III. The perception of body size. *Psychosomatic Medicine*. 31, 1- 17.
- Godart, N.T., Flament, M.F., Lecrubier, Y. y Jeammet, P. (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. *European Psychiatry*. 15 (1), 38-45.
- Gold, P.W., Gwirstman, H., Kaye, W. y cols. (1986). Pathophysiologic mechanisms in underweight and weight corrected patients. *New England Journal of Medicine*. 314, 335-342.
- Goldblatt, P. B., Moore, M., E. y Stunkard, A.J. (1965). Social factors in obesity. *Journal of the American Medical Association*. 192, 1039-1044.

- Goldbloom, D.S. (1993). Alcohol misuse and eating disorders: aspects of an association. *Alcohol & Alcoholism*. 28, 374-381.
- Goldstein, D.J., Wilson, M.G., Ascroft, R.C. y al-Banna, M. (1999). Effectiveness of fluoxetine therapy in bulimia nervosa regardless of comorbid depression. *International Journal of Eating Disorders*. 25(1): 19-27.
- Goodsitt, A. (1984). Self psychology and the treatment of anorexia nervosa. En D.M. Garner y P.E. Garfinkel (Eds.): *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press.
- Gotestam, K.G. y Agras, W.S. (1995). General population-based epidemiological study of eating Disorders in Norway. *International Journal of Eating Disorders*. 18(2), 119-26.
- Gowers, S., Kadambari, S. y Crisp, A.H. (1985). Family structure and birth of patients with anorexia nervosa. *Journal Psychiatry Residents*. 112, 671-681.
- Greenberg, B.R. (1986). Predictors of Binge Eating in Bulimic and Nonbulimic Women. *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 5, No. 2, 269-284.
- Greene, G.W., Achterberg, C., Crumbaugh, J. y Soper, J. (1990). Dietary intake and dieting practices of bulimic and non-bulimic female college students. *Journal of the American dietetic association*. 90 (4), 576-578.
- Grissett, N.I. y Fitzgibbon, M.L. (1996). The clinical significance of binge eating in an obese population: Support for TIC and questions regarding its criteria. *Addictive Behaviour*. 21(1), 57-66.
- Grilo, C.M., Levy, K.N., Becker, D.F., Edell, W.S. y McGlashan, T.H. (1996). Comorbidity of DSM-III-R axis I and II disorders among female inpatients with eating disorders. *Psychiatry Service*. 47(4), 426-9.
- Gruber, N.P. y Dilsaver, S.C. (1996). Bulimia and anorexia nervosa in winter depression: lifetime rates in a clinical sample. *Journal of Psychiatry Neuroscience*. 21(1): 9-12.
- Guillemot, A. y Laxenaire, M. (1994). *Anorexia nerviosa y bulimia*. El peso de la cultura. Barcelona: Editorial Masson.
- Guimerá, E. y Torrubia, R. (1987). Adaptación española del "Eating Disorder Inventory" (EDI) en una muestra de pacientes anoréxicas. *Revista de Psiquiatría*, 185-190.
- Gwirtsman, H., Roy-Byrne, P., Yager, J., et al. (1983). Neuroendocrine abnormalities in bulimia. *American Journal of Psychiatry*. 140, 559-563.

- Gwirtsman, H.E., Guze, B.H., Yager y cols. (1990). Fluoxetine treatment of anorexia nervosa: an open trial. *Journal of clinical psychiatry*. 51, 378- 382.
- Hagan, M.M. y Moss, D.E. (1997). Persistence of binge-eating patterns after a history of restriction with intermittent bouts of refeeding on palatable food in rats : implications for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 22(4), 411-20.
- Haiman, C., Devlin, M.J. (1999). Binge eating before the onset of dieting: A distinct subgroup of bulimia nervosa?. *International Journal of Eating Disorders*. 25(2): 151-7.
- Hall, A., Slim, E., Hawker, F. y Salmond, C. (1984). Anorexia nervosa: Long-term outcome in 50 females patients. *British Journal of Psychiatry*. 145, 407-413.
- Hall, A., Delahunt, J.W. y Ellis, P.M. (1985). Anorexia nervosa in the male: clinical features and follow-up of nine patient. *Journal of Psychiatric Research*. 19, 315-321.
- Hall, A. y Hay, P.J. (1991). Eating disorder patient referrals from a population region 1977-1986. *Psychological Medicine*. 21, 697-701.
- Halmi, K.A. (1974). Anorexia nervosa: demographic and clinical features in 94 cases. *Psychosomatic Medicine*. 36, 18-26.
- Halmi, K.A., Brondland, G. y Rigas, C. (1975). A Follow-up study of 79 patients with anorexia nervosa: An evaluation of pronostic factors and diagnostic criteria. *Life History Residents of Psychopathology*. 4, 290-301.
- Halmi, K.A., Stunkard, A.J. y Mason, E.E. (1980). Emotional responses to weight reduction by three methods: gastric bypass, jejunoileal bypass, diet. *American Journal of Clinical Nutrition*. 33, 446- 451.
- Halmi, K.A., Falk, J.R. y Schwartz, E. (1981). Binge-eating and vomiting: a survey of a college population. *Psychological Medicine*. 11(4), 697- 706.
- Halmi, K.A. y Falk, J.R. (1981). Common physiological changes in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 1, 16-27.
- Halmi, K.A., Eckert, E., LaDu, T.J. et al. (1986). Anorexia Nervosa: treatment efficacy of cyproheptadine and amitriptyline. *Archives of Genetic Psychiatry*. 43, 177-181.
- Halmi, K.A. (1987). Anorexia nervosa and bulimia. En M. Herseu y T. Van Hasselt (Eds.): *Handbook of Adolescent Psychology*. New York: Pergamon.
- Halmi, K.A. y Sunday, S.R. (1991). Temporal patterns of hunger and satiety ratings and related cognitions in anorexia and bulimia. *Appetite*. 16, 219- 237.

- Halmi K.; Eckert E.; Marchi P.; Sampugnaro V.; Apple R.; Cohen J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch Gen Psych*; 48: 712-718.
- Halmi, K.A. (1994). Eating Disorders: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, and obesity. En K.E. Hales, S.C. Yudofsky y J. Talbott (Eds.): *American Psychiatric Association Press Textbook of Psychiatry*. Ed. 2ª. Washington, D.C.: American Psychiatric Association Press. Pp. 857- 875.
- Halmi, K.A. (1996). The psychobiology of eating behavior in anorexia nervosa. *Psychiatry Research*. 62 (1), 23-9.
- Halmi, K.A. (1998). Therapeutic Interventions in eating disorders. Comunicación en American Psychiatric Association. *Annual Meeting (course 44)*. Toronto, Ontario, Canada.
- Halmi, K.A. (1999). Advance in research: An update for the clinician on eating disorders. Comunicación en *American Psychiatric Association. Annual Meeting*. Washington D.C.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*. 6, 278- 296.
- Hardy, P. y Dantchev, N. (1989). Épidémiologie des troubles des conduites alimentaires. *Confrontations Psychiatriques*. Ed. *Specia*. 31, 133-163.
- Hart, K.J. y Ollendick, T.H. (1985). How common is anorexia nervosa? A prevalence study. *American Journal of Psychiatry*. 142, 851-854.
- Hatsukami, D., Eckert, E., Mitchell, J. y Pyle, R. (1984). Affective disorder and substance abuse in women with bulimia. *Psychological Medicine*. 14, 701-704.
- Hawkins, D., Fremouw, W.I. y Clement, P. (1984). The binge-purge syndrome: *Diagnosis, Treatment and Research*. Nueva York: Springer.
- Hawkins, D., Taub, J. y Van de Castle. (1985). Extended sleep (hypersomnia) in young depressed patients. *American Journal of Psychiatry*. 142, 905- 910.
- Hawkins, W.E., McDermot, R.J., Seeley, J. y Hawkins, M.J. (1992). Depression and Maladaptive Eating Practice in College Students. *Women & Health*; 18 (2), 55-67.
- Hay, P. (1970). Dysmorphophobia. *British Journal of Psychiatry*. 116, 399- 406.
- Hay, P., Faiburn, C.G. y Doll, H.A. (1996). The classification of bulimic eating disorders: a community-based cluster analysis study. *Psychological Medicine*. 26, 801- 812.

- Hay, P. (1998). The epidemiology of eating disorder behaviors: an Australian community-based survey. *International Journal of Eating Disorders*. 23(4), 371-82.
- Hay, P. y Faiburn, C.G. (1998). The validity of the DSM-IV scheme for classifying bulimic eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 23(1), 7-15.
- Hay, P.J., Gilchrist, P.N., Ben-Towim, D.I., Kalucy, R.S. y Walker, M.K. (1998). Eating Disorders revisited II: Bulimia nervosa and related syndromes. *Medical Journal of Australia*. 169(9), 488-91.
- Head, H. (1920). *Studies in Neurology*. London: Hodder Stoughton.
- Heatherton, T.F., Nichols, P., Mahamedi, F. y Keel, P. (1995). Body weight, dieting, and eating disorder symptoms among college students, 1982 to 1992. *American Journal of Psychiatry*. 152(11), 1623-9.
- Heatherton, T.F., Mahamedi, F., Striepe, M., Field, A.E. y Keel, P. (1997). A 10-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*. 106(1), 117-25.
- Hecht, H.M., Fichter, M. y Postpischil, F. (1983). Obsessive compulsive neurosis and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2, 69-77.
- Heebink, D.M., Sunday, S.R. y Halmi, K.A. (1995). Anorexia nervosa and bulimia nervosa in adolescence: effects of age and menstrual status on psychological variables. *Journal of the American Academy Child Adolescence Psychiatry*. 34(3), 378-82.
- Hefferman, K. (1996). Eating Disorders and weight concern among lesbians. *International Journal of Eating Disorders*. 19, 127-138.
- Hendren, R. (1983). Depression in anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Childhood and Adolescence Psychiatry*. 22, 59-62.
- Herman, C.P. y Polivy, J. (1980). Restrained eating in Stunkard. *Obesity*. P. 222.
- Herpertz-Dahlmann, B. y Remschmidt, H. (1990) The pronostic value of the dexamethasone suppression test for the course of anorexia nervosa: Comparison with depressive diseases. *Zeitung von Kinder und Jugendpsychiatry*. 18, 5-11.
- Herpertz-Dahlmann, B.M. y Remschmidt, H. (1993). Depression in anorexia nervosa at follow-up. *International Journal of Eating Disorders*. 14, 163-169.
- Herpertz-Dahlmann, B., Wewetzer, C., Hennighausen, K. y Remschmidt, H. (1996). Outcome, psychosocial functioning and prognostic factors in adolescent anorexia nervosa, as determined by prospective follow-up assessment.

Journal of Youth Adolescence. 25, 455-471.

- Herscovici, C.R. y Bay, L. (1990). Anorexia nerviosa y bulimia. *Amenazas a la autoestima*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Herzog, D. (1984). Are anorexic and bulimic patients depressed? *American Journal of Psychiatry*. 141: 1594-1597.
- Herzog, D.B., Norman, D.K., Rigotti, N.A. y PePOSE, M. (1986). Frequency of bulimic behaviors and associated social maladjustment in female graduate students. *Journal of psychiatric research*. 20 (4), 355-361.
- Herzog, D.B., Keller, M.B., Lavori, P.W. y Bradburn, I.S. (1991). Bulimia nervosa in adolescence. *Journal of Development and Behavior Pediatrics*. 12(3): 191-5.
- Herzog, D.B., Keller, M.B., Sacks, N.R., Yeh, C.J. y Lavori, P.W. (1992). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking and bulimics. *Journal American Academy of Childrens Adolescents Psychiatry*. 31, 810-818.
- Herzog, D.B., Newman, K.L., Yeh, C.J. y Warshaw, M. (1992). Body image satisfaction in homosexual and heterosexual women. *International Journal of Eating Disorders*. 11, 391-396.
- Herzog, D.B., Nussbaum, K.M. y Marmor, A.I. (1996). Comorbidity and outcome in eating Disorders. *Psychiatry Clinical of North America*. 19(4): 843-59.
- Herzog, D.B., Deter, H-C., Fiehn, W. y Petzold, D. (1997). Medical findings and predictors of long-term physical outcome in anorexia nervosa: a prospective, 12-year follow-up study. *Psychological Medicine*. 27, 269-279.
- Herzog, D.B. (1998). Therapeutic Interventions in eating disorders. *Comunicación en American Psychiatric Association. Annual Meeting (course 44)*. Toronto, Ontario, Canada.
- Hindler, C.G., Crips, A.H., Mcguigan, S. y Joughin, N. (1994). Anorexia Nervosa: change over time in age of onset, presentation and duration of illness. *Psychological Medicine*. 24, 719- 729.
- Hoek, H. y Brook, F.G. (1985). Patterns of care of Anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*. 19, 155-160.
- Hoek, H. (1991). Epidemiological findings in the Netherlands. *Psychological Medicine*. 21, 455-460.
- Holden, N. (1990). Is anorexia nervosa an obsessive-compulsive disorder?. *British Journal of Psychiatry*. 157, 1- 5.

- Holland, A.J., Hall, A., Murray, R. et al. (1984). Anorexia nervosa: a study of 34 twin pairs and one set of triplets. *British Journal of Psychiatry*. 145, 414-419.
- Holland, A.J., Siccote, N. y Treasure, J. (1988). Anorexia nervosa: evidence for a genetic basis. *Journal Psychosomatic Residents*. 32, 561-571.
- Hollander, E. (1993). *Obsessive-Compulsive related Disorders*. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Hotta, M., Chibasaki, T., Masuda, A. et al. (1986). The responses of plasma adrenal corticotropin and cortisol to corticotropin-releasing hormone and cerebral spinal fluid immunoreactive CRH in anorexia nervosa patients. *Journal Clinic Endocrinology and Metabolisme*. 62, 319-321.
- Howard, C.E. y Porzelius, L.K. (1999). The role of dieting in binge eating disorder etiology and treatment implications. *Clinical Psychology Review*. 19(1): 25-44.
- Hudson, J., Laffer, P. y Pope, H. (1982). Bulimia related to affective disorder by family history and response to the dexamethasone suppression test. *American Journal of Psichiatry*. 139, 685-687.
- Hudson, J., Pope, H., Jonas, J. et al. (1983a). Family history study of anorexia nervosa and bulimia. *British Journal of Psychiatr*. 142, 133-138.
- Hudson, J., Harrison, G., Jonas, J. y Yurgelun-Todd, D. (1983b). Phenomenologic relationships of eating disorders to major affective disorder. *Psychiatry Research*. 9, 345-354.
- Hudson, J., Pope, H., Jonas, J. y Yurgelun-Todd, D. (1983c). Family history study of anorexia nervosa and bulimia. *British Journal of Psychiatry*. 142, 428-429.
- Hudson, J., Katz, D., Pope, H., Hudson, M., Griffing, G. y Melby, J. (1987a). Urinary free cortisol and response to the dexamethasone suppression test in bulimia: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*. 6, 191-198.
- Hudson, J., Pope, H., Jonas, J. et al. (1987b). A controlled family history study of bulimia. *Psychological Medicine*. 17, 883-890.
- Hudson, J., Pope, H., Jonas, J. et al. (1987c). A controlled family history study of lifetime and other Disorders in bulimic outpatients. *American Journal of Psychiatry*. 144, 1283- 1287.
- Hughes, P., Wells, L., Cunnigham, C. y Ilstrup, D. (1986). Treating bulimia with desipramina: a double-blind placebo-controlled study. *Archives of General Psychiatry*. 43, 182- 186.

- Humphrey, L. (1989). Observed family interaction among subtypes of eating Disorders using structural analysis of social behavior. *Journal of Consulting Clinical Psychological*. 5, 206- 214.
- Hurt, S.W., Brun-Ebérentz, A., Commerford, M.C., Samuel-Lajeunesse, B. y Halmi, K. A. (1997). A Comparison of Psychopathology in Eating Disorder Patients from France and the United States. *International Journal of Eating Disorders*. 22, 153-158.
- Hsu, L.K. y Crisp, A. (1979). *Outcome of anorexia nervosa*. *Lancet*. 1, 61-65.
- Hsu, L.K. (1989). The gender gap in eating Disorders : Why are the eating Disorders more common among women?. *Clinical Psychology Review*. 9, 393- 407.
- Hsu, L.K. (1990). *Eating Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Hsu, L.K. (1996). Epidemiology of eating Disorders. *Psychiatry Clinical of North America*. 19(4), 681-700.
- Hsu, L.K. (1996). Epidemiology of anorexia nervosa. *Psychiatry Research*. 62, 3- 9.
- Isenschmid Gerster, B. y Aebi, K. (1997). Eating Disorders. *Ther Umschau*. 54(7): 410-2
- Jacobovits, C. (1977). Eating habits and nutrient intakes of college women over a thirty-year period. *Journal of the American Dietetic Association*. 71, 405-411.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation: a physiological and clinical investigation of muscular states and their significance in psychology and medical practice*. Chicago: University of Chicago Press.
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasténie*. Paris : Félix Alcan.
- Jeammet, P. (1989). Conduites bulimiques. *Review patient*. 39, 388-393.
- Jiménez, S. (1997). Patrones alimentarios y aspectos socioculturales de la obesidad. En V. Turón (Ed.): *Trastornos de la alimentación*. Barcelona: Editorial Masson. Pp. 252- 255.
- Jiménez, S. y Barjau, R. (1997). Epidemiología y complicaciones clínicas de la obesidad. En V. J. Turón (Ed.): *Trastornos de la alimentación*. Barcelona: Masson. Pp. 209- 215.
- Johnson, C. y Connors, M. (1987). *The Etiology and Treatment of Bulimia Nervosa: a Biopsychological Perspective*. Nueva York: Basic Books.

- Johnson, C. y Connors, M. E. (1994). *The etiology and treatment of bulimia nervosa*. London: Jason Aronson Inc.
- Johnson, C. y Larson, R. (1982). Bulimia: an analysis of moods and behavior. *Psychosomatic Medicine*. 44, 341-350.
- Johnson, C., Stuckey, M., Lewis, L y Schwartz, D. (1982). Bulimia: A descriptive survey of 316 cases. *International Journal of Eating Disorders*. 11, 1-16.
- Johnson, C. y Wonderlich, S. (1992). Personality characteristics as a risk factor in the development of eating Disorders. En J.H. Crowther, D.L. Tannenbaum, S.E. Hobfoll y M.A.P. Stephens (Eds.): *The etiology of bulimia nervosa: the individual and familiar context*. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Johnson-Sabine, E., Wood, K., Patton, G., Mann, A. y Wakeling, A. (1988). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls a prospective epidemiological study: factors associated with abnormal response on screening questionnaires. *Psychological Medicine*. 18, 615-622.
- Joiner, T.E., Schmidt, N.B., Singh, D. (1993). Waist-to-Hip Ratio and Body Dissatisfaction Among College Women and Men: Moderating Role of Depressed Symptoms and Gender. *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 16, No. 2, 199-203.
- Joiner, T.E., Wonderlich, S.A., Metalsky, G.I. y Schmidt, N.B. (1995). Body dissatisfaction: A feature of bulimia, depression, or both?. *Journal of Social and Clinical Psychology*. Vol. 14, No. 4, 339-355.
- Jones, D., Fox, M.M., Babigan H.M. y Hutton, H.E. (1980). Epidemiology of anorexia nervosa in Monroe County, New York, 1960-1976. *Psychosomatic Medicine*. 42, 551-558.
- Jones, D., Fox, M.M. y Babigan H.M. (1983). Differences in brain serotonergic metabolism between nonbulimic and bulimic patients with anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 140, 774-777.
- Kaminski, P.L. y MacNamara, K. (1996). A Treatment for College Women at Risk for Bulimia: A Controlled Evaluation. *Journal of Counseling & Development*. 74, 288-294.
- Kanarek, R. y Marks-Kauffman, R. (1991). Nutrition and behavior. *Avi book*. New York. 272-299.
- Kaplan, A.S., Garfinkel, P. y Brown, G. (1989). The DST and TRH test in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*. 154, 86- 89.

- Kaplan, A.S. (1990). Biomedical Variables in the Eating Disorders. *Canada Journal of Psychiatry*. 35, 745-753.
- Kaplan, A.S., Thompson, A. E. y Searson, S. M. (1995). Cognitive behaviour therapy in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*. 73(5), 472-475.
- Kaplan, A.S. (1998). Therapeutic Interventions in eating disorders. Comunicación en *American Psychiatric Association. Annual Meeting*. Toronto, Ontario, Canada.
- Kasset, J.M., Gershon, E.S., Maxwell, M.E., et al. (1989). Psychiatric disorders in the first-degree relatives of probands with bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 146, 1468-1471.
- Kaye, W.H., Ebert, M.H., Gwirtsman, H.E. et al. (1984a). Differences in brain serotonergic metabolism between nonbulimic and bulimic patients with anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 141, 1598-1601.
- Kaye, W.H., Ebert, M.H., Raleigh, M. et al. (1984b). Abnormalities in CNS monoamine metabolism in anorexia nervosa. *Archives of Genetic Psychiatry*. 41, 350-355.
- Kaye, W.H., Berrettini, W., Gwirtsman, H.E. et al. (1990). Altered cerebrospinal fluid neuropeptide Y and peptide YY immunoreactivity in anorexia and bulimia nervosa. *Archives of Genetic Psychiatry*. 47, 548-556.
- Kaye, W.H., Weltzin, T.E., McKee, M., McConaha, C., Hansen, D. y Hsu, L.K.G. (1992). Laboratory assessment of feeding behavior in bulimia nervosa and healthy women: Methods for developing a human-feeding laboratory. *American Journal of Clinical Nutrition*. 55, 372-380.
- Keel, P.K., Mitchell, J.E., Miller, K.B., Davis, T.L. y Crow, S.J. (1999). Long-term outcome of bulimia nervosa. *Archives of Genetic Psychiatry*. 56(1): 63-9.
- Kessey, R. E. (1980). A set point analysis of the regulation of body weight. En A.J. Stunkard (Ed.): *Obesity*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Kendell, R.E., Hall, D.I., Halley, A. y Babigan, H.M. (1973). The epidemiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 3, 200-203.
- Kendler, K.S., MacLean, C., Neale, M., Kessler, R., Heath, A. y Eaves, L. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 148, 1627-1637.
- Kendler, K.S. (1997). The diagnostic validity of melancholic major depression in a population-based sample of female twins. *Archives of General Psychiatry*. 54, 299-304.

- Kennedy, S., Piran, N., Warsh, J., Prendergast, P., Mainprize, E., Whynot, C. y Garfinkel, P.E. (1988). A trial of isocarboxazid in the treatment of bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychopharmacology*.
- Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelson y Taylor (1950). *The Biology of Human Starvation*. Minneapolis, M.N, University of Minnesota Press.
- Kipper, D.A. y Jaffe, Y. (1978). Dimensions of assertiveness: factors underlying the college self-expression scale. *Percept Mot Skills*. 46(1): 47-52.
- King, M.B. (1963). A primary and secondary anorexia nervosa syndromes. *British Journal of Psychiatry*. 109, 470-479.
- King, M.B. (1986). Eating Disorders in general practice. *British Medical Journal*. 293, 1412-1414.
- King, M.B.(1989). Eating Disorders in a general practice population. Prevalence, characteristics and follow-up at 12 to 18 months. *Psychological Medicine*. Suppl. 14.
- King, M.B. y Bhugra, D. (1989). Eating Disorders: lessons from a cross-cultural study. *Psychological Medicine*. 19, 955-958.
- King, M.B. (1998). The epidemiology of eating Disorders. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. 7,1.
- Kinzl, J.F., Traweger, C., Trefalt, E. y Biebl, W. (1998). Eating Disorders in women: a representative study. *Zeitung von Ernährungswissenschaft*. 37(1), 23-30.
- Kinzl, J.F., Traweger, C., Trefalt, E., Mangweth, B. y Biebl, W. (1999). Eating Disorders in male: a representative survey. *Zeitung von Ernährungswissenschaft*. 37(4): 336-42.
- Kirike, N., Nishiwaiki, S., Izumiya, Y. y Kawakita, Y. (1986). Dexamethasone suppression test in bulimia. *Biological Psychiatry*. 21, 328- 332.
- Klemchusk, H.P., Hutchinson, C.B. y Frank, R.I. (1990). Body dissatisfaction and eating-related problems on the college campus: usefulness of the Eating Disorder Inventory with a nonclinical population. *Journal of Counseling Psychology*. 37, 297-305.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Kruger, S., Shugar, G. y Cooke, R.G. (1996). Commorbidity of binge eating disorder and the partial binge eating syndrome with bipolar disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 19(1), 45-52.

- Kupfer, D. (1976). REM latency: A psychobiological marker for primary depressive disease. *Biological Psychiatry*. 11,159-174.
- Kurtzman, F.D., Yager, J., Landsverk, J., Wiesmeier, E. y Bodurka, D.C. (1989). Eating disorders among selected female student populations at UCLA. *Journal of the American dietetic Association*. 89 (1), 45-53.
- Laessle, R.G., Kirtl, S., Fichter, M., et al. (1987). Major affective disorder in anorexia nervosa and bulimia: a descriptive diagnostic study. *Psychiatry*. 151, 785-789.
- Laessle, R., Kirtl, S., Fichter, M. y Pirke, K. (1988). Cognitive correlates of depression in patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 7, 681-686.
- Laessle, R.G., Wittchen, H., Fichter, M., et al. (1989). The significance of subgroups of bulimia and anorexia nervosa: lifetime frequency of psychiatric Disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 8, 569-574.
- Lacey, J.H. y Dolan, B.M. (1988). Bulimia in British blacks and Asians. A catchment area study. *British Journal of Psychiatry*. 152, 73-79.
- Lahortiga, F., Gual, P., Alonso, Y., Pereda, T. y Cervera, S. (1999). Repercusión del peso en la satisfacción corporal y en la autoestima. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. *Clínica Universitaria. Universidad de Navarra*. Póster congreso AETCA.
- Langer, L.M., Warheit, G.J. y Zimmerman, R.S. (1991). Epidemiological study of problem eating behaviors and related attitudes in the general population. *Addictive Behaviour*. 16(3-4), 167-73.
- Larkin, J. E. y Pines, H. A. (1979) No fat person need apply. *Sociology of Work Occupations*. 6, 312-327.
- Lázaro, L., Toro, J., Canalda, G., Castro, J., Martínez, E. y Puig, J. (1996). Variables clínicas, psicológicas y biológicas en un grupo de 108 pacientes adolescentes con anorexia nerviosa. Barcelona: *Medicina Clínica*. 107, 169-174.
- Lee, N.F., Rush, A.J. y Mitchell, J.E. (1985). Bulimia and depression. *Journal of Affective Disorders*. 9, 231-238.
- Lee, S. (1991). Anorexia nervosa in Hong Kong: a Chinese perspective. *Psychological Medicine*. 21, 703-711.
- Lee, S., Ho, T.P. y Hsu, L.K. (1993). Fat phobic and non-fat phobic anorexia nervosa: a comparative study of 70 Chinese patients in Hong Kong. *Psychological Medicine*. 23, 999-1017.

- Lee, A.M. y Lee, S. (1996). Disordered eating and its psychosocial correlates among Chinese adolescent female in Hong Kong. *International Journal of Eating Disorders*. 20, 177-183.
- Lehmicke, N. y Hickey, R.A. (1995). Relationship of response-set differences on Beck depression inventory scores of undergraduate students. *Psychological Reports*, 76, 15-21.
- Leichner, P. y Gertler, A. (1988). Prevalence and incidence studies of anorexia nervosa. En B.J. Blinder (Ed.): *The eating disorders*. New York: P.M.A. Publishing Corp.
- Leon, G. R. (1983). *Treating eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and bulimia*. Lexington: Lewis.
- Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L., y Early, Z. M. B. (1995). Prospective analysis of personality and behavioral vulnerabilities and gender influences in the later development of disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*. 104(1), 140-149.
- Leslie, R.D.G., Isaacs, A.J., Gomez, J. et al. (1978). Hypothalamic-pituitary-thyroid function in anorexia nervosa: Influence of weight gain. *British Medical Journal*. 2, 526.
- Lester, D. y Akande, A. (1995). Gender and depression in undergraduates: a comment. *Psychological Reports*, 76, 22.
- Levin, A.P. y Hysler, S.E. (1986). DSM-III personality diagnosis in bulimia. *Compr. Psychiatry*. 2, 47-53.
- Levy, A. y Dixon, K. (1987). DST in bulimia without endogenous depression. *Biological Psychiatry*. 22, 783-786.
- Lewis, L. y Johnson, C. (1985) A comparison of sex role orientation between women with bulimia and normal controls. *International Journal of Eating Disorders*. 4, 247-257.
- Liebowitz, M.R., Quitkin, F. y Steward, J.W. (1981). Phenelzine and imipramine in atypical depression. *Psychopharmacological Bull.* 17, 159-161.
- Lilenfeld, L.R., Kaye, W.H., Greeno, C.G., Merikangas, K.R., Plotnicov, K. et al. (1997). Psychiatric disorders in women with bulimia nervosa and their first-degree relatives: effects of comorbid substance dependence. *International Journal of Eating Disorders*, 22(3), 253-64.
- Lindy, D., Walsh, B., Roose, S., Gladis, M. y Glassman, A. (1985). The dexamethasone suppression test in bulimia. *American Journal of Psychiatry*. 142, 1375-6.

- López-Ibor, J.J. y Cervera, S.E. (1991). La entidad nosológica de la bulimia nerviosa. *Actas Luso Española de Neurología y Psiquiatría*. 19(6), 304-325.
- Lucas, A.R. (1981) Toward the undestardingof anorexia nervosa as a disease entity. *Mayo Clinic Proceedings*. 56, 254.
- Lucas, A.R., Beard, C.M., O'Fallon, W.N. y Kurland, L.T. (1988). Anorexia nervosa in Rochester, Minnesota. A 48 year study. *Mayo Clinic Proceedings*. 63, 433-442.
- Lucas, A.R., Beard, C.M., O'Fallon, W.N. y Kurland, L.T. (1991). 50 year trends in the incidenceof bulimia nervosa in Rochester, Minn: a population-based study. *American Journal of Psychiatry*. 148, 917-922.
- Maguire, K., Schweitzer, I., Biddle, N., Bridge, S. y Tiller, J. (1987). The dexamethasone suppression test: Importance of dexamethasone concentrations. *Biological Psychiatry*. 22, 957-967.
- Mahoney, M. J. y Mahoney, K. (1976). Permanent weight control: *A total solution to the dieter's dilemma*. New York: Norton.
- Maloney, M.J. (1983). Anorexia nervosa and bulimia in dancers. Accurate diagnosis and treatment planning. *Clinical Sports of Medicine*. 2, 459-555.
- Mann, A.H., Wakeling, A., Wood, K., Monck, E., Dobbs, R., Szmukler, C. (1983). *Screening for abnormal eating attitudes and psychiatric morbidity in an unselected population of 15 years old school girl*. *Psychological Medecine*. 13, 573-580.
- Marcus, M.D., Wing, R.R., Ewing, L., Kern, E., Gooding, W. y McDermott, M. (1990). Psychiatric Disorders among obese binge eaters. *International Journal of Eating Disorders*. 9, 69-77.
- Marcus, M.D. (1993). Adapting Treatment for Patients with Binge-Eating Disorders. En D.M. Garner y P. E. Garfinkel (Eds.): *Handbook of Treatment for Eating Disosders*. New York: Guilford Press.
- Marrazzi, M.A., Kinzie, J. y Luby, E. (1995). A detailed longitudinal analysis on the use of naltrexone in the treatment of bulimia. *International Journal of Clinical Psychopharmacology*. 10, 173-176.
- Marrazzi, M.A., Bacon, J.P., Kinzie, J. y Luby, E. (1995). Naltrexone use in the treat ment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Clinical Psychopharmacology*. 10, 163-172.
- Marrazzi, M.A., Markham, K., Kinzie, J. y Luby, E. (1995). Binge eating disorder: response to naltrexone. *International Journal of Obesity*. 19, 143-145.

- Martínez, E.M., Toro, J., Salamero, M., Blecua, M.J. y Zaragoza, M. (1993). Influencias socioculturales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación. *Revisiones de Psiquiatría*. Facultad Medicina de Barcelona. 20(2), 51-65.
- McCann, U.D. y Agras, W.S. (1990). Successful treatment of nonpurging bulimia nervosa with desipramine: A double blind, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*. 147, 1509-1513.
- McCarthy, M. (1990). The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behaviour Residents Therapy*. Vol. 28, No. 3, 205-215.
- McElroy, S.L., Phillips, K.A. y Keck, P.Jr. (1994). Obsessive compulsive spectrum disorder. *J Clin Psychiatry*, 55 Suppl, 33-3.
- Medelson, R.K. y White, D.R. (1982). Relation between body-esteem and self-esteem of obese and normal children. *Perceptual and motor Skills*. 54, 899- 905.
- Mintz, L.B. y Betz, N.E. (1988). Prevalence and Correlates of Eating Disordered Behaviors Among Undergraduate Women. *Journal Of Counseling Psychology*. 35, 463-471.
- Miró Queralt, M.C. (1999). La percepción de la imagen corporal. Escola Meritxell. *Póster congreso AETCA*.
- Mitchell, J. y Bantle, J. (1983). Metabolic and endocrine investigations in women of normal weight with the bulimia syndrome. *Biological Psychiatry*. 18, 355-365.
- Mitchell, J. y Groat, R. (1984). A placebo-controlled, double-blind trial of amitriptyline in bulimia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*.
- Mitchell, J.E., Hatsukami, D., Goff, G., Pyle, R.L., Eckert, E.D. y Davis, L.E. (1985). Intensive outpatient group treatment for bulimia. En D.M. Garner y P.E. Garfinkel (Eds.): *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press.
- Mitchell, J.E., Hatsukami, D., Pyle, R., et al. (1986). Bulimia with and without a family history of depression illness. *Comprehensive Psychiatry*. 27, 215-219.
- Mitchell, J. (1989). A placebo-controlled double-blind crossover study of naltrexone hydrochloride in outpatients with normal weight bulimia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 9, 94- 97.
- Mitchell, J.E., Specker, S. M. y de Zwaan, M. (1991). Comorbidity and medical complications of bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*. 52 Suppl.: 13-20.

- Mitchell, M., de Zwaan, J.E., Raymond, N.C. y Spitzer, S.L. (1994). Binge eating disorder: clinical features and treatment of a new diagnosis. *Harvard Review of Psychiatry*. 1(6): 310-25.
- Mitchell, J.E., Pomeroy, C. y Adson, D.E. (1997). Managing Medical Complications. En D.M. Garner y P.E. Garfinkel (1997). *Handbook of Treatment for Eating Disorders. Second Edition*. New York: Guilford.
- Mizes, J.S. y Sloan, D.M. (1998). An empirical analysis of eating disorder not otherwise specified: preliminary support for a distinct subgroup. *International Journal of Eating Disorders*. 23(3): 233-242.
- Mora, M. y Raich, R.M. (1993a). *Adaptació del Bulimia Test i BSQ en una mostra universitària*. Barcelona: Comunicació presentada en la VIII Jornada de Teràpia del Comportament i Medicina Conductual en la Pràctica Clínica.
- Mora, M. y Raich, R.M. (1993b). Prevalencia de las alteraciones de la imagen corporal en poblaciones con trastornos alimentarios. *Revista de Psiquiatria*. Barcelona: Facultad Medicina 20(3): 113-135.
- Mora, M. (1995). *Modelo causal explicativo del comportamiento bulímico en una muestra universitaria*. Tesis doctoral. Barcelona : UAB.
- Morandé, G. (1999). *La anorexia*. Madrid: Temas de hoy.
- Morgan, H.G. y Russell, G.F. (1976). Values of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: Four years follow-up study of 41 patients. *Psychological Medicine*. 5, 355-371.
- Morley, J. E. (1980). The neuroendocrine control of appetite: The role of endogenous opiates, cholecystokinin, TRH, gamma-aminobutyric-acid and the diazepam receptor. *Life Science*. 27, 355-368.
- Morselli, E. (1886). Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. *Nollentino della Accademia di Genova*. 6, 110- 119.
- Mrosovsky, N. Y Powley, T.L. (1977). Set points of body weight and fat. *Behavioral Biology*. 20, 205-223.
- Mumford, D.B. y Whitehouse, A.M. (1988a). Increased prevalence of bulimia nervosa among Asian schoolgirls. *British Medical Journal*. 297, 718.
- Mumford, D.B. y Whitehouse, A.M. (1988b). Bulimia nervosa among Asian school girls. *British Medical Journal*. 297, 1404.
- Mumford, D.B., Whitehouse, A.M. y Platts, M. (1991). Sociocultural correlates of eating Disorders among Asian schoolgirls in Bradford. *British Journal of Psychiatry*. 158, 222- 228.

- Mumford, D.B., Whitehouse, A.M. y Platts, M. (1992). Survey of eating Disorders in english-medium schools in Lahore, Pakistan. *International Journal of Eating Disorders*. 11, 173- 184.
- Mury, M., Verdoux, H. y Bourgeois, M. (1995). Comorbidity of bipolar and eating Disorders. Epidemiologic and therapeutic aspects. *Encephale*. 21(5): 545-53.
- Musisi, S. y Garfinkel, P. (1985). Comparative dexamethasone suppression test measurements in bulimia, depression and normal controls. *Canada Journal of Psychiatry*. 30, 190- 194.
- Nadaoka, T., Oiji, A., Takahashi, S., Morioka, Y., Kashiwakura, M. y Totsuka, S. (1996). An epidemiological study of eating Disorders in a northern area of Japan. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 93, 305-310.
- Nasser, M. (1986). Comparative study of the prevalence of abnormal eating attitudes among Arab female students of both London and Cairo universities. *Psychological Medicine*. 16, 621-625.
- Nasser, M. (1997). *Culture and Weight Consciousness*. London: Routledge.
- Newman, M.M. y Halmi, K.A. (1988). The endocrinology of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Endocrinology Metabolic Clinical of North America*. 17, 195- 212.
- Newman, M.M. y Halmi, K.A. (1989). Relationship of bone density to estradiol and cortisol in anorexia nervosa and bulimia. *Psychiatry Research*. 29, 105- 112.
- Nielsen, S. (1990). The epidemiology of anorexia nervosa in Denmark from 1973 to 1987: a nationwide register study of psychiatric admission. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 81, 507-514.
- Nisbett, R. E. (1972). Eating behavior and obesity in men and animals. *Advances in Psychosomatic Medicine*. 7, 173-193.
- Noble, B. P. (1991). *Crash is out, moderation is in, and diet companies feel the pinch*. New York: Times.
- Nolan, R., Willson, V.L. (1994). Gender and depression in an undergraduate population. *Psychological Reports*, 75, 1327-1330.
- North, C., Gowers, S. y Byram, V. (1995). Family functioning in adolescent anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*. 167, 673- 678.
- Noshirvani, H.F.; Kasvikis, Y.; Marks, I.M.; Tsakiris, F. y Monteiro, W.O. (1991). Gender-divergent aetiological factors in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*. 158: 260-3.

- Nozaki, T., Tamai, H., Matsubayashi, S., Komaki, G., Kobayashi, N. y Nakagama, T. (1994). Insulin response to intravenous glucose in patients with anorexia nervosa showing low insulin response to oral glucose. *Journal of Clinical Endocrinological Metabolism*. 79, 217-222.
- Nylander, I. (1971). The feeling of being fat and dieting in a school population. *Acta Sociomedica Scandinavica*. 3, 17-26.
- O'Brien, G., Hassanyeh, F., Leaike, A., Scchapira, K., White, M. y Ferrier, I. (1988). The dexamethasone suppression test in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*. 152, 654- 656.
- Okasha, A., Kamel, M., Sadek, A., Lotaif, F. y Bishry, Z. (1977). Psychiatric morbidity among university students in Egypt. *British Journal of Psychiatry*. 131, 149-154.
- Olmsted, M.P., Kaplan, A.S. y Rockert, W. (1994). Rate and prediction of relapse in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 151(5): 738-43.
- Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) (1992). *Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*, C.I.E.-10. Traducción española. Madrid: Técnicas Gráficas FORMAS.
- Osler, W. (1892). *The principles and practice of medicine*. New York: Appleton.
- Ohtahara, H., Ohzeki, T., Hanaki, K., Motozumi, H. y Shiraki, K. (1993). Abnormal perception of body weight is not solely observed in pubertal girls: incorrect body image in children and its relationship to body weight. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 87(3), 218-22.
- Oyewumi, L.K. y Kazarian, S.S. (1992). Abnormal eating attitudes among a group of Nigerian youths: I bulimic behaviour. *East African Medical Journal*. 69, 663- 666.
- Pagsberg, A.K. y Wang, A.R. (1994). Epidemiology of anorexia nervosa and bulimia nervosa in Bornholm County. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 90, 259-265.
- Palomero, F.D. (1995). Anorexia nerviosa. *Siete días médicos*. 269, 45-46.
- Palmer, H.D. y Jones, M.S. (1939). Anorexia nervosa as a manifestation of compulsion neurosis. *Archives of Neurological Psychiatry*. 41, 856-860.
- Pate, J.E., Pumariega, A.J., Hester, C. y Garner, D.M. (1992). Cross-cultural patterns in eating disorders: a review. *Journal of American Academie of Children and Adolesce Psychiatry*. 31(5), 802-9.
- Patton, G.C. (1988). Mortality in eating disorders. *Psychological Medicine*. 18, 947-951.

- Patton, G.C., Johnson-Sabine, E., Wood, K., Mann, A. y Wakeling, A. (1990). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls a prospective epidemiological study: Outcome at twelve month follow-up. *Psychological Medicine*. 20, 383- 394.
- Patton, G.C., Carlin, J.B., Shao, Q., Hibbert, M.E., Rosier, M., Selzer, R. y Bowes, G. (1997). Adolescent dieting: healthy weight control or borderline eating disorder?. *Journal of childrens Psychological Psychiatry*. 38(3): 299-306.
- Pemberton, A.R., Vernon, S.W. y Lee, E.S. (1996). Prevalence and Correlates of Bulimia Nervosa and Bulimic Behaviors in a Racially Diverse Sample of Undergraduate Students in Two-Universities in Southeast Texas. *American Journal of Epidemiology*, Vol. 144, No. 5, 450-455.
- Peterson ,C.B., Michell, J.E., Engbloom, S., Mussell, M.P., Crow, S.J. y Miller, J.P. (1998). Binge eating disorder with and without a history of purging symptoms. *International Journal of Eating Disorders*. 24(3), 251-7.
- Perez, E., Blouin, J. y Blouin, A. (1988). The dexamethasone suppression test in bulimia: Nonsuppression associated with depression and suboptimal weight. *Journal of Clinical Psychiatry*. 49, 94- 6.
- Phelan, P.W. (1987). Cognitive correlates of bulimia: The bulimic thoughts questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*. 6, 593- 607.
- Phelps, L, Johnston, L.S. y Jiménez, D.P. (1993). Figure preference, body dissatisfaction and body distortion in adolescence. *Journal of Adolescent Research*. 8 (3), 297- 310.
- Pigott, T.A., Altemus, M., Rubenstein, M. y cols. (1991). Symptoms of eating Disorders in patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 148, 1552- 1557.
- Piran, N., Kennedy, S., Garfinkel, P. y Owens, M. (1985). Affective disturbances in eating disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 173, 395-400.
- Piran, N., Kennedy S. y Owens, M. (1985). Anorexia nervosa, bulimia and affective disorder. *Journal Nervous Mental Disorders*.173, 395-400.
- Piran, N., Lerner, P., Garfinkel, P.E., Kennedy, S.H. y Brouillette, C. (1988). Personality Disorders in Anorexic Patients. *International Journal of Eating Disorders*. 7(5): 589-599.
- Pirke, K.M., Pahl, J. Schweiger, U. et al. (1985). Metabolic and endocrine indices of starvation in bulimia: a comparison with anorexia nervosa. *Psychiatry Research*. 15, 33- 40.

- Podar, I. Hannus, A. y Allik, J. (1999). Personality and affectivity characteristics associated with eating Disorders: a comparison of eating disordered, weight-preoccupied, and normal samples. *Journal of Personal Assessment* 73(1): 133- 47.
- Polivy, J. Y Herman, C.P. (1987). Diagnosis and treatment of normal eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 55, 635.
- Polivy, J. y Federoff, I. (1997). Group Psychotherapy. En D.M. Garner y P.E. Garfinkel (Eds.): *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press.
- Polivy, J. y Herman, C.P. (1992). Undieting : a program to help people stop dieting. *International Journal of Eating Disorders*. 11, 261- 268.
- Polivy, J. y Herman, C.P. (1993). Binge eating: Psychological mechanisms. En C.G. Fairburn y G.T. Wilson (Eds.): *Binge eating: Nature, assesment and treatment*. New York: Guilford Press.
- Pollice, C., Kaye, W.H., Greeno, C.G. y Weltzin, T.E. (1997). Relationship of depression, anxiety, and obsessionality to state of illness in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 21(4), 367-76.
- Pope, H., Hudson, J., Jones, J.M. y Yurgelun-Todd, D. (1983). Bulimia treated with imipramine: A placebo-controlled, double-blind study. *American Journal of Psychiatry*. 140, 554-558.
- Pope, H., Hudson, J., y Yurgelun-Todd, D. (1984). Anorexia nervosa and bulimia among 300 suburban women shoppers. *American Journal Psychiatry*; 141(2): 292-4.
- Pope, H. y Hudson, J. (1988). Is bulimia nervosa a heterogeneous disorder? Lessons from the history of medicine. *International Journal of Eating Disorders*. 7, 155-166.
- Prat, J., Porta, A. y Vallejo, J. (1971). Síndromes obsesivoides en psiquiatría. En Montserrat-Esteve, S. y cols. (dirs.). *Patología obsesiva*. Publ. XI Congreso Nacional de Neuropsiquiatría, Málaga.
- Probst, M., Van Coppenolle, H., Vandereycken, W. y Goris, M. (1992). Body image assessment in anorexia nervosa patients and university students by means of video distortion: a reliability study. *Journal of Psychosomatic Research*. 36, 89-97.
- Probst, M., Vandereycken, W. y Van Coppenolle, H. (1997). Body-size estimation in eating Disorders using video distortion on a life-size screen. *Psychotherapy Psychosomatic*. 66(2): 87- 91.

- Provost, J. A. (1989). Eating Disorders in college Students. *Psychiatric Medicine*. Vol. 7, No. 3, 47-58.
- Pyle, R. L., Mitchell, J.E. y Eckert, E.D. (1981). Bulimia: a report of 34 cases. *International Journal of Eating Disorders*. 42, 60-64.
- Pyle, R. L., Mitchell, J.E. y Eckert, E.D. (1983). The incidence of bulimia in freshmen college students. *International Journal of Eating Disorders*. 2, 75-85.
- Pyle, R. L. (1985). The epidemiologie of Eating Disorders. *Pediatrician*. 12,102-109.
- Rabe-Jablonska, J. (1996). Obsessive-compulsive disorder in girls with eating. *Psychiatry Poland*. 30(2): 187-200.
- Rabe-Jablonska, J. (1998). Liason between body dysmorphic disorder and eating Disorders. *Psychiatry Poland*. 32(2): 155-63.
- Raich, R.M., Deus, J., Muñoz, M.J., Pérez, O. y Requena, A. (1991). Estudio de las conductas alimenticias en una muestra de adolescentes. *Revista de psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*. 18, 305-315.
- Raich, R.M., Rosen, J.C., Deus, J., Pérez, O., Requena, A. y Gross, J. (1992). Eating Disorder Symptoms Among Adolescents in the United States and Spain: A Comparative Study. *International Journal of Eating Disorders*. Vol. 10, No. 4, 647-1 -10.
- Raich, R.M. (1994). *Anorexia y Bulimia: Trastornos alimentarios*. Madrid : Pirámide.
- Raich, R.M., Mora, M. y Soler, A. (1994). Trastorno de la Imagen Corporal: Evaluación y Tratamiento. *Cuadernos de Medicina Conductual*. 30, 105- 110.
- Raich, R.M., Torras, J. y Figueras, M. (1996). Estudio de la imagen corporal y su relación con el deporte en una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*. Vol. 22. Nº 85.
- Raich, R.M., Mora, M., Soler, A. Avila, C., Clos, I. y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*. Vol. 7 Nº 1. Pp. 51- 66.
- Raich, R.M., Herrera, S., Rovira, T. y Torres, J. (1997). Evaluación de la imagen corporal en estudiantes Universitarias. *Clinical Medicine Psicomatic*. Nº 41.
- Raich, R.M., Mora, M., Marroquín, H., Pulido, S.A. y Soler, A.(1997). Tratamiento cognitivo-conductual de la insatisfacción corporal. *Análisis y Modificación de Conducta*. Vol. 23. Nº 89.

- Raich, R.M., Torras, J. y Mora, M. (1997). Análisis estructural de variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria. *Psicología Conductual*. Vol. 5, Nº 1, Pp. 55- 70.
- Raich, R.M., (1999). La imagen corporal en los trastornos del comportamiento alimentario. *Jano*. 30 Abril- 6 Mayo. Vol. LVI. Nº 1298.
- Raich, R.M., (2000). *Imagen corporal*. Madrid: Edición Pirámide.
- Rastam, M. y Gillberg, I. (1996). A six year follow up study of anorexia nervosa with teenage onset. *Journal of Youth and Adolescence*. 25, 439-453.
- Rathner, G. y Messner, K. (1993). Detection of eating Disorders in a small rural town: an epidemiological study. *Psychological Medicine*. 23, 175-184.
- Rathner, G. y Rumpold, G. (1994). Convergent Validity of the Eating Disorder Inventory and the Anorexia Nervosa Inventory for Self-Rating in an Austrian Nonclinical Population. *Int J Eat Disord*, 16(4), 381-393.
- Rathner, G., Túry, F., Szabo, P., Geyer, M., Rumpold, G., Forgacs, A., Söllner, W. y Plöttner, G. (1995). Prevalence of eating Disorders and minor psychiatric morbidity in Central Europe before the political changes in 1989: a cross-cultural study. *Psychological Medicine*. 25, 1027-1035.
- Raymond, N.C., Mussell, M.P., Mitchell, J.E. y Crosby, R.D. (1995). An age-matched comparison of subjects with binge eating disorder and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 18 (2), 135-43.
- Resch, M., Jako, P., Sido, Z. y Haasz, P. (1999). *The combined effect of psychotherapy and fluoxetine on obesity*.
- Reel, J.J. y Gill, D.L. (1996). Psychosocial Factors Related to Eating Disorders Among High School and College Female Cheerleaders. *The Sport Psychologist*. 10, 195-206.
- Reiss, D. y Johnson-Sabine, E. (1995). Bulimia nervosa: 5-year social outcome and relationship to eating pathology. *International Journal of Eating Disorders*. 18, 127- 133.
- Ricca, V., Mannucci, E., Di Bernardo, M., Mezzani, B., Carrara, S. et al. (1996). Psychopathological and clinical features among the ambulatory population of obese patients. *Minerva Psichiatria*. 37(2), 53-8.
- Rivinus, T.M., Biederman, J., Herzog, D.B. et al. (1984). Anorexia nervosa and affective disorders: a controlled family history study. *American Journal of Psychiatry*. 141, 1414- 1418.

- Robertson, D.N. y Palmer, R.L. (1998). The prevalence and correlates of binge eating in a British community sample of women with a history of obesity. *International Journal of Eating Disorders*. 22(3), 323-7.
- Robinson, P. y Andersen, A. (1985). Anorexia nervosa in American blacks. *Journal of Psychiatric Research*. 19, 183-188.
- Robinson, T.N., Killen, J.D., Litt, I.F., Hammer, L.D., Wilson, D.M. et al. (1996). Ethnicity and body dissatisfaction: are Hispanic and Asian girls at increased risk for eating disorders? *Journal of Adolescence Health*. 19(6), 384-93.
- Rodin, J. (1998). Treatment of bulimia nervosa. Comunicación en American Psychiatric Association. *Annual Meeting*. Toronto, Ontario, Canada.
- Roe, D. A. y Eickwort, K. R (1976). Relationship between obesity and associated health factors with unemployment among low income women. *Journal of American Medical Women's Association*. 31, 193-204.
- Rolls, B.J., Federoff, I.C. y Guthrie, J.F. (1991). Gender differences in eating behavior and body weight regulation. *Health psychology*. 102, 133- 142.
- Rosen, J. y Leittenberg, H. (1982). Bulimia nerviosa: Treatment with exposure and response prevention. *Behavior Therapy*. 13, 117-124.
- Rosen, A.M., Murkofsky, C.A., Steckler, N.M. y Skolnick, N.J. (1989). A comparison of psychological and depressive symptoms among restricting anorexic, bulimic anorexic and normal-weight bulimic patients. *International Journal of Eating Disorders*. 8, 657-663.
- Rosen, J.C. (1990). *Body Image: Development, Deviance y Changes*. New York: Guilford Press.
- Rosen, J.C., Cado, S., Silberg, S., Srebnik, D. y Went, S. (1990). Cognitive behavior therapy with and without size perception training for women with body image disturbance. *Behavior Therapy*. 21, 481- 498.
- Rosen, J.C. (1992). Body Image disorder: definition, development, and contribution to eating Disorders. En J.H. Crowther, D.L. Tennenbaum, S.E. Hopfoll y M.A.P. Stephens. *The etiology of bulimia: the individual and familial context*. Washington D.C.: Hemisphere Publishing Corporation.
- Rosen, J., Compas, B., y Tacy, B. (1993). The relation among stress, psychological symptoms, and eating disorder symptoms: A prospective analysis. *International Journal of Eating Disorders*. 14, 153-162.
- Rosen, J.C. y Reiter, J. (1994). Development of the Body Dysmorphic Disorder. Manuscrito no publicado. University of Vermont, Burlington, Vermont.

- Rosen, J.C. (1995a). Assessment and treatment of body image disturbance. En K.D. Brownell, C.G. Fairburn (Eds.): *Eating Disorders and obesity. A comprehensive handbook*. New York: The Guilford Press.
- Rosen, J.C. (1995b). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive-behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2, 143- 166.
- Rosen, J.C. (1996). Body image assessment and treatment in controlled studies of eating disorders. *Int J Eat Disord*. 20: 331-343.
- Rosen, J.C., Jones, A., Ramirez, E. y Waxman, S. (1996). Body Shape Questionnaire: studies o validity and reliability. *International Journal of Eating Disorders*, 20(3), 315-319.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Roseninge, J.H. y Moulard, S.O. (1990). Outcome and prognosis of anorexia nervosa. A pretrospective study of 41 subjects. *British Journal of Psychiatry*. 156, 92-98.
- Roth, D. y Armstrong, J. (1990). Perceptions of control over Eating Disorders and Social Behavior. *International Journal of Eating Disorders*. 10, 265- 271.
- Rothenberg, A. (1986). Eating disorder as a modern obsessive-compulsive syndrome. *Psychiatry*. 49, 45- 53.
- Round, E. (1999). *Morir por adelgazar*. Bilbao: Ediciones Mensajero.
- Roy, M., Neale, M. y Kendler, K. (1995). The genetic epidemiology of self-esteem. *British Journal of Psychiatry*. 166, 813-820.
- Rubenstein, C.S.; Pigott, T.A.; L'Hereux, F.; Hill, J.L. y Murphy, D.L. (1992). A preliminary investigation of the lifetime prevalence of anorexia and bulimia nervosa in patients with obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 53(9): 309-14.
- Ruderman, A.J. (1985). Dysphoric mood and overeating: A test of restraint theory's disinhibition hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*. 94,78-85.
- Ruderman, A.J. (1986). Bulimia and Irrational Beliefs. *Behavior Reseach Therapy*. 24, 192- 197.
- Ruff, G.A. y Barrios, B.A. (1986). Realistic assessment of body image. *Behavioral Assessment*. 8, 237- 252.
- Ruiz, J.A., y Bermúdez, J. (1993). Estado de ánimo depresivo, decisión léxica y percepción de información emocional. *Boletín de Psicología*, No. 39, 67-76.

- Rushford, N. y Ostermeyer, A. (1997). Body image disturbances and their change with videofeedback in anorexia nervosa. *Behavior Residents Therapy*. 35(5): 389- 98.
- Russell, G.F.M. (1969). Endocrine and psychiatric aspects of anorexia nervosa. *Annual Review of Scientific Basic of Medecine*.
- Russell, G.F.M. (1970). Anorexia nervosa: its identity as an illness and its treatment. *In Moderns Trends in Psychological Medicine* (de. J.H. Price). 131-164.
- Russell, G.F.M. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 9, 429-448.
- Russell, G.F.M., Szmukler, G.I., Dare, C. y cols. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*. 44, 1047- 1056.
- Sabine, E.J., Wood, K.H. y Walkeling, A. (1984). Mood changes in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*. 145, 512-516.
- Saccomani, L. (1997). Disturbi della condotta alimentare in età evolutiva. Aggiornamenti clinici, esperienze di trattamento. *Instituto G. Gaslini*. 29(2), 130-131.
- Sahin, N., Sahin, N.H. y Heppner, P.P. (1993). Psychometric Properties of the Problem Solving Inventory in a Group of Turkish University Students. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 17, No. 4, 379-396.
- Saldaña, C., y Rosell, R. (1988). *Obesidad*. Barcelona: Martínez Roca.
- Saldaña, C. (1991). Intervención en obesidad en niños y adolescentes. En G. Buela-Casal y V. E. Caballo (Eds.): *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo XXI.
- Sánchez-Planell, L. (1971). Síndromes obsesivoides en neurología. En Montserrat-Esteve, S. y cols. (dirs.). *Patología obsesiva*. Publ. XI Congreso Nacional de Neuropsiquiatría, Málaga.
- Sánchez-Planell, L. (1995). Fobias y obsesiones. En J. Vallejo y G.E. Berrios (Eds.): *Estados obsesivos*. Barcelona: Editorial Masson.
- Santellán, M.L. (1999). Déficit en la regulación de la autoestima en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa: una estrategia alternativa de abordaje. *Centre d'autoajuda i lluita contra la bulímia i l'anorèxia* (ALBA).
- Santonastaso, P., Zanetti, T., Sala, A., Favaetto, G., Vidotto, G. y Favaro, A. (1996). Prevalence of Eating Disorders in Italy: A Survey on a Sample of 16-Year-old Female Students. *Psychotherapia Psychosomática*. 65, 158-162.

- Santonastaso, P., Ferrara, S. y Favaro, A. (1999). Differences between binge eating disorder and nonpurging bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 25(2), 215-8.
- Schmidt, U.H., Troop, N.A., Treasure, J.L. (1999). Events and the onset of eating Disorders : correcting an "age old" myth. *International Journal of Eating Disorders*. 25(1) : 83-8.
- Schneider, J.A. y Agras, W.S. (1985). A cognitive behavioural treatment of bulimia. *British Journal of Psychiatry*. 146:66-9.
- Schotte, D. y Stundkard, A. (1987). Bulimia vs. Bulimic behavior on a college campus. *Jama*. 9, 1213-1215.
- Schwalberg, M.D.; Barlow, D.H.; Alger, S.A. y Howard, L.J. (1992). Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disorder on comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders. *Abnorm Psychol*. 101(4): 675-81
- Schwartz, D. M., Thompson, M.G. y Johnson, C. (1982). Anorexia nervosa and bulimia: The sociocultural context. *International Journal of Eating Disorders*. 1, 23-25.
- Schweitzer, I., Maguire, K., Tiller, J., Gee, A., Harrison, L. y Davies, B. (1986). The effects of weight change on the dexamethasone suppression test in depressed and anorectic patients. *British Journal of Psychiatry*. 149, 751-755.
- Selvini Palazzoli, M. (1974). *Self-starvation*. London: Chaucer.
- Selvini Palazzoli, M. (1985). *Anoressia mentale: un sindrome della società dei consumi*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona : Editorial Paidós.
- Selzer, R., Hamill, C., Bowes, G. y Patton, G. (1996). The branched eating disorders test: validity in a nonclinical population. *International Journal of Eating Disorders*, 20(1), 57-64.
- Senekal, M., Albertse, E.C., Momberg, D.J., Groenewald, C.J. y Visser, E.M. (1999). A multidimensional weight-management program for women. *Journal of Dietetic Association*. 99(10): 1257- 64.
- Serra, L. y Salleras, L. (1999). Epidemiología de la obesidad. En M. Foz y X. Formiguera (Eds.): *Obesidad*. Madrid: Ediciones Harcourt.

- Serrallonga, J. y Pifarré, J. (1997). Trastornos mentales y alimentación perturbada. En V. Turón (Ed.). *Trastornos de la alimentación. Anorexia Nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Editorial Masson.
- Sexton, M.C., Sunday, S. R., Hurt S. y Halmi K. A. (1998). The Relationship between Alexithymia, Depression, and Axis II Psychopathology in Eating Disorder Inpatients. *International Journal of Eating Disorders*. 23, 277-286.
- Shisslak, C.M., Crago, M. y Estes, L.S. (1995). The spectrum of eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders*. 18(3), 209-19.
- Showers, C.J. y Larson, B.E.. (1999). Looking at body image: the organization of self-knowledge about physical appearance and its relation to disordered eating. *J Pers.* 67 (4): 659-700.
- Sikidol, A.E., Gallaher, P.E. y Oldham, J.M. (1996). Excessive dependency and depression: is the relationship specific? *Journal of Mental Disorders*. 184(3): 165-71.
- Silberstein, L.R., Mishkind, M.E. y Striegel-Moore, R.H. (1989). Men and their bodies: a comparison of homosexual and heterosexual men. *Psychosomatic Medicine*. 51, 337-346.
- Silverman, J.A. (1997) Anorexia Nervosa: Historical Perspective on Treatment. En D.M. Garner y P.E. Garfinkel (Eds.): *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. Second Edition. New York: Guilford.
- Simeon, D., Hollander, E., Stein, D. y cols. (1995). Body dysmorphic disorder in the DSM-IV field trial for obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 152, 1207- 1209.
- Slade, P. y Russell, G.F.M. (1973). Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: Crosssectional & longitudinal studies. *Psychological Medicine*. 3, 188- 199.
- Slade, P. (1985). A review of body-image studies in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatry Research*. 19 (23), 255-265.
- Slade, P. y Brodie, D. (1994). Body image distortion and eating disorder: a reconceptualization based on recente literature. *Eating Disorders Review*. 1(2): 32- 46.
- Smith, G. P. (1980). Satiety effect os gastrointestinal hormones. En R.F. Beers y E.G. Bassett (Eds.): *polypeptide hormones*. New York: Raven Press.
- Smith, D.E., Marcus, M.D., Lewis, C.E., Fitzgibbon, M., Schreiner, P. (1998). Prevalence of binge eating disorder, obesity, and depression in a biracial cohort of young adults. *American Behavior Medicine*. 20(3): 227-32.

- Smith, K. (1999). Bulimia : Triptófano y serotonina. *Siete días médicos*. 394, 44-45.
- Smith K.A., Fairburn C.G. y Cowen P.J. (1999). Symptomatic relapse in bulimia nervosa following acute tryptophan depletion. *Arch Gen Psychiatry*. 56(2): 171-6.
- Sobel, S.V. (1996). What ´s New in the Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia?. *Medscape Women Health*. 1(9), 5.
- Sohlberg, S. y Strober, M. (1994). Personality in anorexia nervosa: an update and a theoretical integration. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 378 (Supl.): 1-15.
- Soomro, G.M., Crisp, A.H., Lynch, D., Tran, D. y Joughin, N. (1995). Anorexia nervosa in 'non-white' populations. *British Journal of Psychiatry*. 167(3), 385-9.
- Specker, S., de Zwann, M. D., Raymond, N. y Mitchell, J. (1994). Psychopathology in subgroups of obese women with and without binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 35, 185-190.
- Spitzer, R.L, Devlin, M. , Walsh, B.T., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, S., Mitchell, J. y Nonas, C. (1992). Binge-eating Disorders: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*. 11, 191-203.
- Spitzer,R.L, Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Devlin, M., Mitchell, J., Hansin, D. y Horne,R.L. (1993). Binge-eating Disorders: Its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*. 13, 137-153.
- Staffieri, J. R. (1967). A study of social stereotype of body image in children. *Journal of Personality and Social Psychology*. 7, 101-104.
- Staffieri, J. R. (1972). Body build and behavior expectancies in young females. *Developmental Psychology*. 6, 125-127.
- Stein, K.F. y Hedger, K.M. (1997). Department of Consumer Studies, University of Stellenbosch, South Africa, Matieland. *Archives Psychiatry Nursery*. 11(5): 264- 75.
- Stein, D., Meged, S., Bar-Hanin, T., Blank, S., Elizur, A. et al. (1997). Partial eating disorders in a community sample of female adolescents. *Journal of American Academie of Children and Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1116-23.
- Steinhausen, H.C. y Vollrath, M. (1983). The self-image of adolescent patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 11,121-131.
- Steinhausen, H. y Seidel, R. (1993). Correspondence Between the Clinical Assessment of Eating-Disordered Patients and Findings Derived from Questionnaires at Follow-up. *International Journal of Eating Disorders*. Vol. 14, No. 3, 367-374.

- Steinhausen, H.C., Winkler, C. y Meier, M. (1997). Eating disorders in adolescence in a Swiss epidemiological study. *International Journal of Eating Disorders*. 22(2), 147-51.
- Stern, S.L., Dixon, K.N., Nemzer, E., Laike, M.D. y Sansone, R.A. (1984). Affective disorder in the families of women weight bulimia. *American Journal of Psychiatry*. 141, 1224-1227.
- Stewart, S.H., Taylor, S. y Baker, J.M. (1997). Gender differences of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*; Mar-Apr Vol 11(2) 179-200.
- Stice, E., Killen, Jd., Hayward, C. y Taylor, C.B. (1998). Age of onset for binge eating and purging during late adolescence: a 4-year survival analysis. *Journal of Abnormal Psychology*. 107(4), 671-5.
- Story, M., Rosenwinkel, K., Himes, J.H., Resnick, M., Harris, L.J. et al. (1991). Demographic and risk factors associated with chronic dieting in adolescents. *American Journal of Disorders in Childhood*. 145(9), 994-8.
- Story, M., French, S.A., Neumark-Sztainer, D., Downes, B., Resnick, M.D. y Blum, R.W. (1997). Psychosocial and behavioral correlates of dieting and purging in Native American adolescents. *Pediatrics*. 99(4), E8.
- Striegel-Moore, R.H., Silberstein, L.R. y Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist*. 41, 246- 263.
- Striegel-Moore, R.H., Trucker, N. y Hsu, J. (1990). Body image dissatisfaction and disordered eating in lesbian college students. *International Journal of Eating Disorders*. 9, 493-500.
- Striegel-Moore, R.H. (1993). Etiology of Binge-eating: A developmental perspective. En C.G. Fairburn y W.T. Wilson. *Binge-Eating: Nature, assessment and Treatment*. New York: The Guilford Press.
- Strober, M. (1980). Personality and symptomatological features in young, nonchronic anorexia nervosa patients. *Journal Psychosomatic Residents*. 24, 353- 359.
- Strober, M. (1981). The significance of bulimia in juvenile anorexia nervosa: An exploration of possible etiological factors. *International Journal of Eating Disorders*. 1, 28-43.
- Strober, M., Salkin, B., Burroughs, J. y Morrell, W. (1982). Validity of the bulimia-retractor distinction in anorexia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 170, 345-351.
- Strober, M., Morell, W., Burroughs, J. et al. (1985). A controlled family study of anorexia nervosa. *Journal of Psychiatry Residents*. 19, 329-346.

- Strober, M. y Katz. (1987). Do eating disorders and affective disorders share a common etiology? A dissenting opinion. *International Journal of Eating Disorders*. 6, 171-180.
- Strober, M., Lampert, C., Morrell, W., Burroughs, J. y Jacobs, C. (1990). A controlled family study of anorexia nervosa; evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 9, 239-253.
- Strober, M., Freeman, R. y Morrell, W. (1997). The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*. 22(4), 339-60.
- Strober, M., Freeman, R., Morrell, W. (1999). Atypical anorexia nervosa: separation from typical cases in course and outcome in a long-term prospective study. *International Journal of Eating Disorders*. 25(2): 135-42.
- Stuart, R. B. (1967). Behavioral control of overeating. *Behaviour and Therapy*. 5, 356-357.
- Stunkard, A.J. y Rush, J. (1957). The dietin depression: Incidence and clinical characteristics of untoward responses to weight reduction regimens. *American Journal of Medicine*. 23, 77- 86.
- Stunkard, A.J. y Rush, J. (1974). Dieting and depression reexamined: A critical review of reports of untoward responses during weight reduction for obesity. *Annals of Internal Medicine*. 81, 526- 533.
- Stunkard, A.J., Messick, S. (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 29, No. 1, 71-83.
- Stunkard, A.J. (1976). The pain of obesity. C.A.: *Bull Publishing*. Palo Alto. P. 83.
- Stunkard, A. J., y Penick, S.B. (1979). Behavior modification in the treatment of obesity: the problem of maintaining weight loss. *Archives of General Psychiatry*. 36, 801-806.
- Stunkard, A. J. (1982). Obesity. En A. S. Bellack, M. Hersen, y A. E. Kazdin (Eds.): *International Handbook of Behavior Modification and Therapy*. New York: Plenum Press.
- Stunkard, A. J. (1984). The current status of treatment for obesity in adults. En A. J. Stunkard, y E Stellar (Eds.): *Eating and its disorders*. New York: Raven Press.

- Stunkard, A.J., Fernstrom, M., Price, A., Frank, E. y Kupfer, D. (1990). Direction of weight change in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*. 47, 857-860.
- Stunkard, A. J. (1993). A history of binge eating. En C. G. Fairburn y G.T. Wilson (Eds.): *Binge eating: nature, assessment, and treatment*. New York: Guilford.
- Stunkard, A., Berkowitz, R., Wadden, T., Tanrikut, C., Reiss, E. y Young, L. (1996). Binge eating disorder and the night-eating syndrome. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders*. 20(1), 1-6.
- Stunkard, A. (1997). Eating Disorders: the last 25 years. *Appetites*. 29(2), 181-90.
- Sullivan, P.F., Bulik, C.M., Fear, J.L. y Pickering, A. (1998). Outcome of anorexia nervosa: a casecontrol study. *American Journal of Psychiatry*. 155(7): 939-46.
- Sullivan P.F., Bulik, C.M. y Kendler, K.S. (1998). The epidemiology and classification of bulimia nervosa. *Psychological Medicine*. 28, 599- 610.
- Swift, W., Andres, D. y Barklage, N.E. (1986). The relationship between affective disorder and eating disorders: A review of the literature. *American Journal of Psychiatry*. 143, 290-299.
- Swift, W., Bushnell, N., Hanson, P. y Logeman, T. (1986). Self-concept in adolescent anorexics. *Journal American Academy of Childrens Adolescents Psychiatry*. 25, 826-835.
- Szmukler, G., McCance, L., McCrone, L. y Hunter, D. (1986). Anorexia nervosa: a psychiatric case register study from Aberdeen. *Psychological Medicine*. 16, 49-58.
- Szmukler, G. I. (1987). Some comments on the link between anorexia nervosa and affective disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 6, 181- 189.
- Szmukler, G. (1995). The epidemiology of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Psychiatry Residents*. 19, 1243-1253.
- Tamai, H., Takii, M., Nozaki, T., Kiyohara, K., Kobayshi, N., Nakagawa, T., Benbarka, M.M., Walter, R.M. Jr. y Kumagai, J.F. (1990). Prolactin responses in dexamethasone suppression test in patients with anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 82, 299-303.
- Tammenhaus, N. (1997). *Anorexia y bulimia*. Barcelona: Editorial Plaza y Janés.
- Tamburrino, M.B., Kaufman, R. y Hertzler, J. (1994). Eating disorder history in women with obsessive compulsive disorder. *Journal of American Medicine of Womens Association*. 49(1), 24-6.

- Taraldsen, K.W., Eriksen, L. y Gotestam, K.G. (1996). Prevalence of eating Disorders among Norwegian women and men in a psychiatric outpatient unit. *International Journal of Eating Disorders*. 20(2), 185-90.
- Taren, D.L. Tobar, M., Howell, W., Shisslak, C., Bell, I. y Ritenbaugh, C. (1999). Body weight and shape self-cognitions, emotional distress, and disordered eating in middle adolescent girls. *European Journal of Clinical Nutrition*. 53(7): 570- 8.
- Taylor, M. J., y Cooper, P. J. (1992). An experimental study of the effect of mood on body size perception. *Behaviour Research and Therapy*. 30(1) 53-58.
- Telch, C.F., Agras, W.S. y Rossiter, E.M. (1988). Binge eating increases with increasing adiposity. *International Journal of Eating Disorders*. 7, 115-119.
- Telch, C.F., Prutt, E.M. y Niego, S.H. (1998). Obese women with binge eating disorder define the term binge. *International Journal of Eating Disorders*. 24(3), 313-7.
- Theander, S. (1970). Anorexia nervosa: a psychiatric Investigation of 94 females Patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Monograph*. Supplement N° 214 (pp. 7-194).
- Theander, S. (1985). Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia. En G.L. Szmukler, P.D. Slader y P. Harris (Eds.): *Anorexia Nervosa and Bulimic Disorders*. London : Pergamo.
- Theander, S. (1985). Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: some results of previous investigations, compared with those of a Swedish long term study. *Journal of Psychiatric Research*. 19, 493-508.
- Thelen, M.H., Farmer, J., Mann, L.M. y Pruitt, J. (1990). Bulimia and Interpersonal Relationships: A Longitudinal Study. *Journal of Counseling Psychology*. Vol. 37, No. 1, 85-90.
- Thiel, A., Broocks, A., Ohlmeier, M., Jacoby, G.E. y Schübler, G. (1995). Obsessive-compulsive. Disorders among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 152, 72-75.
- Thomas, J.P. y Szmukler, G.I. (1985). Anorexia nervosa in patients of Afro-Caribbean extraction. *British Journal of Psychiatry*. 146, 653-656.
- Thomas Serrano, P. y Vallejo, J. (1997). Trastornos afectivos y bulimia nerviosa. En V. Turón (Ed.): *Trastornos de la alimentación. Anorexia Nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Editorial Masson.
- Thompson, J.K., Berland, N.W., Linton, P.H. y Weinsier, R. (1986). Assessment of body-distortion via self-adjusting light beam in seven eating Disorders groups. *International Journal of Eating Disorders*. 7, 113- 120.

- Thompson, J.K. y Spana, R.E. (1988). The adjustable light beam method for the assessment of size estimation accuracy: Description, psychometrics and normativa data. *International Journal of Eating Disorders*. 7, 521- 526.
- Thompson, J.K. (1990). *Body image disturbance: assessment and treatment*. Nueva York: Pergamon Press.
- Tiggeman, M. (1992). Body-size dissatisfaction: individual differences in age and gender, and relationship with self-esteem. *Personality and individual Differences*. 13, 39- 43.
- Timmerman, M. G., Wells, L. A. y Chen, S. (1990). Bulimia nerviosa and associate alcohol abuse among secondary school students. *Journal of American Academy for Children and Adolescence psyquiatry*. 29, 118-122.
- Timmerman, M. G. (1998). Caloric intake patterns of nonpurge binge-eating women. *West Journal of Nursery Residents*. 20(1), 103-18.
- Tolstoi, L.G. (1990). Ipecap-induced toxicity in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 9, 371-375.
- Tomás, J. (1998). Anorexia y otras alteraciones de la conducta en la infancia y adolescencia. *Cuadernos de Paidopsiquiatría-IV*. Barcelona.
- Toner, B.B., Garfinkel, P.E. y Garner, D.M. (1986). Long-term follow-up of anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*. 48, 520-529.
- Tordjman, S., Zittoun, C., Anderson, G.M., Flament, M. y Jeammet, P. (1994). Preliminary study of eating Disorders among French female adolescents and young adults. *International Journal of Eating Disorders*. 16(3): 301-5.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Toro, J. (1988). Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta. *Anuario de Psicología*. 38, 25-47.
- Toro, J., Castro, J., García, M., Pérez, P. y Cuesta, L. (1989). Eating attitudes, socio demographic factors and body shape evaluation in adolescence. *British Journal of Medical Psychology*. 62, 61-70.
- Toro, J. (1990). Clasificación y relaciones de los trastornos del comportamiento alimentario. *Monografías de Psiquiatría II*. 4, 10-16.
- Toro, J.; Cervera, M.; Osejo, E. y Salamero, M. (1992). Obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence: a clinical study. *J. Child. Psychol. Psychiatr.*, 33, 6, 1025-1037.

- Toro, J., Salamero, M. y Martínez, E. (1994). Assesment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinava*. 89, 147- 151.
- Toro, J. (1995). Trastornos obsesivos en la infancia y la adolescencia. En J. Vallejo y G.E. Berrios (Eds.). *Estados obsesivos*. Barcelona: Editorial Masson.
- Toro, J., Castro, J., Nicolau, R., Cervera, M., Toro, A., Zaragoza, M. y Blecua, M.J. (1995). *Psiquiatría Biológica*. Volumen 2, 4-5.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, Bulimia, Cultura y Sociedad*. Barcelona: Ariel Ciencia.
- Treasure, J. y Campbell, I. (1994). *The case for biology in the aetiology of anorexia nervosa*. *Psychological Medicine*. 4, 3-8.
- Turón, V., Fernández, F. y Vallejo, J. (1992). Anorexia nerviosa: características demográficas y clínicas en 107 casos. *Revisión de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*. 19(1), 9-15.
- Turón, V. (1997). *Trastornos de la alimentación. Anorexia Nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Editorial Masson.
- Turnbull, S., Ward, A., Treasure, J., Jick, H. y Derby, L. (1996). The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the general practice research database. *British Journal of Psychiatry*. 169(6), 705-12.
- Valbuena, A., Sopelana, P. y Picó, A. (1983). Revisión clínica y bibliográfica de la anorexia nerviosa. *Medicina Clínica*. Barcelona. 80, 805-810.
- Valdés, M. (1996). *Diccionario de psiquiatría*. Barcelona: Editorial Masson.
- Valdiserri, S. y Kihlstrom, J.F. (1995). Abnormal eating and dissociative experiences: a further study of college women. *International Journal of Eating Disorders*. 18(2): 545-50.
- Vallejo, J. (1995a). Clínica de los trastornos obsesivo-compulsivos. En J. Vallejo y G. E. Berrios (Eds.): *Estados Obsesivos*. Barcelona: Editorial Masson.
- Vallejo, J. (1995b). Relación de los trastornos obsesivos con otras patologías psíquicas. Reflexiones en torno a la ubicación nosológica y la clasificación de los trastornos obsesivos. En J. Vallejo y G. E. Berrios (Eds.): *Estados Obsesivos*. Barcelona: Editorial Masson.
- Vandereycken, W. y Meermann, R. (1984). *Anorexia nervosa. A clinician's guide to treatment*. Berlín: De Gruyter.

- Vandereycken, W. (1987). Are anorexia nervosa and bulimia variants of affective disorders?. *Acta Psychiatrica Belgica*. 87, 267-280.
- Vandereycken, W. y Lowenkopff, E. (1990). Anorexia nervosa in 19th century America. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 178, 531-535.
- Vandereycken, W. y Van Deth (1994). *From fasting saints to anorexic girls: the history of self-starvation*. Londres : The Athlone Press.
- VanItallie, T.B. (1985). Health implications of overweight and obesity in the United States. *Annual International Medicine*. 103, 983- 988.
- Van-Velzen, C.J. y Emmelikamp, P.M. (1996). The assessment of personality Disorders: implications for cognitive and behavior therapy. *Behavior Residents Therapy*. 34(8): 655-68.
- Vázquez, R. y Raich, R.M. (1997). El papel de la familia en los trastornos alimentarios. *Psicología Conductual*. Vol. 5. Nº 3, pp. 391- 407.
- Vázquez, R., Alvarez, G.L., Mancilla, J.M. y Raich, R.M. (1998). Influencia de los modelos estéticos corporales en pacientes con trastorno alimentario. *La psicología Social en México*. Vol. VII, 357- 362.
- Vera, M. N., y Fernández, M. C. (1989). *Prevención y tratamiento de la obesidad*. Barcelona: Martínez Roca.
- Wadden, T. A. y Stunkard, A. J. (1985). Social and psychological consequences of obesity. *Annals of Internal Medicine*. 103, 1062-1067.
- Waelde, L.C., Silvern, L., Hodges, W.F. (1994). Stressful Life Events: Moderators of the Relationships of Gender and Gender Roles to Self-Reported Depression and Suicidality Among College Students. *Sex Roles*, Vol. 30, Nos. 1/2, 1-22.
- Wakeling, A. (1996). Epidemiology of anorexia nervosa. *Psychiatry Research*. 62, 3-9.
- Walsh, B., Katz, J., Levin, J., Kream, J., Fukushima, D.K., Hellman, L.D., Weiner, H. y Zumoff, B. (1978). Adrenal activity in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*. 40, 499-506.
- Walsh, B., Stewart, J., Roose, S., Glassman, A. y Gladis, M. (1984). Treatment of bulimia with phenelzine. *Archives of General Psychiatry*. 41, 1105-1109.
- Walsh, B., Roose, S., Glassman, A., Gladis, M. y Sadik, C. (1985). Bulimia and depression. *Psychosomatic Medicine*. 47, 123-131.
- Walsh, B., Goetz, R. y Roose, S. (1985). EEG monitored sleep in anorexia nervosa and bulimia. *Biological Psychiatric*. 20, 947-956.

- Walsh, B., Roose, S. y Katz, J. (1987). Hypothalamic-pituitary-adrenalcortical activity in anorexia nervosa and bulimia. *12*, 131-140.
- Walsh, B.T. y Garner, D.V. (1997). Diagnosis Issues. En D.M. Garner y P.E. Garfinkel (Eds.): *Handbook of Treatment for Eating Disorders. Second Edition*. New York: Guilford.
- Walsh, B.T. (1993). Binge eating in bulimia nervosa. En C.G. Fairburn y G.T. Wilson (Eds.): *Binge eating: Nature, assesment and treatment*. New York: Guilford Press.
- Walsh, B.T. y Devlin, M.J. (1998). Eating Disorders: progress and problems. *Science*. 280(5368), 1387-90.
- Walters, E.E, Neale, M.C., Eaves L.J., Heath, A.C., Kessler, R.C. y Kendler, K.S. (1992). Bulimia nervosa and major depression: a study of common genetic and environmental factors. *Psychology Medicine*. 22(3): 617-22.
- Walters, E.E. y Kendler, K.S. (1995). Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population based female twin sample. *152*, 64-71.
- Warah, A. (1989). Body image disturbance in anorexia nervosa: Beyond Body Image. *Canadian Journal of Psychiatry*. 34, 398- 905.
- Warheit, G.J., Langer, L.M., Zimmerman, R.S. y Biafora, F.A. (1993). Prevalence of bulimic behaviors and bulimia among a sample of the general population. *American Journal of Epidemiology*. 137(5): 569- 76.
- Weisberg, L.J., Norman, D.K. y Herzog, D.B. (1987). Personality functioning in normal weight bulimia. *International Journal of Eating Disorders*. 6, 615- 631.
- Weisman, M., Bland, R., Canino, G., Faravelli, C. y Greenwald, S. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *276*, 293-299.
- Weissenburger, J., Rush, A. J., Gilles, D. E. y Stunkard, A. J. (1986). Weight change in depression. *Psychiatry Research*. 17, 275-283.
- Welch, S. L. y Fairburn, C. G. (1996). Impulsivity or Comorbidity in Bulimia Nervosa. A Controlled Study of Deliberate Self-Harm and Alcohol and Drug Misuse in a Community Sample. *British Journal of Psychiatry*, 169, 451-458.
- Whitaker, A. et al. (1989). The struggle to be thin: a survey of anorectic and buli symptoms in a non-referred adolescence population. *Psychology Medica*. 19, 143-146.
- Wichstrom, L. (1995 May). Social, psychological and physical correlates of eating problems. A study of the general adolescent population in Norway. *Psychol Med*, 25(3), 567-79.

- Willcox, M. y Sattler, D.N. (1996). The relationship between eating Disorders and depression. *Journal of Social Psychology*. 136(2): 269-71.
- Willi, J. y Grossmann, S. (1983). Epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland. *American Journal of Psychiatry*. 140, 564-567.
- Willi, J., Limacher, B., Grossmann, S. y Giacometti, G. (1988). Langzeitstudie zur Incidenz der Anorexia Nervosa. *Nervenarzt*. 60, 349-354.
- Willi, J. (1990). Update on the Epidemiology of Anorexia Nervosa in a Defined Region of Switzerland. *American Journal of Psychiatry*. 147, 1514-1517.
- Williams P. y King M.B. (1987). The epidemic of anorexia nervosa: another medical myth? *Lancet*. 205-207.
- Williams, G.J.; Chamove, A.S. y Millar, H.R. (1990). Eating disorders, perceived control, assertiveness and hostility. *Br J Clin Psychol*. 29(3): 327-35
- Williams, G.J., Power, K.G., Millar, H.R., Freeman, C.P., Yellowlees, A. et al. (1993). Comparison of eating disorders and other dietary/weight groups on measures of perceived control, assertiveness, self-esteem, and self-directed hostility. *International Journal of Eating Disorders*. 14(1), 27-32.
- Williamson L. (1998). Eating Disorders and the cultural forces behind the drive for thinness: are African American women really protected?. *Social Workers Health Care*. 28(1), 61-73.
- Wilson, G. y Lindholm, L. (1985). Bulimia nervosa and depression. *International Journal of Eating Disorders*. 6, 725-732.
- Wilson, G.T. y Smith, D. (1989). Assessment of bulimia nervosa: An evaluation of the eating Disorders examination. *International Journal of Eating Disorders*. 8, 173- 179.
- Wilson, G.T. y Eldredge, K.L. (1991) Frecuency of binge eating in bulimic patients: Diagnostic validity. *International Journal of Eating Disorders*. 10, 557-561.
- Winokur, A.; March, V. Y Medels, J. (1980). Primary affective disorder in relatives of patients with anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*. 137 (6): 695-8.
- Wiseman C.V., Gray, J., Mosimann, J. et al. (1992). Cultural expectations of thinness in women: An update. *International Journal of Eating Disorders*. 11, 85-89.
- Wiseman, H., Gutfreund, D.G., Lurie, I. (1995). Gender differences in loneliness and depression of university students seeking counselling. *British Journal of Guidance and Counselling*, Vol. 23, No. 2, 231-243.

- Wiseman C.V., Harris W.A. y Halmi K.A. (1998). Eating Disorders: Women's Health Issues. *Medical Clinics of North America*. Volume 82. Number 1.
- Wlodarczyk-Bisaga, K. y Dolan, B. (1996). A two-stage epidemiological study of abnormal eating attitudes and their prospective risk factors in Polish schoolgirls. *Psychological Medicine*. 26(5), 1021-32.
- Wonderlich, S.A., Swift, W.J. Slotnick, H.B. y Goddman, S. (1990). DSM-III-R personality disorders in eating-disorder subtypes. *International Journal of Eating Disorders*. 9, 607- 616.
- Yager, J., Landsverk, J. y Edelstein, C.K. (1987). A 20 month follow-up study of 628 women with eating Disorders, I: Course and severity. *Psychological Medicine*. 144, 1172-1177.
- Yager, J., Kurtzman, F., Landsverk, J. y Wiesmeier, E. (1988). Behaviours and attitudes related to eating Disorders in homosexual male college students. *American Journal of Psychiatry*. 145, 495-497.
- Yager, J., Gwirtsman, H. y Edelstein, C. (1992). *Special problems in marrying eating Disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Yager, J. (1998). Eating disorders and Treatment. Comunicación en el curso: Therapeutic Interventions in eating disorders. *American Psychiatric Association. Annual Meeting*. Toronto, Ontario, Canada.
- Yanovski, S. Z., Nelson, J. E., Dubbert, B. K. y Spitzer, R. L. (1993). Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1472-1479.
- Yates, A. (1990). Current Perspectives on the Eating Disorders: I. History, Psychological and Biological Aspects. *Journal of Academy child and Adolescent Psychiatry*. 28, 813- 828.
- Yeomas, M. Y Gray, R. (1997). Effects of naltrexone on food intake and changes in subjective appetite during eating: evidence for opioid involvement in the appetizer effect. *Physiology and Behavior*. 62/1, 15-21.
- Zelner, D.A., Harner, D.E. y Adler, R.L. (1989). Effects of Eating Abnormalities and Gender on Perceptions of Desirable Body Shape. *Journal of Abnormal Psychology*. 98, 93-96.
- Zion, L. (1963). Body concept as it relates to self-concept. *The research Quartely*. 36, 490- 495.
- Zittoun C. y Fischler C. (1992). Boulimie et épidemiologie. *Encephale*. 18 (4), 407-412.

Zúñiga, G. (1999). Conferencia sobre incidencia de obesidad en población española.
En Curso de formación continuada sobre nutrición. Colegio de Médicos de Cantabria.

16. ANEXOS

16.1. ANEXO 1: CUESTIONARIOS. ESTUDIO DIMENSIONAL

DATOS GENERALES

Fecha de pasación ___/___/___

Fecha de nacimiento ___/___/___

Edad _____

Estudios

- Dietética y Nutrición
- Turismo
- Psicología Ramon Llull
- Enfermería
- Auxiliar de Enfermería
- Llar d'Infants
- Institut del Teatre: Danza
- Psicología UB
- Derecho UB (1997)
- Auxiliar Enfermería (1997)
- Dietética y Nutrición (1997)
- Magisterio UB (1997)
- Trabajo Social (1997)
- Medicina UB (1997)

Curso _____ ¿Eres repetidora? NO Sí

Peso _____ Altura _____

Dí qué peso te gustaría tener _____

Estado Civil

- Soltera
- Casada o Viviendo con Pareja
- Separada
- Viuda
- Otros _____

Situación familiar

Nº de hermanos (incluyéndote a ti) _____

- Lugar que ocupas
- 1º
 - 2º
 - 3º
 - 4º
 - 5º
 - más del 5º

Antecedentes familiares y personales

- OBESIDAD padre
 madre
 hermano n° de hermanos obesos ____
 hermana n° de hermanas obesas ____
- ANOREXIA padre
 madre
 hermano n° de hermanos anoréxicos ____
 hermana n° de hermanas anoréxicas ____
- BULIMIA padre
 madre
 hermano n° de hermanos bulímicos ____
 hermana n° de hermanas bulímicas ____

OTROS TRASTORNOS (depresión...). Indicar quién lo ha tenido

Nivel de estudios

1. Menos de 7 años de escolaridad
2. Enseñanza primaria
3. Bachillerato Superior incompleto. FP de 2º grado incompleto
4. Bachillerato Superior. FP de 2º grado
5. Formación de tipo universitario (estudios medianos) incompleta
6. Título grado medio
7. Título grado superior

PADRE _____ MADRE _____
(Indica el número que corresponde)

Profesión

1. En paro, trabajadores de servicios eventuales no calificados, trabajadores temporales (limpiabotas, criados, canguros...).
2. Trabajadores no calificados (camarero, ascensorista, empleado de gasolinera, vendedor ambulante, jornaleros...).
3. Operadores de maquinaria, trabajadores semicalificados (operarios, repartidores, peluqueros no propietarios, conductores de autobús...).
4. Propietarios de pequeños negocios, trabajadores manuales calificados (carpintero, albañil, detectives, electricista, cartero, dependiente, propietarios de pequeñas granjas...).
5. Vendedores, representantes, propietarios de pequeños negocios y granjas, y trabajadores de banco (bibliotecarios, contables...).
6. Técnicos semiprofesionales y propietarios de negocios y granjas más grandes que las anteriores (administrativos, agentes de publicidad, delineantes, fotógrafos, capataces...).
7. Propietarios de negocios y granjas más grandes que las anteriores (actores, practicantes, publicistas, agentes de compras, artistas, managers...).

8. Administradores, propietarios de negocios de tamaño medio y profesionales (ingenieros industriales, músicos, empleados administración pública...).
9. Altos ejecutivos, propietarios de grandes empresas (ingenieros de caminos, canales y puentes, abogados, jueces, directores, altos cargos de la administración pública...).

PADRE _____

MADRE _____

Además del número, especificar la profesión:

PADRE _____

MADRE _____

Teléfono para localizarte _____

Teléfono de un familiar _____

Nombre de pila _____

EAT

Instrucciones:

En este cuestionario hay una serie de preguntas que hacen referencia a actitudes alimentarias. No hay respuestas buenas ni malas. Solamente tienes que reflejar tus experiencias en este terreno. Contesta marcando con una señal (X) la respuesta que consideres más adecuada.

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Me gusta comer con otras personas						
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como						
3. Me pongo nerviosa cuando se acerca la hora de las comidas						
4. Me da mucho miedo pesar demasiado						
5. Procuo no comer aunque tenga hambre						
6. Me preocupo mucho por la comida						
7. A veces me he atracado de comida, sintiéndome que era incapaz de parar de comer						
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ej., pan, arroz, patatas, etc.)						
11. Me siento llena después de las comidas						
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
13. Vomito después de haber comido						
14. Me siento muy culpable después de comer						
15. Me preocupa el deseo de estar más delgada						
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
17. Me peso varias veces al día						
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada						
19. Disfruto comiendo carne						
20. Me levanto pronto por las mañanas						
21. Cada día como los mismos alimentos						

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
23. Tengo la menstruación regular						
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgada						
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
26. Tardo en comer más que las otras personas						
27. Disfruto comiendo en restaurantes						
28. Tomo laxantes (purgantes)						
29. Procuero no comer alimentos con azúcar						
30. Como alimentos de régimen						
31. Siento que los alimentos controlan mi vida						
32. Me controlo en las comidas						
33. Noto que los demás me presionan para que coma						
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
35. Tengo estreñimiento						
36. Me siento incómoda después de comer dulces						
37. Me comprometo a hacer régimen						
38. Me gusta sentir el estómago vacío						
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

BDI

Instrucciones:

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lee con atención cada uno de ellos. A continuación, señala la afirmación de cada grupo que describe mejor tus sentimientos durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodea con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que hayas elegido. Asegúrate de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

(1)

- 0 No me siento triste
- 1 Me siento triste
- 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
- 3 Me siento tan triste o tan desgraciada que no puedo soportarlo

(2)

- 0 No me siento especialmente desanimada de cara al futuro
- 1 Me siento desanimada de cara al futuro
- 2 Siento que no hay nada por lo que luchar
- 3 El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán

(3)

- 0 No me siento como una fracasada
- 1 He fracasado más que la mayoría de las personas
- 2 Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro
- 3 Soy un fracaso total como persona

(4)

- 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes
- 2 Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas
- 3 Estoy insatisfecha o aburrida con respecto a todo

(5)

- 0 No me siento especialmente culpable
- 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones
- 2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones
- 3 Me siento culpable constantemente

(6)

- 0 No creo que esté siendo castigada
- 1 Siento que quizá esté siendo castigada
- 2 Espero ser castigada
- 3 Siento que estoy siendo castigada

(7)

- 0 No estoy descontenta de mí misma
- 1 Estoy descontenta de mí misma
- 2 Estoy a disgusto conmigo misma
- 3 Me detesto

(8)

- 0 No me considero peor que cualquier otra
- 1 Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores
- 2 Continuamente me culpo por mis faltas
- 3 Me culpo por todo lo malo que me sucede

(9)

- 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio
- 1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré
- 2 Desearía poner fin a mi vida
- 3 Me suicidaría si tuviese oportunidad

(10)

- 0 No lloro más de lo normal
- 1 Ahora lloro más que antes
- 2 Lloro continuamente
- 3 No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga

(11)

- 0 No estoy especialmente irritada
- 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes
- 2 Me siento irritada continuamente
- 3 Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban

(12)

- 0 No he perdido el interés por los demás
- 1 Estoy menos interesada en los demás que antes
- 2 He perdido gran parte del interés por los demás
- 3 He perdido todo interés por los demás

(13)

- 0 Tomo mis propias decisiones igual que antes
- 1 Evito tomar decisiones más que antes
- 2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
- 3 Me es imposible tomar decisiones

(14)

- 0 No creo tener peor aspecto que antes
- 1 Estoy preocupada porque parezco envejecida y poco atractiva
- 2 Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractiva
- 3 Creo que tengo un aspecto horrible

(15)

- 0 Trabajo igual que antes
- 1 Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo
- 2 Tengo que obligarme a mí misma para hacer algo
- 3 Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea

(16)

- 0 Duermo tan bien como siempre
- 1 No duermo tan bien como antes
- 2 Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir
- 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir

(17)

- 0 No me siento más cansada de lo habitual
- 1 Me canso más que antes
- 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa
- 3 Estoy demasiado cansada para hacer nada

(18)

- 0 Mi apetito no ha disminuido
- 1 No tengo tan buen apetito como antes
- 2 Ahora tengo mucho menos apetito
- 3 He perdido completamente el apetito

(19)

- 0 No he perdido peso últimamente
- 1 He perdido más de dos kilos
- 2 He perdido más de 4 kilos
- 3 He perdido más de 7 kilos

(20)

- 0 No estoy preocupada por mi salud
- 1 Me preocupan los problemas físicos como dolores, el malestar de estómago o los catarros
- 2 Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas
- 3 Estoy tan preocupada por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas

(21)

- 0 No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo
- 1 La relación sexual me atrae menos que antes
- 2 Estoy mucho menos interesada por el sexo que antes
- 3 He perdido totalmente mi interés sexual

TFEQ: PARTE 1

	Verdadero	Falso
1. Cuando huelo un bistec chisporroteante o veo un jugoso trozo de carne, encuentro muy difícil abstenerme de comer, incluso si he acabado de hacer una comida		
2. Habitualmente como demasiado en situaciones sociales, como fiestas y picnics		
3. Habitualmente estoy tan hambrienta que como más de tres veces al día		
4. Cuando he consumido mi cuota de calorías, estoy bien como para no comer más		
5. Hacer dieta es demasiado duro para mí porque me pongo demasiado hambrienta		
6. Tomo pequeñas raciones deliberadamente como método para controlar mi peso		
7. A veces hay cosas que saben tan bien que continuo comiendo aún cuando ya no estoy hambrienta		
8. Ya que estoy frecuentemente hambrienta, a veces desearía que mientras como, un experto me dijera que ya he tenido bastante o que puedo comer alguna cosa más		
9. Cuando me siento ansiosa, me encuentro a mí misma comiendo		
10. La vida es demasiado corta para preocuparse de la dieta		
11. Puesto que mi peso sube y baja, he ido reduciendo las dietas más de una vez		
12. A menudo me siento tan hambrienta que tengo que comer algo		
13. Cuando estoy con alguien que se está atracando, me suelo atracar yo también		
14. Tengo una bastante buena idea del número de calorías de alimentos comunes		
15. Algunas veces cuando empiezo a comer parece que no puedo parar		
16. No me es difícil dejar algo en el plato		
17. A ciertas horas del día, me pongo hambrienta porque me he acostumbrado a comer entonces		
18. Mientras estoy a dieta, si ingiero comidas que no están permitidas, conscientemente como menos durante un período de tiempo para compensarlo		
19. Estar con alguien que está comiendo a menudo me pone lo bastante hambrienta como para comer yo también		
20. Cuando me siento triste, frecuentemente me excedo comiendo		
21. Disfruto demasiado comiendo como para estropearlo contando calorías o vigilando mi peso		
22. Cuando veo un verdadero manjar, a menudo tengo que comer inmediatamente		
23. Frecuentemente paro de comer cuando no estoy realmente llena como un medio consciente de limitar la cantidad de comida que como		
24. Me pongo tan hambrienta que mi estómago a menudo parece un pozo sin fondo		
25. Mi peso apenas ha cambiado en los últimos diez años		
26. Estoy siempre tan hambrienta que me es difícil parar de comer antes que he acabado la comida del plato		

	Verdadero	Falso
27. Cuando me siento sola, me consuelo comiendo		
28. Conscientemente me reprimo en las comidas para no ganar peso		
29. Algunas veces me pongo muy hambrienta al final de la tarde o por la noche		
30. Como todo lo que quiero y cuando quiero		
31. Aún sin pensarlo, comer me lleva mucho tiempo		
32. Calculo las calorías como un medio consciente de controlar el peso		
33. No como algunos alimentos porque me engordan		
34. Estoy siempre lo bastante hambrienta como para comer en cualquier momento		
35. Pongo mucha atención en los cambios de mi figura		
36. Cuando estoy a dieta, si como alimentos no permitidos, a menudo me abandono (splurge) y como otros alimentos altos en calorías		

PARTE II

Instrucciones: Por favor, responde a las siguientes preguntas rodeando el número que está encima de la respuesta que consideras apropiada a tu caso.

37. ¿Con qué frecuencia haces dieta en un esfuerzo consciente de controlar tu peso?

1	2	3	4
raramente	algunas veces	habitualmente	siempre

38. ¿Afectaría a tu forma de vivir la vida una fluctuación de peso de 2 Kg?

1	2	3	4
en nada	levemente	moderadamente	muchísimo

39. ¿Con qué frecuencia sientes hambre?

1	2	3	4
sólo en las comidas	algunas veces entre comidas	frecuentemente entre comidas	casi siempre

40. ¿Tienes sentimientos de culpa por atracarte para ayudarte a controlar tu ingesta?

1	2	3	4
nunca	raramente	a menudo	siempre

41. ¿Cuán difícil sería para ti parar de comer a media cena y no comer durante las próximas cuatro horas?

1	2	3	4
fácil	levemente difícil	moderadamente difícil	muy difícil

42. ¿Cuán consciente eres de los que estás comiendo?

1	2	3	4
nada	levemente	moderadamente	extremadamente

43. ¿Con qué frecuencia evitas abastecerte de comidas tentadoras?

1	2	3	4
casi nunca	rara vez	habitualmente	casi siempre

44. ¿Cuán propensa eres a comprar alimentos bajos en calorías?

1	2	3	4
no soy propensa	levemente propensa	moderadamente propensa	muy propensa

45. ¿Comes moderadamente cuando estás con otros y te abandonas cuando estás sola?

1	2	3	4
nunca	raramente	a menudo	siempre

46. ¿Cuán propensa eres a comer lentamente para reducir la cantidad de comida que ingieres?

1	2	3	4
no soy propensa	levemente propensa	moderadamente propensa	muy propensa

47. ¿Con qué frecuencia te saltas postres porque no estás más hambrienta?

1	2	3	4
nunca	raramente	a menudo	siempre

48. ¿Cuán propensa eres a comer menos deliberadamente cuando tú quieres?

1	2	3	4
no soy propensa	levemente propensa	moderadamente propensa	muy propensa

49. ¿Continúas atracándote aunque no estés hambrienta?

1	2	3	4
nunca	raramente	a menudo	siempre

50. En una escala del 0 al 5, donde 0 significa no restricción en la ingesta (comer todo lo que tu quieras, cuando quieras) y 5 restricción total (constante limitación de la ingesta y nunca rendirse), ¿qué número te darías a ti misma?

- 0 comer todo lo que tú quieres cuando tú quieres
- 1 habitualmente comer todo lo que tú quieres, cuando tú quieres
- 2 a menudo comer todo lo que tú quieres, cuando tú quieres
- 3 limitar la ingesta a menudo, pero a menudo también rendirse
- 4 habitualmente limitar la ingesta, raramente rendirse
- 5 limitar constantemente la ingesta, nunca rendirse

51. ¿En qué medida esta frase describe tu conducta alimentaria? “Comienzo a hacer dieta por la mañana, pero debido a la cantidad de cosas que pasan durante el día, por la noche me rindo y como lo que quiero, prometiéndome recomenzar la dieta mañana”.

1
no se me aplica

2
se me aplica
algo

3
bastante buena
descripción de mí

4
me describe

RSS

Instrucciones:

Lee las siguientes afirmaciones y marca con una cruz el recuadro que mejor refleje tu grado de acuerdo con ellas.

	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY DE ACUERDO	MUY EN DESACUERDO
1. En general estoy satisfecha conmigo misma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A veces pienso que no sirvo para nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Creo tener varias cualidades buenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Creo que no tengo muchos motivos para enorgullecerme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A veces me siento realmente inútil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Siento que soy una persona digna de estima, al menos en Igual medida que los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Desearía sentir más respeto por mí misma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracaso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Asumo una actitud positiva hacia mí misma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EDI

Instrucciones:

Esta es una escala que mide una serie de actitudes, sensaciones, sentimientos y conductas. Algunos de los ítems están relacionados con la comida. Otros se refieren a sensaciones y sentimientos. NO EXISTEN RESPUESTAS CORRECTAS NI INCORRECTAS. INTENTA POR TODOS LOS MEDIOS SER SINCERO. LOS RESULTADOS SON TOTALMENTE CONFIDENCIALES. Lee cada pregunta y señala con una X la respuesta que mejor se ajuste a tu caso. Por favor, responde cuidadosamente a cada pregunta. Gracias.

	NUNCA	RARAMENTE	ALGUNAS VECES	A MENUDO	HABITUALMENTE	SIEMPRE
1. Como dulces y carbohidratos (pan, patatas, etc.) sin sentirme nerviosa						
2. Pienso que mi estómago es demasiado grande						
3. Me gustaría que pudiera volver a la seguridad de la infancia						
4. Como cuando estoy disgustada						
5. Me atraco de comida						
6. Me gustaría ser más joven						
7. Pienso en seguir una dieta						
8. Me asusto cuando mis sensaciones/sentimientos son demasiado intensos						
9. Pienso que mis muslos son demasiado anchos						
10. Me siento ineficaz como persona						
11. Me siento extremadamente culpable después de haber comido en exceso						
12. Pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado						
13. Mi familia sólo valora como buenos aquellos rendimientos o resultados que están por encima de lo habitual						
14. El tiempo más feliz de la vida es cuando se es niño						
15. Soy una persona que demuestra abiertamente sus sentimientos						
16. Me aterroriza ganar peso						
17. Confío en los demás						
18. Me siento sola en el mundo						
19. Me siento satisfecha con la forma de mi cuerpo						
20. Generalmente siento que las cosas de mi vida están bajo mi control						
21. Me siento confundida ante las emociones que siento						

	NUNCA	RARAMENTE	ALGUNAS VECES	A MENUDO	HABITUALMENTE	SIEMPRE
22. Prefiero ser adulto que niño						
23. Me comunico fácilmente con los demás						
24. Me gustaría ser otra persona						
25. Exagero a menudo la importancia del peso						
26. Puedo identificar claramente las emociones que siento						
27. Me siento inadaptada						
28. Cuando me estoy atracando de comida siento que no puedo parar de hacerlo						
29. Cuando era niña intentaba por todos los medios evitar estar en desacuerdo con mis padres y maestros						
30. Tengo amistades íntimas						
31. Me gusta la forma de mis nalgas						
32. Me preocupa el deseo de estar más delgada						
33. No sé lo que está pasando dentro de mí						
34. Tengo dificultad en expresar mis emociones a los demás						
35. Las exigencias del adulto son demasiado grandes						
36. Me molesta ser menos que la mejor en las actividades de juego						
37. Me siento segura de mí misma						
38. Pienso en atracarme de comida						
39. Me siento feliz de no ser ya nunca más una niña						
40. No me doy cuenta de si tengo hambre o no						
41. Tengo una pobre opinión de mí misma						
42. Pienso que puedo alcanzar mis metas						
43. Mis padres han esperado cosas excelentes de mí						
44. Estoy preocupada de que mis sentimientos se escapen a mi control						
45. Pienso que mis caderas son demasiado anchas						
46. Como moderadamente cuando estoy con gente y me atraco cuando estoy sola						
47. Después de haber comido poco me siento hinchada						
48. Pienso que las personas son más felices cuando son niños						
49. Si gano algo de peso me preocupa el que pueda seguir aumentando						

	NUNCA	RARAMENTE	ALGUNAS VECES	A MENUDO	HABITUALMENTE	SIEMPRE
50. Pienso que soy una persona útil						
51. Cuando estoy dispuesta no sé si estoy triste, atemorizada o enojada						
52. Creo que las cosas las debo de hacer perfectamente o sino no hacerlas						
53. Pienso en intentar vomitar con el fin de perder peso						
54. Necesito mantener a las personas a cierta distancia pues me siento incómoda si alguien intenta acercarse o entablar amistad						
55. Pienso que mis muslos tienen el tamaño adecuado						
56. Me siento interiormente vacía						
57. Puedo hablar sobre mis sentimientos y pensamientos personales						
58. El convertirme en adulto ha sido lo mejor de mi vida						
59. Creo que mis nalgas son demasiado anchas						
60. Tengo sentimientos/sensaciones que no puedo identificar claramente						
61. Como o bebo a escondidas						
62. Pienso que mis caderas tienen el tamaño adecuado						
63. Mis metas son excesivamente altas						
64. Cuando estoy disgustada me preocupa el que pueda empezar a comer						

BSQ

Nos gustaría saber cómo te has sentido respecto a tu figura en el último mes. Por favor, lee cada pregunta y señala con una cruz la respuesta que consideres más adecuada a tu caso. Contesta a todas las preguntas.

	NUNCA	RARAMENTE	ALGUNA VEZ	A MENUDO	MUY A MENUDO	SIEMPRE
1. Cuando te aburres, ¿te preocupas por tu figura?						
2. Has estado tan preocupada por tu figura que has pensado que debías ponerte a dieta						
3. ¿Has pensado que tus muslos, caderas o nalgas son demasiado grandes en proporción con el resto de tu cuerpo?						
4. ¿Has tenido miedo a convertirte en "gorda" (o más gorda)?						
5. ¿Te ha preocupado el que tu carne no sea suficientemente firme?						
6. ¿Sentirte llena (después de una comida) te ha hecho sentir gorda?						
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que incluso has llorado por ello?						
8. ¿Has evitado correr para que tu carne no botara, saltara?						
9. ¿Estar con chicos/as delgados/as te ha hecho fijarte en tu figura?						
10. ¿Te has preocupado por el hecho de que tus muslos se ensanchan cuando te sientas?						
11. ¿El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento te ha hecho sentir gorda?						
12. ¿Te has fijado en la figura de otros chicos/as y has comparado la tuya con la de ellos desfavorablemente?						
13. Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando estás mirando la TV, leyendo o manteniendo una conversación)						
14. Estar desnudo/a, por ejemplo cuando te duchas, ¿te ha hecho sentir gordo/a?						
15. ¿Has evitado llevar vestidos que marcasen tu figura?						
16. ¿Te has imaginado cortando partes grasas de tu cuerpo?						
17. Comer caramelos, pasteles y otros alimentos altos en calorías, ¿te ha hecho sentir gordo/a?						
18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal respecto a tu figura?						
19. ¿Te has sentido excesivamente gorda y llena?						
20. ¿Te has sentido acomplejada por tu cuerpo?						
21. La preocupación por tu figura ¿te ha inducido a ponerte a dieta?						
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo por la mañana)?						
23. ¿Has pensado que tienes la figura que tienes a causa de tu falta de autocontrol?						
24. ¿Te ha preocupado que la otra gente vea "michelines" alrededor de tu cintura?						

	NUNCA	RARAMENTE	ALGUNA VEZ	A MENUDO	MUY A MENUDO	SIEMPRE
25. ¿Has pensado que no es justo que otras chicas sean más delgadas que tú?						
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgada?						
27. Estando en compañía de otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio? (por ejemplo en un autobús, en el cine...)						
28. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de "piel de naranja" o "celulitis"?						
29. Verte reflejada en un espejo, ¿te hace sentir mal respecto a tu figura?						
30. ¿Has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuanta grasa hay?						
31. ¿Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo? (por ejemplo piscinas, duchas, vestidores...)						
32. Has tomado laxantes para sentirte más delgado/a						
33. ¿Te has fijado más en tu figura cuando estás en compañía de otra gente?						
34. ¿La preocupación por tu figura te hace pensar que deberías hacer ejercicio?						

CSES

Instrucciones:

El siguiente cuestionario ha sido diseñado para obtener información sobre la forma como te expresas. Por favor, contesta a las preguntas poniendo una X en la casilla apropiada, según tu propia elección. Tu contestación debe reflejar cómo te comportas normalmente en esas situaciones.

	NUNCA O MUY RARAMENTE	RARAMENTE	ALGUNAS VECES	HABITUALMENTE	CASI SIEMPRE O SIEMPRE
1. ¿Lo ignoras cuando alguien se cuela delante de ti en una fila?					
2. Cuando decides que ya no deseas salir con alguien, ¿te es muy difícil comunicarle a esa persona tu decisión?					
3. ¿Cambiarías una mercancía defectuosa?					
4. Si decidieras cambiar tus estudios a otro campo que tus padres no aprueban, ¿te sería difícil decírselo?					
5. ¿Tiendes a disculparte en exceso?					
6. Si estuvieses estudiando y tu compañero/a estuviera haciendo demasiado ruido, ¿le pedirías que parase?					
7. ¿Te es difícil hacer cumplidos y alabar a los demás?					
8. Si estás enfadado con tus padres, ¿eres capaz de decírselo?					
9. ¿Insistes en que tu compañero/a de habitación haga su parte de la limpieza?					
10. Si te das cuenta de que te estás enamorando de alguien con quien estás saliendo, ¿te es difícil expresar estos sentimientos a esa persona?					
11. Si un/a amigo/a a quien has prestado 500 pesetas parece haberlo olvidado, ¿se lo recordarías?					
12. ¿Eres extremadamente cuidadoso en evitar herir los sentimientos de los demás?					
13. Si tienes un/a amigo/a íntimo/a que no le gusta a tus padres y a quien constantemente critican, ¿les dirías a tus padres que no estás de acuerdo con ellos y les hablarías de las virtudes de tu amigo/a?					
14. ¿Te es difícil pedir a un/a amigo/a que te haga un favor?					
15. Si en un restaurante te sirven comida que no está a tu gusto, ¿te quejas de ello al camarero?					
16. Si tu compañero/a de habitación se come sin tu permiso la comida que sabe que has guardado, ¿eres capaz de expresarle tu disgusto?					
17. Si un vendedor se ha tomado una molestia considerable en enseñarte una mercancía que no te acaba de satisfacer, ¿te es difícil decirle que "no"?					
18. ¿Te reservas normalmente tus opiniones?					
19. Si te visitan amigos/as cuando quieres estudiar, ¿les pides que vuelvan en una ocasión más apropiada?					
20. ¿Eres capaz de expresar amor y afecto a la gente que aprecias?					

	NUNCA O MUY RARAMENTE	RARAMENTE	ALGUNAS VECES	HABITUALMENTE	CASI SIEMPRE O SIEMPRE
21. Si estuvieses en un pequeño seminario y el profesor hiciera una afirmación que consideras errónea, ¿lo cuestionarías?					
22. Si una persona del sexo opuesto a quien has estado queriendo conocer te sonríe o dirige su atención hacia ti en una fiesta, ¿tomarías la iniciativa para empezar una conversación?					
23. Si alguien a quien respetas expresa opiniones con las que estás totalmente en desacuerdo, ¿te atreverías a expresar tu propio punto de vista?					
24. ¿Te apartas de tu camino para evitar problemas con otras personas?					
25. Si un/a amigo/a tiene un nuevo modelo de vestido o traje que te gusta, ¿se lo comentas?					
26. Si después de salir de una tienda te das cuenta de que te han dado de menos en el cambio, ¿vuelves y exiges el cambio correcto?					
27. Si un/a amigo/a te hace lo que tú consideras una petición poco razonable, ¿eres capaz de decirle "no"?					
28. Si un pariente próximo y respetado te estuviese importunando, ¿ocultarías tus sentimientos en vez de expresar tu malestar?					
29. Si tus padres quieren que vayas a casa durante un fin de semana, pero tu has hecho ya planes importantes, ¿les dirías tus preferencias?					
30. ¿Expresas tu enfado o disgusto hacia el sexo opuesto cuando está justificado?					
31. Si un amigo te hace un encargo, ¿le dices cuándo aprecias lo que ha hecho?					
32. Cuando una persona es claramente injusta, ¿te es difícil decirlo algo al respecto?					
33. ¿Evitas los contactos sociales por miedo a hacer o decir algo inadecuado?					
34. Si un/a amigo/a traiciona tu confianza, ¿dudas en expresar tu disgusto a esa persona?					
35. Cuando un dependiente en una tienda atiende a alguien que está detrás de ti, ¿llamas su atención al respecto?					
36. Si estás particularmente contento por la buena suerte de alguien, ¿eres capaz de decírselo a esa persona?					
37. ¿Dudarías en pedir a un/a buen/a amigo/a que te prestase algún dinero?					
38. Si una persona se mete contigo hasta un punto en que ya no resulta divertido, ¿te es difícil expresarle tu fastidio?					
39. Si llegas tarde a una reunión, ¿te quedarías en pie en vez de ir a un asiento de la primera fila que supondría llamar la atención de forma algo notable?					
40. Si tu pareja te llama por teléfono el sábado por la noche, quince minutos antes de la hora en que os debíais encontrar, y te dice que tiene que estudiar para un examen importante y que no puede acudir, ¿le expresarías tu fastidio?					
41. Si alguien está golpeando insistentemente con el pie el respaldo de tu asiento en un cine, ¿le pedirías que se estuviera quieto?					
42. Si alguien te interrumpe en medio de una importante conversación, ¿le pides que espere hasta que tú hayas acabado?					
43. ¿Intervienes o expresas espontáneamente opiniones en las discusiones de clase?					
44. ¿Te cuesta hablar con un conocido atractivo del sexo opuesto?					

	NUNCA O MUY RARAMENTE	RARAMENTE	ALGUNAS VECES	HABITUALMENTE	CASI SIEMPRE O SIEMPRE
45. Si vivieras en un piso y el dueño no hubiera hecho ciertas reparaciones necesarias después de hacerlo prometido, ¿insistirías sobre ello?					
46. Si tus padres quieren que estés en casa a una determinada hora que tú piensas que es demasiado temprano y poco razonable por su parte, ¿intentas discutirlo o negociarlo con ellos?					
47. ¿Te es difícil defender tus derechos?					
48. Si un/a amigo/a te critica injustamente, ¿expresas tu enojo espontánea y fácilmente?					
49. ¿Expresas tus sentimientos a los demás?					
50. ¿Evitas hacer preguntas en clase por miedo o timidez?					

STAI

Instrucciones:

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo **SE SIENTE Vd. AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	NADA	ALGO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado				
2. Me siento seguro				
3. Estoy tenso				
4. Estoy contrariado				
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)				
6. Me siento alterado				
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras				
8. Me siento descansado				
9. Me siento angustiado				
10. Me siento confortable				
11. Tengo confianza en mí mismo				
12. Me siento nervioso				
13. Estoy desasosegado				
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)				
15. Estoy relajado				
16. Me siento satisfecho				
17. Estoy preocupado				
18. Me siento aturdido y sobreexcitado				
19. Me siento alegre				
20. En este momento me siento bien				

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Ahora, vuelva la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.

Instrucciones:

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo **SE SIENTE Vd. EN GENERAL**, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

	CASI NUNCA	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien				
22. Me canso rápidamente				
23. Siento ganas de llorar				
24. Me gustaría ser tan feliz como otros				
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto				
26. Me siento descansado				
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada				
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas				
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30. Soy feliz				
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente				
32. Me falta confianza en mí mismo				
33. Me siento seguro				
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades				
35. Me siento triste (melancólico)				
36. Estoy satisfecho				
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia				
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos				
39. Soy una persona estable				
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado				

PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS de Hollon y Kendall (1980)

Señale con qué frecuencia suelen "asaltarle" algunos de los siguientes pensamientos:	NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	BASTANTE	MUCHO	MUCHÍSIMO
1. Me siento como si el mundo estuviese contra mí					
2. No valgo para nada					
3. ¿Por qué nunca tengo éxito?					
4. Nadie me entiende					
5. He decepcionado a la gente					
6. Siento que no puedo seguir adelante					
7. Ojalá fuese una persona mejor					
8. Soy débil					
9. Mi vida no va de la forma que quisiera					
10. Estoy muy desilusionado conmigo mismo					
11. Nada me hace sentirme bien					
12. Esto no lo puedo soportar más					
13. No puedo empezar nada					
14. ¿Qué pasa conmigo?					
15. Ojalá estuviese en otro lugar					
16. ¿Por qué no puedo organizarme la vida?					
17. Me odio a mí mismo					
18. Yo no valgo nada					
19. Me gustaría desaparecer					
20. ¿Qué es lo que me pasa?					
21. Soy un fracasado					
22. Mi vida es un desastre					
23. Soy un desastre					
24. Nunca lo conseguiré					
25. Nada ni nadie me puede ayudar					
26. Algo tiene que cambiar					
27. Debe haber algo que falla en mí					
28. Mi futuro es desolador					
29. Sencillamente, no vale la pena					
30. No puedo terminar nada					

16.2. ANEXO 2: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA. ESTUDIO DIAGNÓSTICO

**EXAMEN DE LOS TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA
(E.D.E.)**

(0) ASPECTOS GENERALES

Proporcionar a la persona el cuadernillo con las opciones de respuesta.

Una vez que se ha informado a la persona a entrevistar sobre la fase de evaluación y el tiempo específico que va a suponer, lo mejor es empezar la entrevista con una serie de preguntas introductorias. Estas preguntas tienen por objeto obtener un esquema o cuadro general de los hábitos alimentarios de la persona.

- * Me gustaría tener una visión general de tus hábitos de alimentación y, para ello, nos fijaremos en las 4 últimas semanas.
- * **¿Han variado mucho de un día a otro tus hábitos de ingesta?**
- * **¿Entre los días laborables y los fines de semana han sido diferentes tus hábitos?**
- * **¿Ha habido días en los cuales no has comido nada o no has probado bocado?**
- * **¿Y durante los dos meses previos?**

(1) PATRONES DE INGESTA

Valora cada comida y cada tentempié o bocado por separado, aceptando la clasificación del sujeto (pero teniendo en cuenta las indicaciones posteriores).

Pregunta por separado acerca de los días laborables y de los fines de semana.

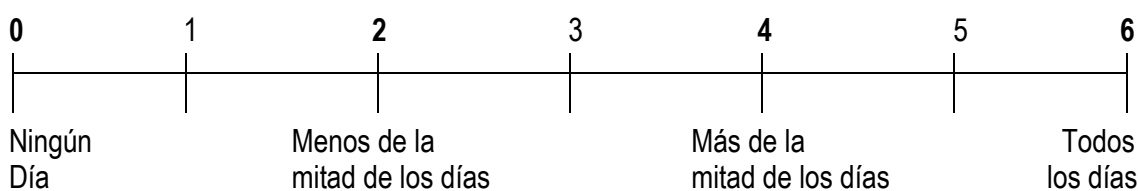
El almuerzo debería ser clasificado, en general, como comida de mediodía. Si en este punto resulta difícil elegir entre dos puntuaciones, seleccionar la superior (es decir, conceder la puntuación más elevada).

Puntúa 8, si la comida o tentempié son difíciles de clasificar (por ejemplo, debido a un trabajo por turnos)

- * **Ahora quisiera hacerte preguntas acerca de tus patrones de alimentación.**
- * Teniendo en cuenta que hablamos de las últimas 4 semanas...
- * **¿Con qué frecuencia haces cada una de las siguientes comidas o tentempiés?**

- Desayuno
- Almuerzo o tentempié a media mañana
- Comida de mediodía
- Merienda
- Cena
- Tentempié antes de ir a dormir
- Tentempié nocturno (después de haberse acostado)

Puntuación (Escala A)



(2) CONTROL SOBRE LA INGESTA

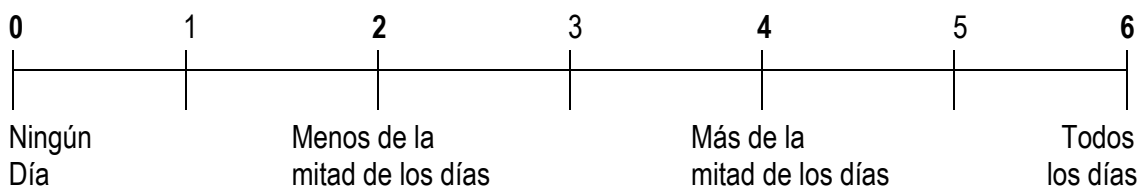
Evalúa el número de días en los cuales la persona ha tratado de controlar su ingesta de alimentos (cantidad de comida admitida) de forma consciente, y si este control ha llegado o no a efectuarse.

Esta restricción en la ingesta debería estar motivada por un deseo de controlar la silueta o el peso, aunque éstas podrían no ser ni las únicas, ni las principales razones.

Este control de la ingesta debería consistir en tentativas planificadas de control, más que en intentos improvisados como podría ser la decisión de resistir una segunda ración.

- * En estas 4 últimas semanas, **¿has controlado de forma consciente la cantidad de comida que ibas a tomar o te has moderado deliberadamente en la comida?**
- * **¿De qué forma lo haces?**
- * **¿Con qué frecuencia ha ocurrido en el último mes?**

Puntuación (Escala A)



(3) EVITACIÓN DE LA INGESTA

Valora el número de días en los cuales ha habido períodos de al menos 8 horas de abstinencia de ingesta de comida (los caldos y los batidos de leche cuentan como comida, mientras que las bebidas en general, no) durante las horas de vigilia.

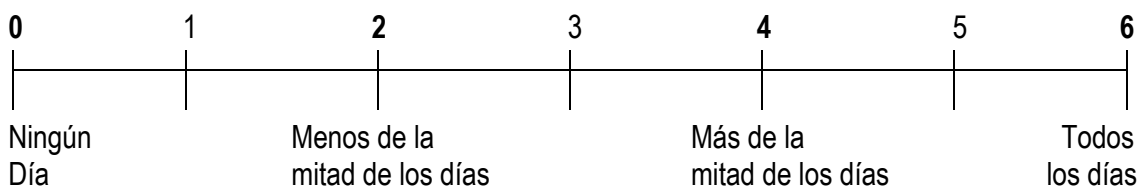
Puede ser de ayuda ilustrar el tiempo.

La abstinencia debería haberse dado, al menos en parte, a causa de una autoimposición, más que debido a la fuerza de las circunstancias.

La abstinencia debe tener por objeto influir sobre la silueta, el peso o la constitución corporal, aunque éstas podrían no ser ni las únicas, ni las principales razones.

- * En estas 4 últimas semanas, **¿han transcurrido períodos de por lo menos 8 horas a lo largo del día o jornada, en los cuales no has comido nada o no has probado bocado?**
- * **¿Con qué frecuencia ha ocurrido esto?**
- * **¿Está relacionado de alguna forma con tu silueta o con tu peso?**

Puntuación (Escala A)

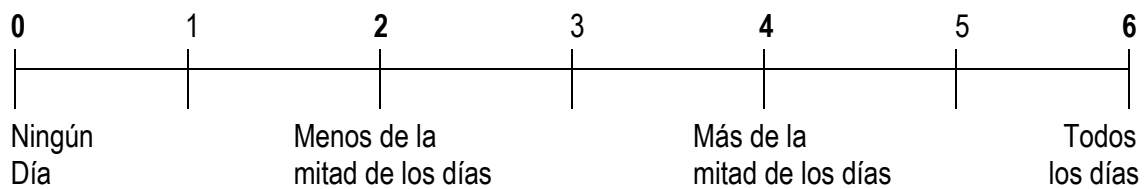


(4) ESTÓMAGO VACÍO

*Evalúa el número de días en los que la persona ha tenido un claro deseo de tener el estómago completamente vacío por razones de dieta, silueta o peso.
Esto no debe confundirse con la sensación de vacío o de tener el estómago desinflado.*

- * Durante estas 4 últimas semanas, **¿has deseado que tu estómago estuviera completamente vacío?**
- * **¿Por qué razón o razones? ¿Tiene esto que ver con tu silueta o con tu peso?**
- * **¿Con qué frecuencia has deseado tener esta sensación?**

Puntuación (Escala A)



(5) EVITACIÓN DE CIERTAS COMIDAS

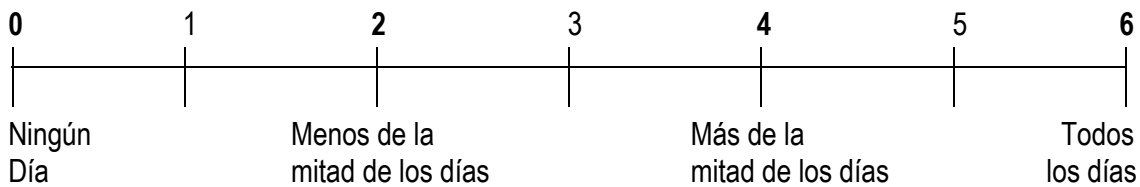
Se evalúa el número de días en los cuales la persona ha intentado evitar activamente determinados alimentos (siempre y cuando éstos le gusten) y si la evitación ha llegado a ocurrir o no.

El objetivo debe haber sido el evitar esos alimentos y no meramente restringir su consumo.

La evitación debería haber estado motivada por cuestión de silueta, peso o constitución del cuerpo, aunque éstas podrían no haber sido ni las únicas ni las principales razones.

- * Durante estas 4 últimas semanas, **¿has intentado evitar comer algunos alimentos o comidas que, de entrada, te gustan?**
- * **¿Sólo ha sido un intento o, definitivamente, has dejado de comerlo?**
- * **¿Cuántos días se ha dado el caso en este último mes?**

Puntuación (Escala A)



(6) NORMAS O REGLAS DIETÉTICAS

Deberán tratarse de normas autoimpuestas, aunque originalmente pueden tratarse de normas dietéticas prescritas.

Las normas dietéticas deben tener que ver con qué debería haber comido la persona o cuándo debería haber tenido lugar la ingesta (p. ej., establecer un límite de calorías, no comer antes de un cierto tiempo durante el día, no comer ciertos tipos de comida o no comer nada).

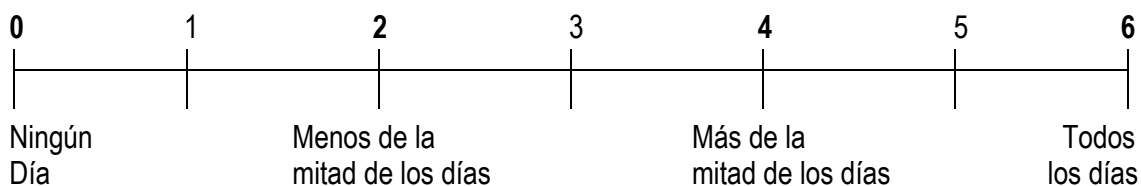
Si el sujeto es consciente de que ha roto ocasionalmente una norma dietética personal, esto sugiere la existencia de una o más reglas específicas.

Las reglas o normas dietéticas deben tener como propósito el ejercer una influencia sobre la silueta, el peso o la constitución corporal.

Si se detecta más de una norma en diferentes períodos de tiempo dentro de las 4 semanas, estos períodos deberían sumarse a la hora de dar la puntuación.

- * Durante las últimas 4 semanas, **¿has intentado seguir ciertas normas específicas en relación con tu ingesta, por ejemplo, marcándote un límite de calorías diarias, estableciendo cantidades determinadas de comida o normas acerca de qué deberías o cuándo deberías comer?**
- * **Se ha dado el caso de que hayas roto conscientemente alguna de estas normas que tú mismo/a te has autoimpuesto**
- * **¿Cómo te has sentido al saltártela o romperla o cómo crees que te sentirías si rompieras una de tus normas?**
- * **¿Podrías explicarme cuáles son esas normas?**
- * **¿La razón o razones por las que has decidido seguirlas tienen algo que ver con tu silueta o peso?**
- * **¿Cuántos días has tratado de cumplir dichas normas?**

Puntuación (Escala A)



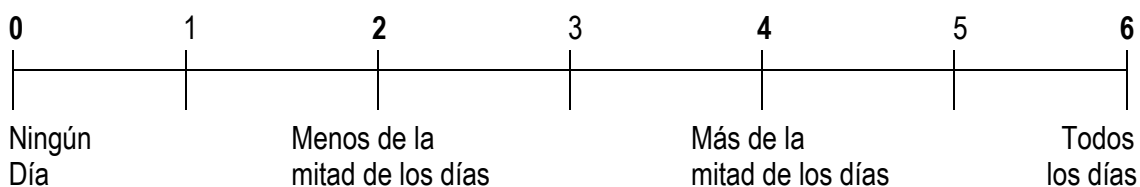
(7) PREOCUPACIÓN POR LA COMIDA, LA INGESTA O LAS CALORÍAS

Se evalúa si el nivel de concentración queda afectado a causa de la presencia de pensamientos intrusivos sobre la comida, la ingesta o las calorías, hasta el punto de interferir en las actividades de la persona.

Valora el número de días en los cuales esto ha ocurrido y se han dado episodios bulímicos.

- * Durante estas 4 últimas semanas, **¿has dedicado mucho tiempo a pensar en alimentos, en cómo comías o en calorías?**
- * **El pensar en todo esto, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración?**
- * **¿Ha interferido también en cosas que te interesan, como, por ejemplo, leer, ver TV o mantener una conversación?**
- * **¿Cuántos días te ha podido ocurrir en el último mes?**

Puntuación (Escala A)



(8) MIEDO A PERDER EL CONTROL

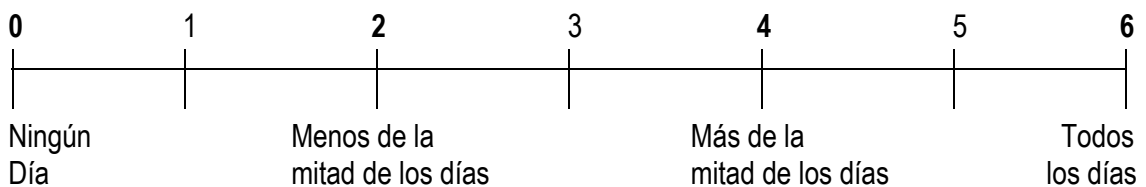
Se tienen en cuenta el número de días en los cuales ha estado presente un claro miedo a perder el control sobre la ingesta, sin tener en cuenta si la persona percibe o no que ha controlado.

La "pérdida de control" implica la sensación de que no podrá resistirse a comer o que no podrá parar.

Si la persona se siente incapaz de contestar a esta pregunta porque siempre pierde el control, puntúa con un 9.

- * Durante estas 4 últimas semanas, **¿has temido perder el control sobre la comida, pensando que podrías no resistirte o parrar de comer?**
- * **¿Con qué frecuencia ha ocurrido en el último mes?**

Puntuación (Escala A)



(9) EPISODIOS BULÍMICOS Y OTROS EPISODIOS DE SOBREINGESTA

Se distinguen cuatro tipos diferentes de sobreingesta. La distinción está basada en la presencia o ausencia de 2 características:

- a) Pérdida de control (necesario para ambos tipos de episodios bulímicos).
- b) Consumo de una gran cantidad de comida (necesario para “episodios bulímicos objetivos” y “sobreingesta objetiva”).

Para que los episodios sean considerados por separado, entre ellos debe haber un intervalo de 1 hora o más. El vómito autoinducido o el uso de laxantes no marca el fin del episodio

El esquema de clasificación es el siguiente:

Cantidad de Comida

	“Grande”	No “grande” pero vista por el sujeto como excesiva
“Pérdida de Control”	Episodio Bulímico <i>Objetivo</i>	Episodio Bulímico <i>Subjetivo</i>
Sin “Pérdida de Control”	Sobreingesta <i>Objetiva</i>	Sobreingesta <i>Subjetiva</i>

SONDEO:

Para determinar si es Bulimia o Sobreingesta, Objetiva o Subjetiva, anotar lo en el espacio en blanco.

SOBREINGESTA:

- * (¿Ha tenido episodios de sobreingesta?). **¿Háblame acerca de algún episodio de sobreingesta que hayas tenido durante las últimas cuatro semanas. Como cada persona tiene ideas diferentes acerca de los que significa o implica una sobreingesta, descríbeme qué es lo que comes en alguno de esos momentos en los que has sentido que habías comido demasiado de una vez.**

CANTIDAD DE COMIDA

- * (Objetiva o Subjetiva) **¿Cuáles eran los alimentos que comías a la vez?**

PÉRDIDA DE CONTROL

- * (Bulimia o Sobreingesta) **¿Tenías la sensación de pérdida de control en esos momentos?**

CASOS CRÓNICOS

- * ¿Podías parar de comer una vez que habías empezado?
- * ¿Podías prevenir que el episodio ocurriera?

Puntuación:

0 si no ha tenido episodios.

1 si no quiere responder.

La sobreingesta subjetiva **no puntúa**

Para Episodios Bulímicos Objetivos:

Mes 1:

Nº de días _____

Nº de episodios _____

Mes 2:

Nº de días _____

Nº de episodios _____

Mes 3:

Nº de días _____

Nº de episodios _____

Semanas consecutivas libres de episodios en los 3 meses _____

Dejar en blanco si el sujeto no ha tenido episodios

Para Episodios Bulímicos Subjetivos:

Sólo Mes 1:

Nº de días _____

Nº de episodios _____

Para Episodios Sobreingesta Objetiva:

Sólo Mes 1:

Nº de días _____

Nº de episodios _____

(10) RESTRICCIÓN DIETÉTICA ENTRE EPISODIOS BULÍMICOS

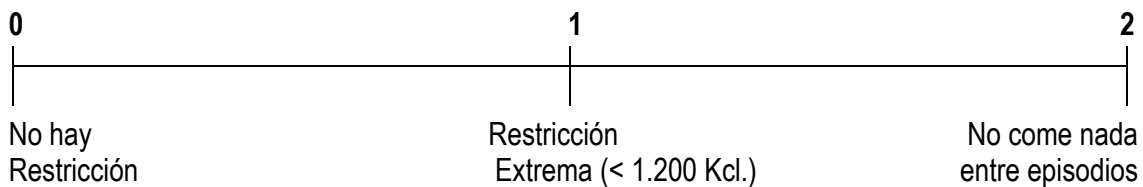
Sólo se evalúa si ha habido episodios bulímicos.

- * **Dejando de lado esos momentos en los que perdiste el control sobre la ingesta (episodios bulímicos) ¿en cuántas ocasiones has restringido la cantidad de los que comes?**
- * **¿Qué comes normalmente?** (Evaluar si ha habido restricción)
- * **¿Tiene todo esto algo que ver con tu silueta o con tu peso?**

- * **Preguntar por los 3 meses:**
 - MES 1
 - MES 2
 - MES 3

Puntuación (Escala Entrevistador)

9 si no quiere responder

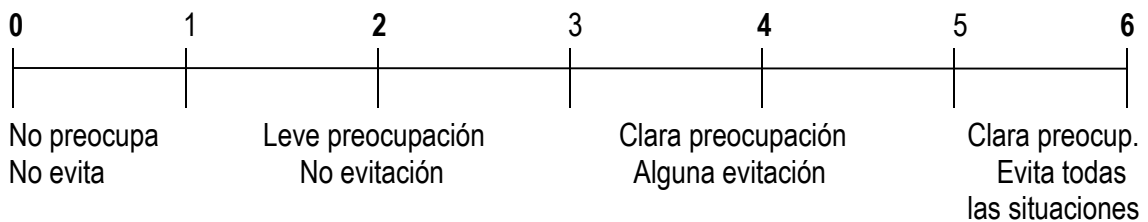


(11) INGESTA O COMIDAS SOCIALES

Valora el grado de preocupación acerca de lo que la persona considera ingesta normal, en comparación con las cantidades de comida de los demás (p. ej., familia) y si esto ha llevado a una evitación de comidas sociales.
Si la posibilidad de comer con otras personas no se ha presentado, puntúa con un 9.

- * Durante estas 4 últimas semanas, ¿te ha preocupado que otras personas te vieran comer?
- * ¿Has evitado por ello tales situaciones?

Puntuación (Escala B)



(12) COMIENDO EN SECRETO

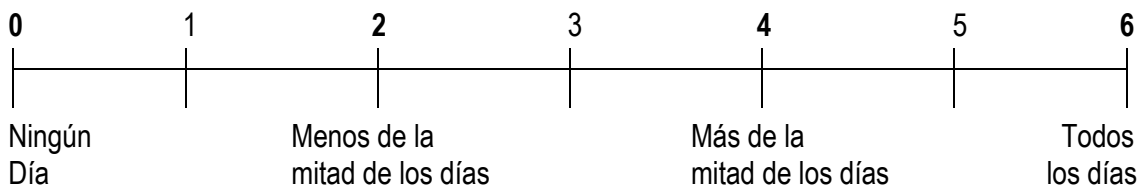
Evalúa el número de días en los cuales ha habido, por lo menos, un episodio de "ingesta en secreto", que hace referencia a comidas que se hacen de forma furtiva y que la persona desea ocultar.

La evitación de comidas ante terceros debe ser evaluada bajo el epígrafe de "Ingesta o comidas sociales (apartado 11).

Puntúa con un 9 si no se ha presentado la ocasión

- * Durante estas 4 últimas semanas, **¿has comido en secreto?**
- * **¿Cuántos días ha ocurrido esto en este último mes?**

Puntuación (Escala A)



(13) CULPABILIDAD ACERCA DE LA COMIDA

Valora la proporción de tiempo en el cual la persona tiene sentimientos de culpabilidad después de haber comido.

Estos sentimientos de culpabilidad deben de estar relacionados con las consecuencias sobre la silueta, el peso o la estructura corporal.

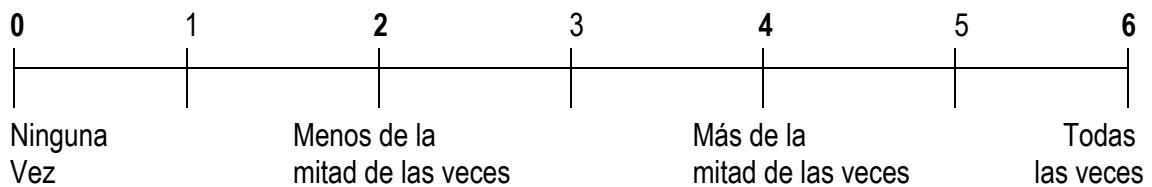
No tener en cuenta los episodios bulímicos objetivos, pero considerar otros episodios de sobreingesta.

Diferenciar culpabilidad de remordimiento.

La valoración se basa en las ocasiones (no en el número de días).

- * Durante estas 4 últimas semanas, **¿en alguna ocasión te has sentido culpable después de comer?**
- * **¿Qué proporción de veces te has sentido culpable por lo que habías comido?**
- * **¿Por qué?**

Puntuación (Escala C)



(14) VÓMITO AUTOINDUCIDO

Evalúa, por un lado, el número de días en los cuales ha habido uno o más episodios de vómito autoinducido como conducta relacionada con la silueta o figura, el peso o la complexión corporal.

Valora también el número de episodios de vómitos autoinducidos.

- * Durante estas 4 últimas semanas, **¿has vomitado en alguna ocasión?, ¿tal vez es una forma de controlar tu silueta o peso?, ¿cuántos días ha pasado en el último mes?**
- * **¿Cuántas veces has vomitado durante las últimas 4 semanas?**
- * **¿Y en el mes anterior?**
- * **¿Y hace dos meses?**

Puntuación:

Mes 1:

Nº de días _____

Nº de episodios _____

Mes 2:

Nº de episodios del mes _____

Mes 3:

Nº de episodios del mes _____

(15) ABUSO DE LAXANTES

*Valorar el número de días en los cuales la persona toma laxantes como una medida de control de la silueta, el peso o la complexión corporal.
Evaluar también el número de episodios individuales, de abuso de laxantes.
Valorar el número promedio de laxantes tomados en cada ocasión.
Anotar el tipo de laxante tomado*

- * Durante estas 4 últimas semanas, **¿has tomado laxantes?**
- * **¿Por qué razón o razones?**
- * **¿Tiene que ver con tu silueta, peso o complexión corporal?**
- * **¿Cuántos días has tomado laxantes en estas 4 semanas?**
- * **¿Cuántos laxantes tomabas en cada ocasión?**
- * **¿Qué tipo de laxante?**
- * **¿Cuántas veces al día tomaste laxantes durante el mes anterior?**

Puntuación:

Mes 1:

Nº de días _____
Nº de episodios _____
Promedio de laxantes tomados por ocasión _____
Tipo de laxante _____

Mes 2:

Nº de episodios del mes _____

Mes 3:

Nº de episodios del mes _____

(16) ABUSO DE DIURÉTICOS

Valorar el número de días en los cuales la persona toma diuréticos como una medida de control de la silueta, el peso o la complexión corporal.

Evaluar el número de episodios individuales de abuso de diuréticos.

Evaluar el número de diuréticos tomados en cada ocasión.

- * Durante estas 4 últimas semanas, ¿has tomado diuréticos?
- * ¿Por qué razón o razones?
- * ¿Tiene algo que ver con tu silueta, peso o complexión corporal?
- * ¿Cuántos días has tomado diuréticos en estas 4 semanas?
- * ¿Cuántos diuréticos tomabas en cada ocasión?
- * ¿Cómo se llama el diurético que utilizas?
- * ¿Cuántas veces al día tomaste diuréticos durante el mes anterior?

Puntuación:

Mes 1:

Nº de días _____

Nº de episodios _____

Promedio de diuréticos tomados por ocasión _____

Tipo de diurético _____

Mes 2:

Nº de episodios del mes _____

Mes 3:

Nº de episodios del mes _____

(17) EJERCICIO INTENSO PARA CONTROLAR SILUETA O PESO

Valorar el número de días en los cuales la persona se ha dedicado a realizar ejercicio excesivo predominantemente destinado a quemar calorías o modificar la figura, peso o complexión corporal.

Evaluar el promedio o proporción de tiempo (en minutos) por día que invierte en este tipo de ejercicio.

Anotar el tipo o clase de ejercicio realizado

- * Durante estas 4 últimas semanas, **¿has realizado ejercicio físico de algún tipo?**
- * **Descríbeme qué haces en una sesión de ejercicio.** (Valorar si es intenso).
- * **¿Tiene algo que ver con un deseo de modificar tu silueta o con el deseo de eliminar grasas o quemar calorías?**
- * **¿Cuántos días durante esta última semana has realizado este tipo de ejercicio?**
- * **¿Cuánto tiempo dedicas a hacer ejercicio físico en una sesión?**

Puntuación:

Mes 1:

Nº de días _____

Total de tiempo dedicado _____

Tipo de ejercicio físico _____

Mes 2:

Nº de días _____

Mes 3:

Nº de días _____

(18) ABSTINENCIA DE CONDUCTAS EXTREMAS DE CONTROL DEL PESO

(Saltar si no ha habido conductas extremas de control de peso)

Hay que puntuar el nº de semanas consecutivo, en los últimos 3 meses libre de todas y cada una de las 5 conductas extremas de control de peso: ayuno, vómito autoinducido, abuso de laxantes, abuso de diuréticos y ejercicio excesivo.

- * Durante los últimos 3 meses, ¿ha habido algún período de 2 semanas o más en el cuál no hayas comido NADA durante 8 horas (ayunado)?
- * ¿Ha habido algún período de 2 semanas o más en el cuál no hayas vomitado intencionadamente?
- * ¿Ha habido algún período de 2 semanas o más en el cuál no hayas tomado laxantes?
- * ¿Ha habido algún período de 2 semanas o más en el cuál no hayas tomado diuréticos?
- * ¿Ha habido algún período de 2 semanas o más en el cuál no hayas realizado ejercicio físico?

Puntuación

9 si no quiere responder

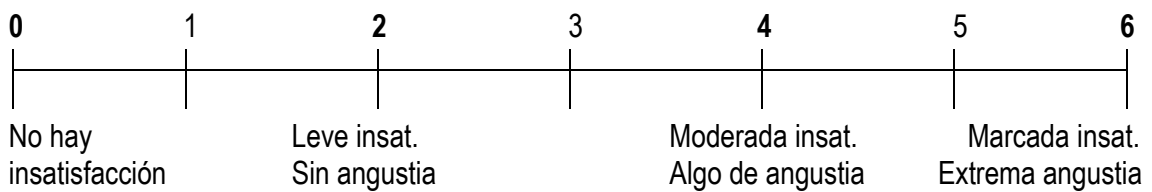
Nº de semanas consecutivas en los 3 meses ____

(19) INSATISFACCIÓN O MALESTAR CON EL PESO

En este apartado tan sólo se evalúa aquel tipo de insatisfacción en relación con el peso que tenga que ver con considerarlo demasiado elevado y la presencia de angustia

- * Durante estas 4 últimas semanas, ¿has estado insatisfecho/a por tu peso?
- * ¿Has llegado a estar tan insatisfecho/a que te has sentido infeliz o desgraciado/a?

Puntuación (Escala del Entrevistador)

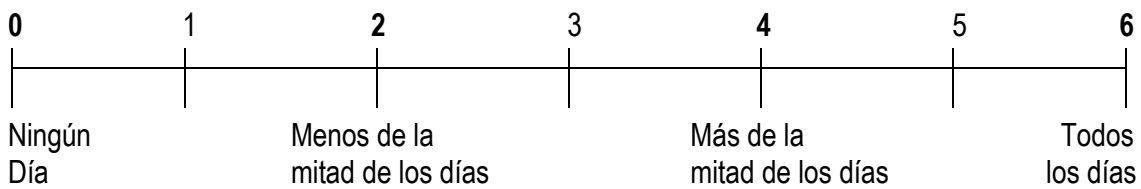


(20) DESEO DE PERDER PESO

Evaluar el número de días en los cuales ha habido un fuerte deseo de perder peso.

- * Durante estas 4 últimas semanas, **¿has deseado perder peso?**
- * **¿Has sentido un fuerte deseo de perder peso?**
- * **¿Cuántos días en el último mes has sentido ese fuerte deseo?**

Puntuación (Escala A)



(21) PESO DESEADO

- * ¿Qué peso te gustaría tener?

Puntuación

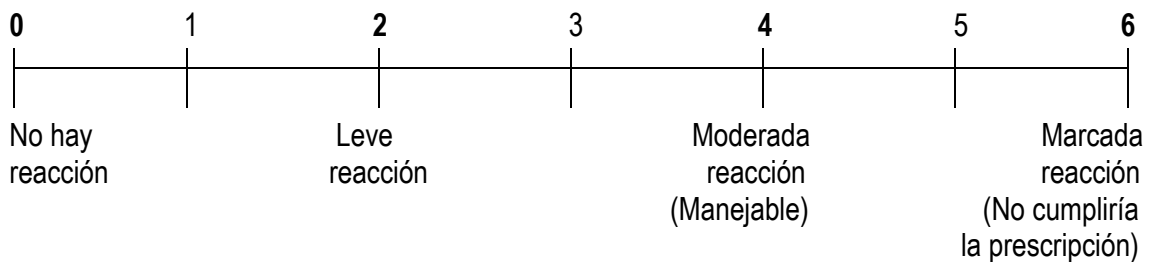
Peso deseado (en kilogramos)

(22) REACCIÓN HACIA EL PESO PRESCRITO

*Se valora la fuerza o intensidad hacia el peso médicamente recomendable o prescrito y su reacción. Comprobar si afectaría a otros aspectos de su vida.
No indicar al sujeto los términos "leve", "moderado" o "marcado".*

- * ¿Cómo te sentirías si fueras invitado/a a pesarte una vez cada semana en las próximas cuatro semanas?
- * ¿Cómo te sentirías si se te prescribiera aumentar de peso hasta alcanzar el correcto?

Puntuación (Escala A)

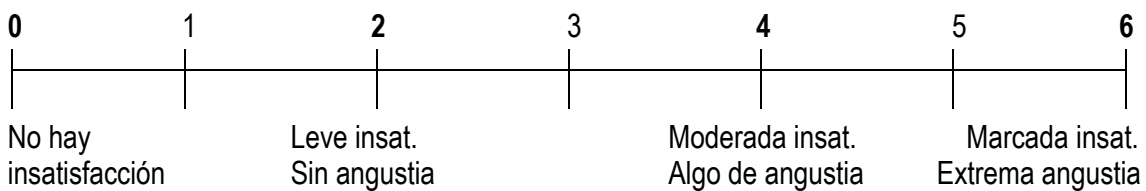


(23) INSATISFACCIÓN O MALESTAR CON LA SILUETA

*Se evalúa la insatisfacción con la silueta, no con el tono muscular y la presencia o no de angustia.
No indicar al sujeto los términos "leve", "moderado" o "marcado".*

- * Durante estas 4 últimas semanas, **¿te has sentido insatisfecho/a con tu silueta o figura?** (no con el tono muscular)
- * **¿Ha llegado a ocurrir que esta insatisfacción te hiciera sentir infeliz?**

Puntuación (Escala del Entrevistador)

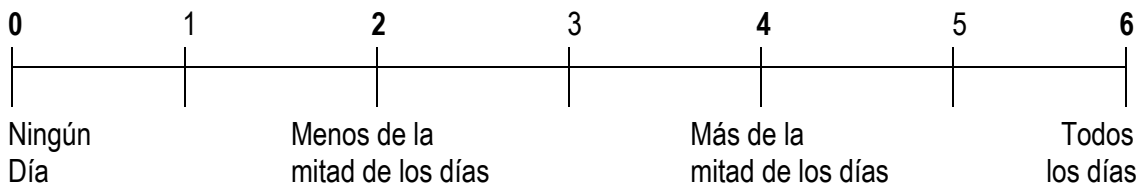


(24) PREOCUPACIÓN POR LA SILUETA O PESO

Se valora si la concentración está afectada debido a la presencia de pensamientos intrusos y molestos que hagan referencia a la silueta o peso y que han llegado a interferir en actividades de la persona

- * Durante estas 4 últimas semanas, ¿has invertido mucho tiempo en pensar en tu silueta o peso?
- * ¿Este tipo de pensamientos ha interferido en tu capacidad de concentración?
- * También ha llegado a interferir en tu capacidad de concentración en cosas que te interesan, como por ejemplo, leer, ver TV o mantener una conversación

Puntuación (Escala A)



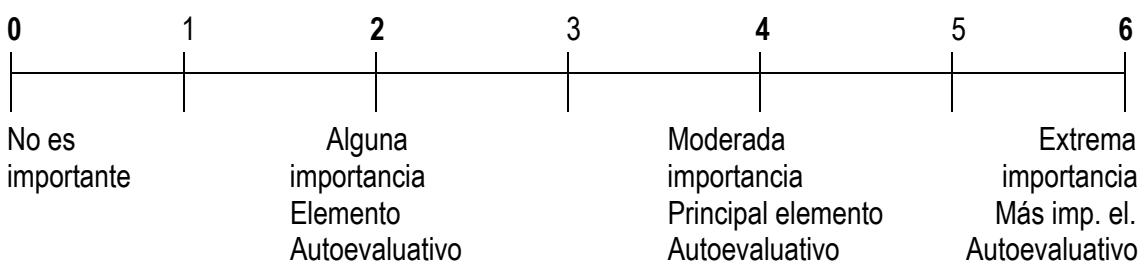
(25) IMPORTANCIA DE LA SILUETA

*Se valora el grado de importancia que la persona proporciona a su silueta corporal y también, la posición que ésta tiene en su escala de autovaloración.
La puntuación debe representar el promedio de todo el mes.
No se deberán indicar a la persona entrevistada los términos “alguna”, “moderada” o “extrema”.*

- * Durante estas últimas 4 semanas, **¿ha llegado a ser tan importante tu silueta como para influir en cómo te valoras a ti mismo/a como persona?**
- * **Si piensas en las cosas que influyen en cómo te valoras como personas, tales como tu funcionamiento en el trabajo, ser padre/madre, tu matrimonio, cómo te desenvuelves con la gente, y tuvieras que colocarlas por orden de importancia, ¿qué puesto ocuparía tu figura o silueta?**
- * **Si durante estar 4 semanas, tu figura o silueta hubiera cambiado en algún aspecto, ¿podrías haber afectado en cómo te ves o te valoras a ti mismo/a?**
- * **¿Es importante para ti que tu figura no cambie?**

- * **Preguntar por los 3 meses:**
 - Mes 1
 - Mes 2
 - Mes 3

Puntuación (Escala del Entrevistador)



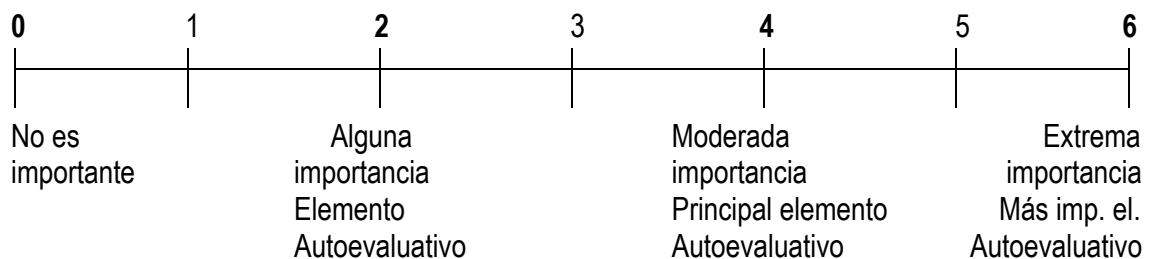
(26) IMPORTANCIA DEL PESO

*Se evalúa el grado de importancia que la persona confiere al peso (actual o deseado) y el lugar que éste ocupa en la escala de autovaloración.
La puntuación debe representar el promedio de todo el mes.*

- * Durante estas últimas 4 semanas, **¿ha llegado a ser tan importante tu peso como para influir en cómo te valoras a ti mismo/a como persona?**
- * **Si piensas en las cosas que influyen en cómo te valoras como personas, tales como tu funcionamiento en el trabajo, ser padre/madre, tu matrimonio, cómo te desenvuelves con la gente, y tuvieras que colocarlas por orden de importancia, ¿qué puesto ocuparía tu peso?**
- * **Si durante estar 4 semanas, tu peso hubiera cambiado en algún aspecto, ¿podrías haber afectado en cómo te ves o te valoras a ti mismo/a?**
- * **¿Es importante para ti que tu peso no cambie?**

- * **Preguntar por los 3 meses:**
 - Mes 1
 - Mes 2
 - Mes 3

Puntuación (Escala del Entrevistador)

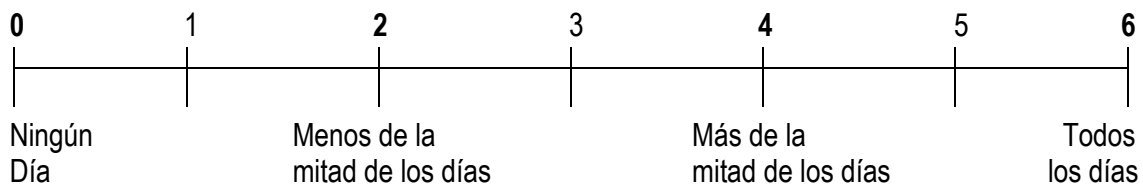


(27) MIEDO A GANAR PESO

Se valora el número de días en los que la persona haya tenido un claro miedo a aumentar de peso.

- * En las cuatro semanas anteriores, **¿has sentido verdadero miedo a aumentar de peso o engordarte?**
- * **Preguntar por los 3 meses:**
 - Mes 1
 - Mes 2
 - Mes 3

Puntuación (Escala A)

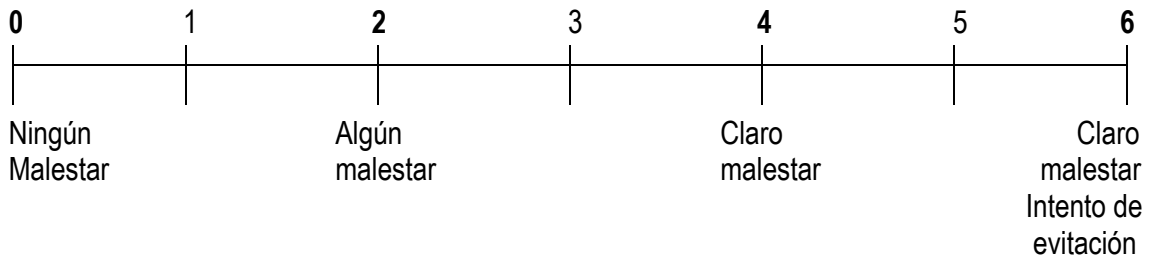


(28) MALESTAR ANTE EL PROPIO CUERPO

Se valora el malestar ocasionado por la susceptibilidad de la persona hacia la apariencia total de su silueta o figura sin que este malestar proceda de una susceptibilidad hacia aspectos específicos de la apariencia o por modestia.

- * En estas últimas 4 semanas, **¿te has sentido incómodo/a con tu cuerpo, por ejemplo, ante un espejo, al verte reflejado/a en un escaparate, mientras te desvestías o mientras te dabas un baño o una ducha?**
- * **¿Has evitado ver tu cuerpo? ¿Por qué razón o razones?**

Puntuación (Escala D)



(29) EVITACIÓN DE LA EXPOSICIÓN

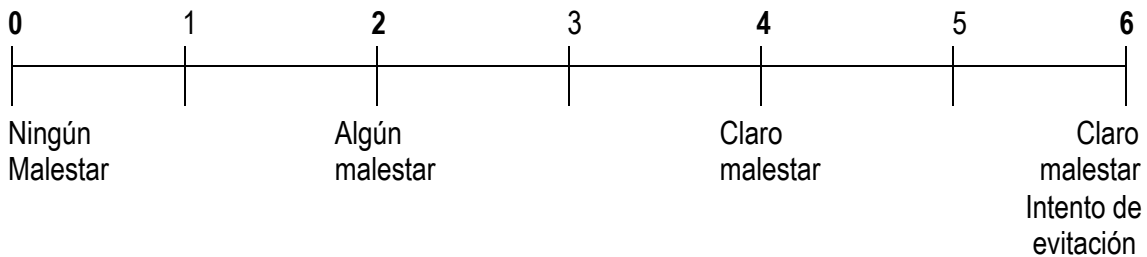
Se evalúa si la persona evita situaciones en las que otros pudieran ver o valorar su cuerpo o figura.

Esta evitación debe estar ocasionada por la incomodidad o malestar que el propio cuerpo produce a la persona, malestar ocasionado por su apariencia corporal total

- * En estas últimas 4 semanas, ¿te has sentido incómodo/a cuando otras personas veían tu cuerpo, por ejemplo, en un vestuario, cuando te duchabas o cuando cierto tipo de ropa marcaban tu figura?
- * ¿Te has sentido incómodo/a cuando tu pareja o amigos han visto tu cuerpo?
- * ¿Has evitado semejantes situaciones? ¿Por qué motivo o motivos?

Puntuación (Escala D)

9 si no se ha dado la posibilidad de exposición



(30) SENTIMIENTOS DE GORDURA

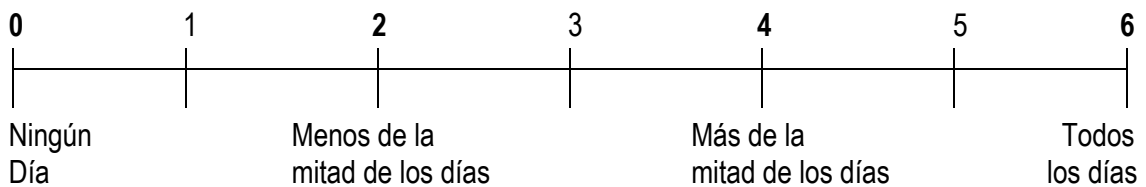
Se evalúa el número de días en los cuales la persona se ha “sentido gorda”, aceptando el uso de esta expresión.

Distinguir entre sentimiento de gordura y sensación de hinchazón premenstrual, a no ser que esta última se experimente como sentimiento de gordura.

- * En las cuatro semanas anteriores, **¿te has sentido gordo/a?**
- * **¿Cuántos días has sentido esa sensación en el último mes?**

- * **Preguntar por los 3 meses:**
 - Mes 1
 - Mes 2
 - Mes 3

Puntuación (Escala A)

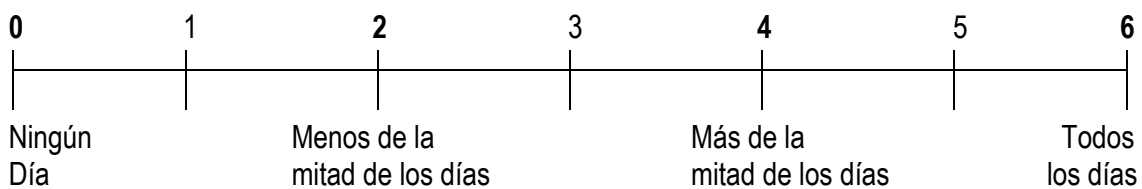


(31) ESTÓMAGO O VIENTRE LISO

Se valora el número de días en los que la persona ha tenido un claro deseo de tener el vientre liso o cóncavo.

- * En las cuatro semanas anteriores, ¿ha tenido claros deseos de tener el vientre liso?
- * ¿Cuántos días, en el último mes, has tenido este deseo?

Puntuación (Escala A)



(32) PESO Y ALTURA

Deben ser medidos el peso y la altura de la persona.

- * **Peso en Kg.** _____
- * **Altura en cm.** _____

(33) MANTENIENDO EL BAJO PESO

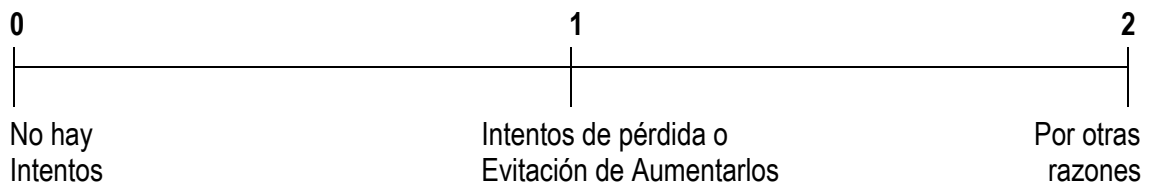
(Saltar si el sujeto no tiene infrapeso o peso bajo)

- * Durante los últimos 3 meses, ¿has intentado perder peso?
- * Si no, ¿has intentado no aumentar de peso?
- * ¿Por qué motivo o motivos?

Puntuación (Escala Entrevistador)

9 si no quiere responder

2 si intenta perder peso o evita aumentarlo por otras razones que no sean el mantenimiento de la silueta



(34) MENSTRUACIÓN

Evalúa el número de episodios menstruales sobre los tres últimos ciclos menstruales esperados.

- * Durante los últimos 3 meses, ¿has dejado de tener algún período menstrual?
- * ¿Cuántos períodos has tenido?
- * ¿Has tomado algún anticonceptivo oral (píldora)?

Puntuación

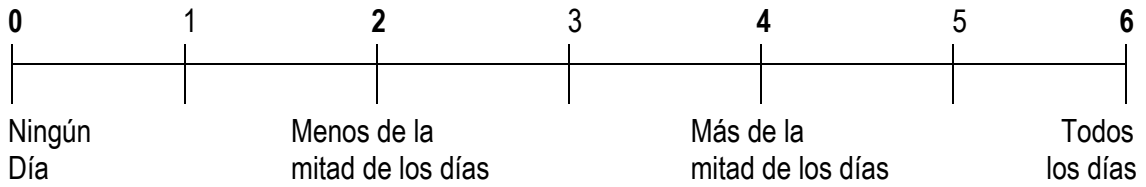
7 si toma anticonceptivos orales o no es sexualmente madura

Nº de Períodos menstruales en los últimos 3 meses _____

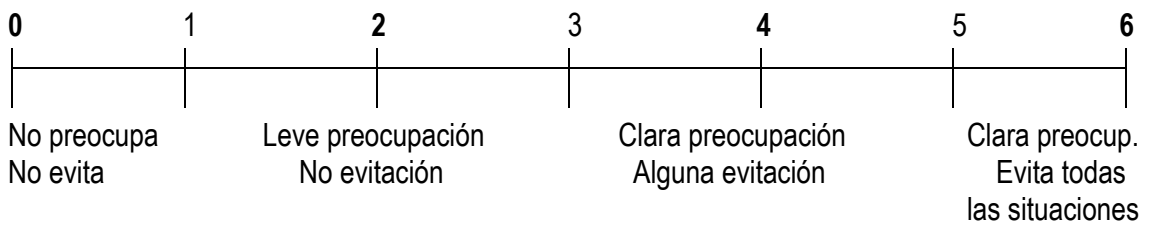
FIN DE LA ENTREVISTA

ESCALAS DE RESPUESTAS

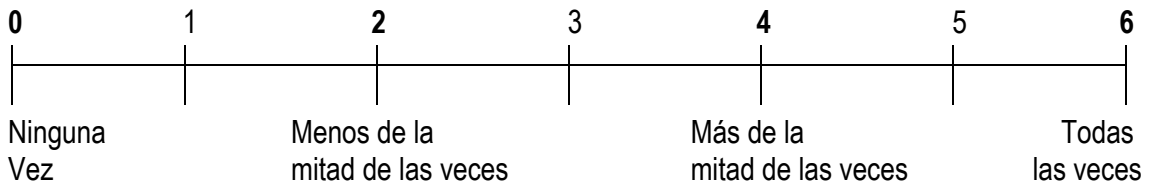
Escala A



Escala B



Escala C



Escala D

