

Llama la atención la disminución de la prevalencia con el aumento de la edad en varones. Este hecho quizás nos está orientando hacia la idea de que tanto los adolescentes varones como las chicas están preocupados por su imagen, relacionando esta imagen corporal con la alimentación, las dietas, el ejercicio físico, etc, pero, en concreto, en el caso de los varones estas preocupaciones, que en ciertos períodos de edad se pueden convertir en síntomas, no llegan a convertirse en factores ansiógenos cuando los chicos crecen, o puede darse el caso que estas ideas ni tan siquiera aparezcan. Posiblemente porque la imagen corporal deseada por chicos y chicas difiere en varios aspectos. Los modelos estéticos con los que nos bombardea la publicidad actualmente, en el caso de las mujeres orientan hacia un cuerpo extremadamente delgado, mientras que los modelos masculinos tienen una corpulencia y unas medidas que quedan muy lejanas a los modelos caquéticos femeninos. Este planteamiento podía ser una de las razones de la disminución e incluso inexistencia de prevalencia de trastorno alimentario en la muestra de chicos, como se señala en la mayor parte de investigaciones. Pese a esto existe alguna investigación que indica un aumento de preocupación por los temas alimentarios en varones a medida que aumenta la edad. En esta línea, Heatherton y col. (1995) realizaron un estudio sobre la evolución entre 1982 y 1992 de las conductas alimentarias durante la transición de la juventud-adolescencia al inicio de la vida adulta en una muestra norteamericana. Utilizando el EDI y un inventario de síntomas alimentarios desarrollado por ellos mismos, encontraron que había habido un cambio sustancial en cuanto a las actitudes alimentarias tanto en chicos como en chicas. En general, había un decremento de todos los síntomas, pero por ejemplo el decremento de las conductas bulímicas era más importante en mujeres que en hombres. Y también aunque las mujeres parecían preocuparse menos por la delgadez, en los hombres existía un moderado incremento. De todas formas, este incremento puede tener diferentes explicaciones. Los investigadores señalan que la muestra masculina tuvo un aumento de peso importante, mientras que las mujeres se mantenían en general. Este hecho puede ser la causa del aumento de la preocupación por su figura aunque no por ello aumentaban la práctica de dietas. Y este hecho corroboraría lo anteriormente expuesto, ya que aunque los hombres lleguen a preocuparse, este síntoma no va acompañado de ningún otro rasgo clínico que nos oriente a situarlos en un grupo de riesgo. Nuestros datos evidenciaban una disminución de la importancia del factor dieta del

EAT en los chicos a medida que estos crecían, mientras que en las chicas aumentaba. Esto significa que la preocupación por las dietas y todas las conductas relacionadas con ello es una variable con una gran capacidad predictiva de trastorno o de riesgo alimentario en las mujeres, mientras que en los varones esta capacidad va decreciendo con la edad.

Por otro lado, es interesante resaltar el elevado decremento que sufrió la prevalencia en chicas de 14 años respecto a los porcentajes obtenidos en los 13. Aunque poco explicado por la diferencia de sólo un año, esto puede sugerir que los 13 años podría ser una edad de gran preocupación y alto riesgo para el desarrollo de síntomas alimentarios. A su vez, a la edad de 18 la prevalencia de conductas a riesgo de trastorno alimentario volvió a aumentar. La causa de este incremento podría relacionarse con los modelos estéticos que la publicidad y los medios de comunicación se encargan de promocionar. Si antes hablábamos de los cánones de belleza masculinos, en el caso de la silueta femenina, está orientada hacia un cuerpo extremadamente delgado al límite de la caquexia. Y quizás sean el inicio de la pubertad y la entrada al período adulto, los períodos en los que existe una mayor vulnerabilidad a intentar cumplir con la estética vigente. Sobre este tema, el estudio de Heatherton y col. (1997) muestra que para las mujeres la insatisfacción por su figura, la dieta y los síntomas alimentarios en general disminuyen a los 25-30 años respecto a los 16-19 años. Los porcentajes de diagnóstico de trastorno alimentario decaen más de la mitad, y la prevalencia de episodios bulímicos y conductas purgativas también disminuyen de forma importante, siendo estos resultados similares a los detectados por estudios como el de Collings y King (1994) y Norring y Sohlberg (1993).

Todos estos estudios sugieren que la madurez en la vida adulta va acompañada de cambios simultáneos en la vida personal, social y laboral de la persona. Existen evidencias de los múltiples cambios vitales que la etapa adulta comporta. El período de transición del final de la adolescencia a la madurez está marcado por la búsqueda de autonomía de los padres, búsqueda de trabajo, cambios en el estado civil, la maternidad, etc. Todos estas metas pueden ser la causa del alejamiento de la influencia social que enfatizaba la delgadez. La influencia de los estándares físicos que hasta el momento eran tan importantes

pasarían a un segundo plano ayudando a la mayor parte de las mujeres a escapar de las dietas estrictas y de las pautas alimentarias anómalas.

4.3.2. INCIDENCIA Y PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGIA ALIMENTARIA.

Aunque la pérdida de la muestra ha afectado los índices de incidencia y persistencia, la incidencia de sujetos con sintomatología de riesgo en sus conductas alimentarias indica que cada año aparecen casos nuevos, y que en su mayoría son mujeres. Entre los 13 y 14 años aparece un 2.2% de casos nuevos entre las mujeres, entre los 13 y los 18 años 7% y entre los 14 y 18 años es cuando la incidencia es mayor (8.3%). Estos resultados corroboran los datos de otros estudios (Hoek, 1991; Toro y col., 1989; Raich y col., 1991; Eagles y col., 1995). Basándose en el diagnóstico y no en conductas de riesgo, desde 1980 muchos estudios han investigado los posibles cambios en la incidencia de la anorexia y la bulimia, utilizando diferentes criterios que podrían dificultar las comparaciones, ya que algunos sólo tienen en cuenta las admisiones en el hospital u otros los contactos con los servicios de Psiquiatría. Isenschmid (1997) estima que la incidencia anual de bulimia (2-5%) es superior a la de anorexia nerviosa (0.2%-1%).

Eagles y col. (1995) intentaron determinar si había existido un incremento de la incidencia de anorexia nerviosa entre la población femenina de Escocia desde 1960, y observaron que en 27 años la media anual de incremento era del 5.3%, porcentaje estadísticamente significativo. Williams (1987) estudió de 1972 a 1981 todas las primeras admisiones psiquiátricas en hospitales de Inglaterra y observó un aumento de asistencias a mujeres de 10 a 24 años por problemas alimentarios. Este período de edad es similar al detectado por Lucas (1996) que realizó una investigación en Minnesota valorando los diagnósticos realizados en la fase 1935-1984. Los datos evidenciaban el incremento de los desórdenes de la conducta alimentaria en mujeres de 15 a 24 años. En 1992, en Dinamarca se llevó a cabo un análisis similar en el período 1970-1989 también en población psiquiátrica, observándose el aumento de diagnóstico de estas patologías en mujeres de 15-24 años (Pagsberg y Wang, 1994). Sin embargo, a pesar de que muchos estudios mencionan el incremento de la anorexia nerviosa como si fuera un hecho establecido (Garner, 1993), hay investigadores que creen que se trata de un hecho

ilusorio. Por ejemplo, Nielsen (1990) valoró los diagnósticos alimentarios realizados en población danesa entre 1973 y 1987, y concluyó que el aumento no era significativo. Respecto a este tema, Lucas (1992) sugirió que el incremento podía deberse a que en décadas anteriores la enfermedad anoréxica o bulímica no era detectada en el inicio del cuadro o no recibía atención médica, o era diagnosticada con otra etiqueta. Heatherton y col. (1997) en su estudio también observaron un decremento en los trastornos de la conducta alimentaria al observar que el porcentaje de prevalencia de 7.3% había disminuido a 2.9 % diez años después en la misma población femenina norteamericana. De todas formas, si bien parece ser que en otros países ha disminuido la tendencia, debemos tener en cuenta el factor edad, ya que, por ejemplo, en el último estudio citado la valoración se realizó cuando la muestra tenía una edad media de 25-30 años, que es una edad donde está comprobado que disminuye la prevalencia de estas psicopatologías. Además, debemos tener en cuenta que la proliferación de información también puede estar influyendo. Desde hace unos años desde diferentes medios de comunicación como la radio, televisión y revistas se realizan advertencias públicas sobre el peligro que supone para la salud las patologías alimentarias. Incluso en algunos países como Estados Unidos se han promocionado últimamente los días de No-Dieta intentando que tuvieran carácter internacional. Numerosos programas dentro y fuera de nuestro país tratan acerca de estos temas, y todos los medios de comunicación se hicieron eco de los problemas de alimentación de princesas británicas e incluso de futuras reinas de países nórdicos. Esta información puede haber contribuido al aumento de la conciencia social sobre las potenciales consecuencias de los episodios bulímicos, las dietas estrictas, la persecución de un cuerpo esbelto, los laxantes, etc. En contrapartida, se ha promocionado la alimentación sana y el ejercicio regular, y los expertos en nutrición han comenzado a enfatizar el comer mejor por encima de las dietas hipocalóricas. De tal forma, que en general, se puede decir que los mensajes socioculturales han comenzado a cambiar, aunque probablemente como ha ocurrido en otros aspectos, nuestra sociedad va en la retaguardia y le cuesta percibir la urgente necesidad de metamorfosear algunos aspectos de nuestras costumbres alimentarias. Como muestra, la excesiva proliferación de establecimientos de comida rápida y productos pre-cocinados en nuestras tiendas, mientras que en otros países se están dirigiendo los esfuerzos para introducir la dieta mediterránea en sus hábitos alimentarios.

Por otra parte, en el porcentaje de persistencia ocurre algo similar a los otros datos. El porcentaje de mujeres con sintomatología alimentaria a los 13 años y cuyas conductas persistían a los 14 es del 3.9%. Si comparamos este dato con la persistencia obtenida en los chicos de los 14 a los 15 años (0.6%) se observa que es mayor el número de mujeres que hombres con rasgos de cronicidad en las conductas alimentarias alteradas. Este concepto de "cronicidad" es un factor determinante para el riesgo de desarrollar una patología alimentaria y padecer problemas de tipo nutricional.

También hemos detectado que un 4% de las mujeres (2 casos) presentaban una continuidad en sus actitudes alimentarias patológicas a los 13, 14 y 18 años, es decir, en las tres valoraciones realizadas. Hemos comprobado que de estos dos casos, una de ellas posee diagnóstico de trastorno en la conducta alimentaria a los 18 años, como se cita en el apartado 3.4.2.2.. Esta continuidad en las conductas a riesgo podría provenir de diferentes explicaciones clínicas. Difícilmente podemos hablar de persistencia debido a la existencia de un período en el que no se realizó seguimiento y, por tanto, no es posible saber si estas conductas se han mantenido o si se extinguieron y posteriormente ha habido una recurrencia de la clínica alimentaria. Pero es importante señalar que la adolescente con diagnóstico presentaba sintomatología alimentaria, mayor inestabilidad emocional, una baja autoestima y niveles de ansiedad elevados durante las diferentes fases del estudio, perfil que no cumplía la adolescente sin riesgo a pesar de obtener un EAT muy elevado.

Todos estos datos son alarmantes si reflexionamos en el hecho de que, según las investigaciones, de cada 100 personas, casi 10 corren el riesgo de padecer una enfermedad que en el 10% de los casos es mortal, y que a pesar de los avances en psicofarmacología y en fisiología no se conoce un tratamiento específico sino que más bien es sintomático, sumado a que en un porcentaje amplísimo es un estado que tiende a la cronicidad.

4.4. PREVALENCIA DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Nuestros resultados sobre la prevalencia del diagnóstico alimentario corroboran los de otros estudios, ya que hemos obtenido un porcentaje de diagnóstico en población general, alarmantemente elevado (5.2%), siendo mayor el diagnóstico de anorexia y anorexia atípica que el de bulimia. Todos los casos son mujeres y los porcentajes son similares a los detectados por otros autores (Pagsber y Wang, 1994; Garfinkel y col., 1995; Fisher y col., 1995; Stein y col., 1997).

Sin embargo, otros estudios apuntan que, a pesar de que la anorexia ha aumentado alarmantemente su prevalencia en los últimos años, también es muy rápido el incremento de la bulimia nerviosa. Por ejemplo, Pope y col. (1984) en su estudio en una población adolescente general, concluyó que el 15% satisfacía los criterios del DSM-III para el diagnóstico de una alteración en el comportamiento alimentario; un 7% de las chicas presentaban criterios de anorexia y el 10.3% síntomas bulímicos. Más recientemente, en un estudio realizado con 538 estudiantes universitarios se concluía que el 0.4% presentaba un cuadro subclínico de anorexia, más bajo que el nuestro que es de 1.3% (anorexia nerviosa atípica), y un porcentaje más elevado presentaba bulimia (3.8%) (Tury y col., 1994). También un estudio australiano realizado con 3869 mujeres de 28 a 90 años detectó un porcentaje más elevado de bulimia que de anorexia (1.8% bulimia, 0.4% anorexia) (Wade y col., 1996). La diferencia de edad de este estudio respecto al de Reus explicaría la variación en el porcentaje de prevalencia, ya que la bulimia se da en edades más avanzadas.

4.5. CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS Y PSICOPATOLOGICAS ASOCIADAS A LA PATOLOGIA ALIMENTARIA.

Muchos clínicos se han interesado por detectar unas características psicológicas y de personalidad propias de los individuos con trastorno en la ingesta que confirmen empíricamente la existencia una personalidad premórbida de anorexia y bulimia. Pero no solamente se han estudiado las características de estos dos trastornos. Si diferentes estudios apoyan la existencia de una morbilidad psiquiátrica concomitante con las alteraciones alimentarias, es razonable suponer que los sujetos con riesgo también pueden presentar una alta prevalencia de síntomas psicológicos y psicopatológicos asociados.

En este estudio, a través de las pruebas psicológicas se ha podido comprobar que los adolescentes con actitudes alimentarias alteradas tienen mayor sintomatología depresiva y nivel de ansiedad y su autoestima es más baja. Además los chicos muestran más introversión y menos empatía (psicoticismo alto) y las chicas mayor neuroticismo y conducta antisocial que los sujetos asintomáticos. Cabe señalar que estas características destacan principalmente en las chicas a partir de los 14 años. Estas conclusiones son similares a las de otras investigaciones (Hood y col., 1982; Gershon y col., 1989; Ledoux y col., 1991; Halmi y col., 1991; Mora y Raich, 1993a; Fisher y col., 1995). Por ejemplo, Fisher observó que las chicas con alta puntuación en EAT tenían una menor autoestima, alta ansiedad y más conductas de riesgo para la salud. También Buddeberg y col. (1996) comprobaron que el grupo de mujeres con sintomatología alimentaria tenía más síntomas depresivos, con más ideación suicida e incluso intentos autolíticos, así como una mayor sensibilidad interpersonal y ansiedad social que el resto de la muestra que estaba compuesta por 1944 sujetos de 14 a 19 años (115 mujeres y 829 varones). A las mismas conclusiones llega un estudio realizado en una muestra de anoréxicas barcelonesas (Fernández y col., 1996) detectando una baja autoestima, niveles de depresión elevados y ansiedad social con insatisfacción por sus relaciones interpersonales. Fairburn y col. (1997) estudió un grupo de 102 sujetos con bulimia nerviosa y 204 controles, para detectar cuáles eran los principales factores de riesgo, y entre sus deducciones, señaló que una baja

autoestima era un factor de riesgo. En nuestro análisis transversal a los 18 años, la baja autoestima se ha configurado como un factor explicativo importante de la sintomatología alimentaria.

Además, en base a los resultados, aunque los niveles de ansiedad son más elevados en el grupo a riesgo, siempre son mayores en el sexo femenino. Esto corrobora los resultados de estudios en los que las chicas obtenían puntuaciones más altas que los chicos en el State-Trait Anxiety Inventory (Kasahani y Orvaschel, 1988; Douglas y Rice, 1979; Buddeberg y col., 1996). Nuestros datos indican que las chicas a riesgo tienen una ansiedad más acusada que los chicos a riesgo, mientras que los síntomas de depresión son más acusados en los varones con sintomatología alimentaria. Respecto a esto y con los datos de asociación transversal, nos podemos plantear si la ansiedad o la depresión forman parte de la etiología o son una consecuencia de un comportamiento alimentario alterado. Ledoux y col. (1991) confirmaron en su estudio que los adolescentes con síntomas de alteraciones en la ingesta son más depresivos que el grupo sin síntomas, pero no pudo comprobar si el estado depresivo era causa o consecuencia de la anorexia y bulimia. Nuestros resultados transversales apoyan la idea que la sintomatología depresiva puede actuar como un factor de riesgo de patología alimentaria, ya que el análisis de regresión muestra la significativa capacidad explicativa de síntomas y diagnóstico alimentario a los 18 años de esta variable. Mientras que el análisis longitudinal evidencia que, si bien la depresión es una característica asociada, es la ansiedad, en concreto a la edad de 13 años, la mejor predictora de diagnóstico alimentario a los 18 años.

En referencia a la relación entre hábitos tóxicos y riesgo de trastorno alimentario, aunque los datos no son significativos, hemos encontrado el grupo patológico un consumo más elevado de alcohol, pero no de tabaco. Es, por tanto, una relación con otra conducta oral patológica pero no con hábitos tóxicos en general. Sobre este aspecto, también es importante señalar que el único diagnóstico de abuso de sustancias tóxicas que hemos realizado es comórbide con la anorexia nerviosa.

Antes ya se ha mencionado que la preocupación acerca de los temas relacionados con la alimentación aumenta a medida que aumenta la edad en la etapa adolescente. Quizás este hecho está relacionado con el aumento en las puntuaciones del cuestionario de depresión comparando los dos años iniciales del estudio de actitudes alimentarias. Los chicos y chicas a riesgo presentan mayor sintomatología depresiva a los 14-15 años. También se relacionaría con las altas puntuaciones en el cuestionario de depresión BDI administrado a los 18 años. De todas formas, aunque el análisis multivariado a nivel transversal señala, como antes hemos comentado, que una alta puntuación en este cuestionario es un buen factor explicativo de patología alimentaria, la sintomatología depresiva precoz no ha sido capaz de ser una buena predictora ni de síntomas ni de diagnóstico posterior. Wertheim y col. (1992) indicaron que la depresión y la baja autoestima estaban implicadas en el desarrollo de este tipo de trastornos, y que incluso estudios de médicos dietistas habían asociado estas variables con la práctica de dietas restrictivas. Similares hallazgos a los de nuestro estudio señalan Buddeberg y col. (1996) al investigar la capacidad predictiva de riesgo alimentario de seis variables: somatizaciones, síntomas obsesivo-compulsivos, sensibilidad interpersonal, la depresión, ansiedad y los trastorno fóbicos, concluyendo que de estas variables dos contribuían significativamente a la puntuación total del EAT: la depresión y la sensibilidad interpersonal. Nuestros datos indican que la baja autoestima explica más variabilidad del EAT a los 18 años en chicos que en chicas y está asociada a los síntomas alimentarios. El análisis multivariado longitudinal pone en evidencia que un baja autoestima a edades precoces en varones a los 14 años está asociada una mayor sintomatología alimentaria a los 18 años, pero no predice el diagnóstico alimentario.

Por otro lado, los cambios físicos que se producen en el período puberal producen en el adolescente una gran ansiedad, sobre todo para las chicas (Coleman, 1987; Newell y col., 1990; Rumpel y Harris, 1994), que se perciben con demasiado peso, mientras que los chicos creen estar delgados. De esta forma, serían las alteraciones físicas la fuente de ansiedad, y de ahí puede derivarse la adopción de toda una serie de actitudes de ingesta anómalas. Leon y col. (1993) a partir de los resultados de su estudio con 937 adolescentes de la escuela superior manifestaron que la insatisfacción hacia las medidas de su cuerpo y un humor

depresivo era un factor predisponente para desarrollar un trastorno alimentario. Estas conclusiones son idénticas a las que llegó Cooper y col. (1997) en su estudio también realizado con adolescentes. McCarthy (1990) opina que las similitudes entre la epidemiología de la depresión y la de los trastornos alimentarios no es una mera coincidencia. Un factor que podría promover ambos tipos de trastornos es la persecución del ideal estético. En esta línea, nosotros estimamos que los niveles de ansiedad y síntomas de depresión están más relacionados con actitudes y conductas alimentarias de los varones dirigidas a lograr un cuerpo corpulento y en las chicas conseguir un cuerpo esbelto, para seguir el modelo estético que ahora se promueve. El no lograr cumplir con estas normas sociales influirá directamente en la autoestima, como antes se ha indicado, es menor en el grupo con patrones alimentarios anómalos. Desprecian sus medidas corporales, que no cumplen el ideal estético, y ello les hace sentirse depresivos y/o ansiosos. Respecto a las medidas corporales, que se discuten en el apartado siguiente, la talla, el peso y el IQ son las variables con mayor poder predictor de todas las evaluadas en cuanto a la puntuación del EAT. La baja talla se relaciona con las conductas alteradas y también con el diagnóstico.

No se han detectado diferencias entre los acontecimientos vitales vivenciados por los adolescentes con y sin sintomatología, pero sí ha sido posible comprobar que el grado de estrés generado por estos eventos vitales evaluados a los 18 años era más importante en los patológicos que en los asintomáticos. Algunos estudios consideran que el estrés experimentado por acontecimientos vitales graves, como el alcoholismo y/o abuso de sustancias de los padres y abusos sexuales, en las mujeres pueden ser factores precursores de trastornos alimentarios (Rosen y col., 1993; Mintz y col., 1995; Meyer, 1997). Los adolescentes de nuestro estudio no han referido situaciones de estas características, y el alcoholismo paterno sólo se ha detectado en el 1.5% de la muestra.

Acercas de las características de personalidad, nuestros resultados indican mayor neuroticismo e introversión en adolescentes con alteraciones en su conducta alimentaria en los dos sexos a los 13 y 14 años las chicas y a los 14 y 15 años los chicos. Datos similares aportaron Garner y col. (1980), al administrar el EPQ-A a un grupo de anoréxicas, obesas y chicas normales, y encontrar que las anoréxicas

eran más inestables emocionalmente y más introvertidas que el grupo de obesas. Nuestros datos, además, indican que los rasgos de neuroticismo, psicoticismo e introversión que presentan los chicos, y el carácter introvertido de las chicas a la edad de 14 años, son factores predictivos importantes de patología alimentaria a los 18 años.

Kennedy y col. (1995) realizaron un estudio de los trastornos de personalidad en pacientes con anorexia y bulimia, encontrando un alta comorbilidad con estos cuadros psicopatológicos. En nuestra investigación no se ha podido comprobar la existencia de comorbilidad del diagnóstico alimentario con estas alteraciones, pero sí con otros trastornos, ya que la entrevista SCAN no realiza el diagnóstico de trastorno de la personalidad. Recientes estudios han asociado la anorexia y la bulimia con la depresión, los trastornos de ansiedad y el trastorno compulsivo (Fornari y col., 1992; Kennedy y col., 1994; Bushnell y col., 1994; Thiel y col., 1995a) corroborándose los resultados de comorbilidad obtenidos en nuestro estudio. Otras publicaciones (Deckelmam y col., 1997) han relacionado la esquizofrenia con la bulimia pero en nuestro trabajo no ha sido posible realizar esta asociación .

Todos los datos mencionados remarcan que no sólo los cuadros clínicos de trastornos alimentarios tienen comorbilidad psiquiátrica sino que también los cuadros subclínicos o los sujetos con actitudes alteradas hacia la ingesta presentan unas características psicopatológicas asociadas. Sin embargo, generalmente parece ser que las mujeres presentan una mayor tendencia a esta comorbilidad. Quizás este fenómeno pudiera ser explicado en parte por el hecho de que las jóvenes están más abiertas y predispuestas a informar sobre sus síntomas, sean psicológicos o físicos, que los hombres. Además también puede ser que los varones informen menos porque están menos estigmatizados que las mujeres en el caso que su cuerpo no cumpla los cánones de belleza, con lo que su estrés por este tipo de temas estará más reducido y tendrán una mayor higiene mental.

4.6. VARIABLES ANTROPOMETRICAS Y SOCIODEMOGRAFICAS.

Las adolescentes jóvenes (13 y 14 años) con alteraciones en su comportamiento alimentario son de menor estatura, mayor peso y más corpulentas que las chicas sin sintomatología, aunque los datos no tengan siempre significación estadística. A los 18 años casi no se observan diferencias entre los dos grupos, aunque la talla se presenta como un factor explicativo del total del EAT. Así mismo, al analizar la capacidad predictiva de estas variables se ha comprobado que las características de menor estatura, mayor peso y mayor corpulencia a edades muy precoces (10 años) son predictoras del total del EAT a los 18 años, y que el hecho de ser bajo/a a los 14 años sería el factor con mayor poder predictivo para el diagnóstico a los 18 años. Diferentes autores han expuesto que el hecho de ser más bajas y más corpulentas influye en su autoestima que, como puede observarse en nuestros datos de las características psicológicas, es notablemente menor que la autoestima de los sujetos sin anomalías en su conducta alimentaria. De hecho, la obesidad o sobrepeso es un factor facilitador de la anorexia nerviosa (Toro y Vilardell, 1987). Cuando la persona es corpulenta y se percibe con kilos de más, ello le predispone a que inicie una serie de actuaciones con la finalidad de perder peso. Por tanto, una baja talla y un índice de Quettelet elevado podrían ser considerados como factores predisponentes para el desarrollo de un trastorno anoréxico o bulímico. Estos resultados y los nuestros son similares a los obtenidos por Wertheim y col. (1992), que al estudiar los predictores psicosociales de patología alimentaria concluyeron que la talla baja se relacionaba con el inicio de una dieta restrictiva, y ésta a su vez era un buen predictor de conductas anómalas.

A los 14 y 15 años los varones a riesgo de nuestro estudio tienen un peso y una corpulencia más elevados que el grupo no vulnerable a patología, aunque no existan diferencias significativas. Debido a ello pueden estar más preocupados en hacer ejercicio como se observa en los ítems del EAT, aunque esto no implique riesgo de desarrollar anorexia o bulimia nerviosas. No obstante, al analizar el factor dieta, discutido en el apartado 4.2.3., en el que está incluida la práctica de ejercicio se observaba que a medida que los chicos tenían más edad, esta variable era menos significativa, mientras que en el caso de las chicas era al revés.

Respecto a las variables sociodemográficas no se han encontrado resultados significativos, pero debemos tener en cuenta que el número de diagnósticos alimentarios realizados es pequeño. De todas formas nuestros datos son similares a los de otros estudios (Rogers y col., 1997) en los que se ha observado que si bien existe cierta relación entre el nivel socioeconómico y la práctica de dieta y otras conductas asociadas a los trastornos alimentarios, las variables sociodemográficas no pueden señalarse como un factor de riesgo significativo.

Algo similar ocurre con los antecedentes psicopatológicos familiares. En nuestra investigación no se ha podido comprobar una mayor asociación de esta variable con la sintomatología alimentaria. Estos datos corroboran las conclusiones de un reciente estudio de Pantano y col. (1997), que señalan que la historia patológica familiar no puede entenderse como la responsable de los trastornos alimentarios, pero sí puede ser un agravante cuando éstos se han desarrollado. De todas formas, el tamaño de la muestra con diagnóstico es pequeño y la información sobre los problemas psicopatológicos en la familia no es muy fiable, ya que está obtenido de la información de los propios adolescentes entrevistados.

Por otro lado, parece ser que un factor de riesgo de psicopatología sería una pobre comunicación con los padres y el trabajo de la madre fuera del ámbito familiar podría sugerir mayor riesgo alimentario, aunque de nuevo señalamos el escaso número de diagnósticos.



5. CONCLUSIONES

Tras el análisis de los resultados de esta investigación se puede concluir que:

1.- El cuestionario EAT tiene una alta fiabilidad ($\alpha = 0.75$ a 0.98) especialmente a partir de los 14 años. A los 18 años se recomienda el punto de corte 25 para el cribado de las conductas a riesgo de trastorno alimentario en población general, ya que es el que ofrece mayor sensibilidad y especificidad.

2.- Existe un alto porcentaje, a lo largo de la adolescencia, de conductas y actitudes relacionadas con la ingesta que se consideran a riesgo de desarrollar un trastorno alimentario. Estas prevalencias son mayores en el sexo femenino, en el cual el mayor riesgo se observa a la edad de 13 años (12.4%), siendo a los 14 de un 4.9% y a los 18 años de un 9.3%.

3.- En mujeres la incidencia de sintomatología alimentaria de 2.2% en el período 13-14 años, del 7 % entre los 13-18 años y 8.3% de los 14 a los 18 años, indica que cada año aparece un número notable de casos nuevos.

4.- El índice de persistencia en el sexo femenino (3.9% en el período 13-14 años y del 4% de los 13 a los 18 años) refleja la cronicidad de los síntomas de algunas adolescentes configurándose como un grupo de mayor vulnerabilidad a desarrollar anorexia y bulimia nerviosas.

5.- Las puntuaciones del "Eating Attitudes Test", obtenidas al aumentar la edad, muestran en las adolescentes un importante incremento en el comportamiento de restricción alimentaria (factor dieta).

6.- En las mujeres se ha estimado una prevalencia de trastorno de la conducta alimentaria del 5.2% según la CIE-10 y del 2.6% según DSM-III-R.

La anorexia nerviosa (CIE-10 = 2.6% y DSM-III-R = 0.6%) es más prevalente que la bulimia (1.3% y 0.6% respectivamente) según ambas clasificaciones.

7.- Se ha observado que los trastornos de la conducta alimentaria (8 casos) son comórbidos, principalmente, con los trastornos de ansiedad (50% de los casos con diagnóstico) y los trastornos depresivos (33.3%).

8.- La población a riesgo de trastorno alimentario presenta un patrón psicológico caracterizado por altos niveles de ansiedad, sintomatología depresiva, baja autoestima, y un mayor grado de estrés debido a la vivencia de acontecimientos vitales adversos.

9.- A los 14 años las mujeres con actitudes alimentarias alteradas presentan una mayor corpulencia y una talla más baja. A la misma edad, los varones tienen mayor peso y corpulencia.

10.- A los 18 años, en ambos sexos, la sintomatología depresiva se presenta como el único factor con capacidad explicativa de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria.

11.- Los niveles socioeconómico y educativo no están significativamente asociados con los trastornos alimentarios ni con las actitudes de riesgo en la ingesta, aunque una mejor comunicación con los padres podría señalarse como un factor protector.

12.- Las características antropométricas valoradas a lo largo de la adolescencia presentan la mayor capacidad predictora de sintomatología de trastorno alimentario a los 18 años. En las niñas el mayor peso y la menor talla en edades preadolescentes aumentan el riesgo de esta sintomatología.

También el riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (EAT) a los 18 años se relaciona con la misma sintomatología en edades precoces. En las niñas, mayores puntuaciones del EAT a los 14 años, y en los niños a los 15, predicen un mayor riesgo.

13.- Como predictores de diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria, el estudio longitudinal indica que una ansiedad elevada a los 13 años sería el mejor predictor.

En síntesis::

- Consideramos importante la detección precoz de comportamientos alimentarios anómalos con el fin de prevenir en la población adolescente este tipo de trastornos psicopatológicos. El ámbito de la Atención Primaria es un contexto idóneo para el cribado de estas alteraciones, siendo el EAT un cuestionario de fácil administración y corrección que puede ser utilizado por los profesionales de primaria, con unas buenas propiedades psicométricas y unos valores predictivos óptimos para aplicarlo en población general.

- Los programas de promoción y prevención de la salud deberían incluir en sus objetivos actividades relacionadas con el entrenamiento de estrategias para controlar la ansiedad y mejorar la autoestima, y sensibilizar a los profesionales de la salud, maestros, pedagogos, etc, en el tema de la educación dietética, instruyendo entre la población adolescente hábitos de vida sanos que contemplen estos aspectos mencionados.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DIAGNOSTICO Y SINTOMOLOGIA ALIMENTARIA EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES DE POBLACION
GENERAL CARACTERISTICAS Y FACTORES PREDICTORES
Gentzane Carbajo Areitiobiritxinaga
ISBN:/DL:T-344-2008

6.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ABRAHAM S. y BEUMONT P.J.V. (1982). Varieties of psychosexual experience in patients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 3: 10-19.

AFIFI A.A. y CLARK V. (1996). *Computer-aided multivariate analysis*. 3ª Ed. Chapman & Hall: London.

AGRAS W.S. (1987). *Eating Disorders. Management of Obesity, Bulimia and Anorexia Nervosa*. Pergamon: Elmsford, Nueva York.

ALLEN J.P., FERTIG J.B., TOWLE L.H., BRYANT K., ALTSHULER V.B., VRUBLEVSKY A.G. y VALENTIK Y.V. (1993). Structure and correlates of alcohol dependence in clinical samples in the United States and Russia. *Addiction*, 88: 1535-1543.

ALTABE M. y THOMPSON J.K. (1993). Body image changes during early adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 13: 323-328.

AMBROSINI P.J., METZ C., BIANCHI M.D., RABINOVICH H. y UNDE A. (1991). Concurrent validity and psychometric properties of the Beck Depression Inventory in outpatient adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30: 51-57.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3ª Ed, A.P.A.: Washington.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3ª Ed. rev.) A.P.A.: Washington.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV). A.P.A.: Washington.

ANDERSEN A.E. y DiDOMENICO L. (1992). Diet versus shape content of popular male and female magazines: a dose-response relationship to the incidence of eating disorders?. *International Journal of Eating Disorders*, 11: 283-287.

ANDERSON L., ZAGER K., HETZLER R.K., NAHIKIAN-NELMS M. y SYLER G. (1996). Comparison of Eating Disorder Inventory scores of male bodybuilders to the male college student subgroup. *International Journal of Sport Nutrition*, 6: 255-262.

ANDERSON L., SHAW J.M. y McCARGAR L. (1997). Physiological effects of bulimia nervosa on the gastrointestinal tract. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 11: 451-459.

APTER A., ABU-SHAH M., IANCU I., ABRAMOVITCH H., WEIZMAN A. y TYANO S. (1994). Cultural effects on eating attitudes in Israeli subpopulations and hospitalized anorexics. *Genetic Society General Psychology Monographic*, 120: 83-99.

ARCHINARD M., SCHERER U., REVERDIN N., ROUGET P. y ALLAZ A.F. (1995). Apprentissage de la danse et troubles alimentaires. *Schweiz Archives Neurological Psychiatry*, 145: 23-27.

- ARIAS M., VAZQUEZ-BARQUERO J.L., PEÑA C., MIRO J. y BERCIANO J. (1991). Aspects of multiple sclerosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83: 292-296.
- ARRUFAT T. (1995). *Adaptació del qüestionari d'autoestima "Culture-Free Self-esteem Inventory" (Forma AD) a població espanyola. Relació amb variables psicopatològiques i socials.* Tesis de Licenciatura. Universidad Rovira i Virgili. Tarragona.
- ASKEVOLD F. (1975). Measuring body image. Preliminary report in a new method. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26: 71-77.
- AYUSO GUTIERREZ J.L. y AYUSO MATEOS J.L. (1990). Actividad serotoninérgica y conducta alimentaria. *Anuales de Psiquiatría*, 6: 346-350.
- BARRERA M. y GARRISON-JONES C.V. (1988). Properties of the Beck Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16: 263-273.
- BASSOE H.H. (1990). Anorexia and bulimia nervosa: the development of anorexia nervosa and of mental symptoms. Treatment and the outcome of the disease. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplement 361, 82: 7-13.
- BATTLE J. (1981). *Culture-free Self-esteem Inventories for children and adults.* Special Child Publ: Seattle, WA.
- BATTLE J. (1988). Test-Retest Reliability of Battle's Anxiety Scale for Children. *Psychological Reports*, 63: 127-130.
- BATTLE J. (1992). *Culture-Free Self-esteem Inventories* (2nd ed) Pro-Ed: Austin T.X.
- BECK A.T., WARD C.H., MENDELSON M., MOCK J. y ERBAUGH J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4: 561-571.
- BERCK M., KESSA K., SZABO C.P. y BUTKOW N. (1997). The augmented platelet intracellular calcium response to serotonin in anorexia nervosa but not bulimia may be due to subsyndromal depression. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 1: 57-63.
- BERGER D., SAITO S., ONO Y., TEZUKA I., SHIRAHASE J., KUBOKI T. y SUEMATSU H. (1995). Dissociation and child abuse histories in an eating disorder cohort in Japan. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90: 274-280.
- BLAZER D.G., KESSLER R.C., MCGONABLE K.A. y SWARTZ M.S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 151: 979-986.
- BRAGE D. y MEREDITH W. (1993). A causal model of adolescent depression. *The Journal of Psychology*, 128: 455-468.
- BREWERTON T.D., LYDIARD B., HERZOG D.B., BROTMAN A.W., O'NEIL P.M. y BALLENGER J.C. (1995). Comorbidity of axis I psychiatric disorders in bulimia nervosa. *Journal Clinical of Psychiatry*, 56: 77-80.
- BRINCH M. y MANTHORPE T. (1987). Short stature as a possible etiological factor in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76: 328-332.
- BRUCH H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 24: 187-194.

- BUCHMAN A.L., AMENT M.E., WEINER M., KODNER A. y MAYER E.A. (1994). Reversal of megaduodenum and duodenal dysmotility associated with improvement in nutritional status in primary anorexia nervosa. *Diagnostical Dis. Science*, 39: 433-440.
- BUDEBERG B., BERNET R., SCHMID J. y BUDEBERG C. (1996). Relationship between disturbed eating behavior and other psychosomatic symptoms in adolescents. *Psychotherapy Psychosomatic*, 6, : 319-326.
- BUNNELL D.W., SHENKER I.R., NUSSBAUM M.P., JACOBSON M.S. y COOPER P. (1990). Subclinical versus formal eating disorders. Differentiating psychological features. *International Journal of Eating Disorders*, 9: 357-362.
- BURMAN M.A., KARNO M. y HOUGH R.L. (1983). The spanish diagnostic interview schedule: reliability and comparison with clinical diagnoses. *Archives of General Psychiatry*, 40: 720-726.
- BUSHNELL J.A., WELLS E., HORNBLow A.R., OAKLEY-BROWNE M.A. y JOYCE P. (1990). Prevalence of three bulimia syndromes in the general population. *Psychological Medicine*, 20: 671-680.
- BUSHNELL J.A., WELLS J.E., McKENZIE J.M., HORNBLow A.R., OAKLEY M.A. y JOYCE P.R. (1994). Bulimia comorbidity in the general population and in the clinic. *Psychological Medicine*, 24: 605-611.
- BUTTON E.J. y WHITEHOUSE A. (1980). Subclinical anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 11: 509-516.
- BUTTON E.(1990). Self-esteem in girls aged 11-12: Baseline findings from a planned prospective study of vulnerability to eating disorders. *Journal of Adolescence*, 13 : 407-413.
- CANALS J., BARCELO R, y DOMENECH E. (1990). Cuestionario de actitudes alimentarias EAT en una población de edad puberal. Resultados. *Revista de Psiquiatría Infantil*, 4: 265-268.
- CANALS J., MARTÍ-HENNENBERG C., FDEZ-BALLART J., CLIVILLÉ R. y DOMÈNECH E. (1992). Scores on the State-Trait Anxiety Inventory for children in a longitudinal study of pubertal spanish youth. *Psychological Reports*, 71: 503-512.
- CANALS J., MARTI C., FERNANDEZ J., y DOMENECH E. (1995). A longitudinal study of depression in an urban spanish pubertal population. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 4: 102-11.
- CANALS J., DOMENECH E., CARBAJO G. y BLADE J. (1997). Prevalence of DSM-III-R and ICD-10 psychiatric disorders in a spanish population of 18 years old. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96: 287-294.
- CANALS J, COLOMINA M.T., GALLART I. y DOMINGO J.L. (1997a). Stressful events and salivary cortisol. *Psychological Reports*, 80: 305-306.
- CANALS J., BLADE J., CARBAJO G. y DOMENECH E. (sometido). The Beck Depression Inventory: psychometrics characteristics and usefulness in non-clinical adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*.
- CANINO G.J., BIRD H.R.M. y SHROUT P.E. (1987). The Spanish DIS: realibility and concordance with clinical diagnoses in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 44: 720-726.

- CARLATT D.J., CAMARGO C.A. y HERZOG D.B. (1997). Eating disorders in males: a report on 135 patients. *American Journal of Psychiatry*, 154: 1127-1132.
- CARLSON T.P. (1986). Assessment of Depression. En *Handbook of Behavioral Assessment*, 2nd. Ed. Ciminero A.R., Calhoun K.S., Adams H.E.. John Wiley & Sons, Nueva York: 404-445.
- CARROLL J.M., TOUYZ S.W. y BEUMONT P.J. (1996). Specific comorbidity between bulimia nerviosa and personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 19: 159-170.
- CASH T.F. y BROWN T.A. (1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa. A review of the literature. *Behaviour Modification*, 11: 487-521.
- CASTRO J., TORO J., SALAMERO M. y GUIMERA E. (1991). The Eating Attitudes Test: validation of the spanish version. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment*, 7: 175-190.
- CHIPKEVITCH E. (1994). Brain tumors and anorexia nervosa syndrome. *Brain Development*, 16: 175-179.
- CHOUDRY I.Y. y MUMFORD D.B. (1992). A pilot study of eating disorders in Mirpur (Pakistan) using an urdu version of the Eating Attitudes Test. *International Journal of Eating Disorders*, 11: 243-251.
- CHUN Z.F. MITTCHELL J.E. y YU W.M. (1992). The prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa among freshman medical college students. *International Journal of Eating Disorders*, 12: 209-214.
- COLEMAN J.C. (1987). *Psicología de la adolescencia*. Ed. Morata: Madrid.
- COLLINGS S. y KING M. (1994). Ten-year-follow-up of 50 patients with bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 164:80-87.
- COOPER P.J. y TAYLOR M.J. (1988). Body image disturbance in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153, Suppl.2: 32-36.
- COOPER M., COHEN-TOVEE E., TODD G., WELLS A. y TOVEE M. (1997). The eating disorders belief questionnaire: preliminary development. *Behavioral Research Therapy*, 35, 4: 381-388.
- CORDERO A. y RAMOS J.A. (1987). La bulimia en el momento actual. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 15: 189-197.
- COSTELLO A.J., EDELBROCK C.S., DULCAN M., KALAS R. y KLARIC S. (1984). *Report to the National Institutes of Mental Health on the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children*. Maryland: NIMH. Bethesda.
- CRISP A.M., PALMER R. y KALUCY R.C. (1976). How common is anorexia nervosa? A prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 128: 549-552.
- CULLBERG J. y ENGSTRÖM-LINDBERG M. (1988). Prevalence and incidence of eating disorders in a suburban area. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78: 314-319.

- DaCOSTA M. y HALMI K.A. (1992). Classifications of anorexia nervosa: question of subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 11: 305-313.
- DALLY P.J. y GOMEZ J. (1979). *Anorexia Nervosa*. William Heinemann: Londres.
- DAVIS C. (1997). Eating disorders and hiperactivity: a psychobiological perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42: 168-175.
- DECKELMAN M.C., DIXON L.B. y CONLEY R.R. (1997). Comorbid bulimia nervosa and schizophrenia. *International Journal of Eating Disorders*, 22: 101-105.
- DETER H.C., HERZOG W. y MANZ R. (1994). Do patients with anorexia nervosa return to psychological health?. *Psychosomatic Medicine*, 40: 155-173.
- DETER H.C. y HERZOG W. (1994). Anorexia in a long-term perspective: results of the Heidelberg-Manheim study. *Psychosomatic Medicine*, 56: 20-27.
- DEVLIN M.J. y WALSH B.T. (1989). Eating disorders and depression. *Psychiatric Annals*, 19: 473-476.
- DOLAN B. (1991). Cross-cultural aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa: a review. *International Journal of Eating Disorders*, 10: 67-78.
- DOMENECH E. y POLAINO A. (1990). *Epidemiología de la depresión infantil*. Ed. Spaxs: Barcelona.
- DOMENECH MASSONS J.M. (1997). *Métodos estadísticos en Ciencias de la Salud*. Ed. Gráficas Signo: Barcelona.
- DONOVAN J.E., JESSOR R. y COSTA F.M. (1991). Adolescent health behavior and conventionality-unconventionality: an extension of problem behavior theory. *Health Psychology*, 10: 52-61.
- DOUGLAS J.D. y RICE K.M. (1979). Sex differences in children's anxiety and defensiveness measures. *Developmental Psychology*, 15: 223-224.
- DRISTSCHER B.H., WILLIAMS K. y COOPER P.J. (1991). Cognitive distortions amongst women experiencing bulimia episodes. *International Journal of Eating Disorders*, 10: 547-555.
- EAGLES J.M., JOHNSTON M., HUNTER D., LOBBAN M. y MILLAR H.R. (1995). Increasing incidence of anorexia nervosa in the female population of northeast Scotland. *American Journal of Psychiatry*, 152: 1266-1271.
- EATON W.W., KESSLER R.C., WITTCHEN H.U. y MAGGE W.J. (1994). Panic and panic disorder in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 151: 413-420.
- EDELROCK C. y COSTELLO A.J. (1988). "Structured psychiatric interviews for children and adolescents". En Rutter M., Tuma A.H. y Lan I.S. (Eds). *Assessment and Diagnosis in Child Psychopathology*, David Fulton Publishers: Londres.
- EISLER I. y SZMUCKLER G.I. (1985). Social class as a confounding variable in the Eating Attitudes Test. *Journal of Psychiatry*, 19: 171-176.
- ELKS M.L. (1994). On the genesis of anorexia nervosa. *Medical Hypotheses*, 42: 180-182.

- ELSTON T. y THOMAS J.B. (1985). Anorexia nervosa. *Care, health and development*, 11: 355-373.
- EVANS C. y DOLAN B. (1993). Body Shape Questionnaire: Derivation of shortened "alternate forms". *International Journal of Eating Disorders*, 13: 315-321.
- EYSENCK H.J. y EYSENCK S.B.G. (1984). *Cuestionario de personalidad para niños (EPQ-J) y adultos (EPQ-A)*. Ed. TEA: Madrid.
- EZPELETA L. (1990). "Entrevistas estructuradas para la evaluación de la Psicopatología infantil". *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment*, 6: 33-64.
- EZPELETA L. (1995). Las entrevistas estructuradas en el diagnóstico psicopatológico infantil. En Rodríguez Sacristán (Ed). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Tomo I. Universidad de Sevilla, Secretariado de Publicaciones: Sevilla.
- EZPELETA L., DE LA OSA N., J.M. DOMENECH, NAVARRO J.B. y LOSILLA J.M. (1995). La Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revisada (DICA-R): Acuerdo diagnóstico entre niños/adolescentes y sus padres. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 6: 153-164.
- FAIRBURN C.G. y BEGLIN S.J. (1990). Studies of epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 147: 401-408.
- FAIRBURN C.G., WELCH S.L., DOLL H.A., DAVIES B.A. y O'CONNOR M.E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa. *Archives General of Psychiatry*, 54: 509-517.
- FALK W.E. (1979). Disorders of eating and body weight. En LAZARE A. (Ed). *Outpatient Psychiatry. Diagnosis and Treatment*. Williams & Wilkins: Baltimore.
- FAMUYIWA O. (1988). Anorexia in two nigerians. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78: 550-554.
- FERNANDEZ F., TURON J.V., MENCHON J.M., VIDAL S., VALLEJO J. y PIFARRE J. (1996). Ansiedad social y dificultades interpersonales en la anorexia nerviosa. Consideraciones terapéuticas. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 23: 30-35.
- FICHTER M.M., DRASER C. y POSTPICHIL F. (1985). Anorexia syndrome in the male. *Journal of Psychiatric Research*, 19: 305-313.
- FISHER M, GOLDEN N., KATZMAN D., KREIPE R., REES J., SCHEBENDACH J., SIGMAN G., AMMERMAN S. y HOBBERMAN H. (1995). Eating disorders in adolescents: a background paper. *Journal of Adolescent Health*, 16: 420-437.
- FOLSTEIN M., WAKELING A. y DE SOUZA V. (1971). Analogue scale measurement of the symptoms of patients suffering from anorexia nervosa. En Vigersky R.A. (Ed). *Anorexia Nervosa*. Raven Press: Nueva York.
- FOMBONNE E. (1995). Anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 166: 462-471.
- FORNARI V., KAPLAN M., SANDBERG D.E., MATTHEWS M., SKOLNICK N. y KATZ J.L. (1992). Depressive and anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 12: 21-29.

FOSTER F.G. y KUPFER D.J. (1975). Anorexia nervosa : telemetric assessment of family interaction and hospital events. *Journal of Psychiatric Research*, 12: 19-35.

FRENCH S.A., PERRY Ch. L., LEON G.R. y FULKERSON J.A. (1995). Changes in psychological variables and health behaviors by dieting status over a three-year period in a cohort of adolescent females. *Journal of Adolescent Health*, 16: 438-447.

FRENCH S.A., STORY M., REMAFEDI G., RESNICK M. y BLUM R. (1996). Sexual orientation and prevalence of body dissatisfaction and eating disordered behaviors: a population-based study of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 19: 119-126.

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: 315-322.

FURHAM A. y BAGUMA P. (1994). Cross-cultural differences in the evaluation of male and female body shapes. *International Journal of Eating Disorders*, 15: 81-89.

GARFINKEL P.E. y GARNER D.M. (1982). *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*. Ed. Bruner-Mazel: Nueva York.

GARFINKEL P.E., LIN E., GOERING P., SPEGG C., GOLDBLOOM D.S., KENNEDY S., KAPLAN A.L. y WOODSIDE D.B. (1995). Bulimia nervosa in a canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 152: 1052-1058.

GARNER D.M. y GARFINKEL P. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9: 273-279.

GARNER D.M. y GARFINKEL P. (1980). Socio-cultural factors in 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 GARFINKEL P.E. (1981). Body image in anorexia nervosa. Measurement theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 11: 263-284.

GARNER D.M., OLMSTED M.P., BOHR Y. y GARFINKEL P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12: 871-878.

GARNER D.M., OLMSTED M.P. y POLIVY J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2: 15-33.

GARNER D.M. y OLMSTED M.P. (1984). *Eating Disorder Inventory*. Psychological Assessment Resources, Inc: Odessa, Fl.

GARNER D.M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet*, 341: 1635-1640.

GERSHON E.S., SCHREIBER J.L. y HAMOVIT J.R. (1989). Clinical findings in patients with anorexia and affective illness in their relatives. *American Journal of Psychiatry*, 141: 1419-1422.

- GIESEY G. y STRIEDER F.H. (1982). Attending of familiy issues in anorexia nervosa. En Gross M. (ed). *A Comprehensive approach*. Collamore Press: 81-89. Sexington.
- GLUCKSMAN M.L. y HRISCH J. (1969). The response of obese patients to weight reduction. The perceptions of body size. *Psychosomatic Medicine*, 31: 1-7.
- GOLDBERG S., HALMI K., ECKERT E., CASPER R.C., DAVIS J. y ROPER M. (1980). Attitudinal dimensions in anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 15 : 239-252.
- GOLDBERG D.P., COOPER B. y EATSWOOD M.R. (1970). A standardized psychiatric interview for use in community surveys. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 24: 18-23.
- GORMALLY J., BLACKS S., DASTON S. y RARDIN D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviours*, 7: 47-55.
- GRANGE D., TIBBS J. y NOAKES T.D. (1994). Implications of a diagnosis of anorexia nervosa in a ballet school. *International Journal of Eating Disorders*, 15: 369-376.
- GUREJE O., OBIKOYA B. y IKUESAN B.A. (1992). Alcohol abuse and dependence in an urban primary care clinic in Nigeria. *Drug and Alcohol Dependence*, 30: 163-167.
- GUREJE O., OBIKOYA B. y IKUESAN B.A. (1992a). Prevalence of specific psychiatric disorders in an urban primary care setting. *African Medicine Journal*, 69: 282-287.
- HALMI K.A., ECKERT E., MARCHI P., SAMPUGNARO V., APPLE R. y COHEN J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Archives General of Psychiatry*, 48: 712-718.
- HAMLETT K.W. y CURRY J.F. (1990). Anorexia nervosa in adolescents males: a review and case study. *Child Psychiatry and Human Development*, 21: 79-94.
- HEATHERTON T.F., NICHOLS P., MAHAMED I. y KEEL P.K. (1995). Body Weight, dieting and eating disorders symptoms among college students 1982 to 1992. *American Journal of Psychiatry*, 152: 1623-1629.
- HEATHERTON T.F., MAHAMED I., STRIEPE M., FIELD A.E. y KEEL P., (1997) . A 10-year longitudinal study of body weight, dieting and eating disorders symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 106: 117-125.
- HEAVY A., PARKER Y., BHAT A., CRISP A.W. y GOWERS S.G. (1989). Anorexia nervosa and marriage. *International Journal of Eating Disorders*, 8: 275-284.
- HENDERSON M. y FREEMAN C.P.L. (1987). A self-rating scale for bulimia: The BITE. *British Journal of Psychiatry*, 150: 18-24.
- HERJANIC B., HERJANIC M., BROWN F. Y WHEATT T. (1975). Are children reliable reporters?. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 3: 41-48.
- HERJANIC B. y REICH W. (1982). Development of a structured psychiatric interviews for children: agreement between child and parent an individual symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10: 307-324.

HERRERA R., AUTONELL J., SPAGNOLO E. y GISPERT R. (1990). Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat. *Informaciones Psiquiátricas*, 120: 111-130

HESSE-BIBER S. (1991). Women, weight and eating disorders. A socio-cultural and political-economic analysis. *Women's Studies International Forum*, 21: 79-94.

HINDLER C.G., CRISP A.H., McGUIGAN S. y JOUGHIN N. (1995). Anorexia nervosa: change over time in age onset, presentation and duration of illness. *Psychological Medicine*, 24: 719-729.

HODGES K. (1983, 1985, 1986, 1990). *The Child Assessment Schedule (CAS) Revised*". Unpublished manuscript, University of Missouri-Columbia, Department of Psychiatry, Columbia.

HODGES K., KLINE J., FICHT P., MCKNEW D. Y CYTRYN L. (1981), The Child Assessment Schedule: A diagnostic interview for research and clinical use. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 11.

HODGES R., KLINE J., STERN L., CYTRIN L. y MCKNEW D. (1982). The development of a child assessment interview for research and clinical use. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10: 173-189.

HODGES K., GORDON Y. y LENNON M.P. (1990). Parent-child agreement on symptoms assessed via a clinical research interview for children: The Children Assessment Schedule (CAS). *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 3: 31-42.

HOEK H.W. (1991). The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care. *Psychological Medicine*, 21: 455-460.

HOLLAND A.J., HALL A., MURRAY R., RUSSELL G.F. y CRISP A.H. (1984). Anorexia nervosa: a study of 34 twin pairs and one set of triplets. *British Journal of Psychiatry*, 145: 414-419.

HOLMES T.H. y RAHE R.H. (1967). The Social Readjustment Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11: 213-218.

HOOD J., MOOVE T.E. y GARNER D.M. (1982). Locus of control as a measure of ineffectiveness in anorexia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50: 3-13.

HORNE R.L., VAN VACTOR J.C. y EMERSON S. (1991). Disturber body image in patients with eating disorders. *American Journal Psychiatry*, 148: 221-215.

HSU L.K.G., HOLBEN B. y WEST S. (1992). Nutritional counseling in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 11: 55-62.

HUNT V.V. y WEBER M.E. (1960). Body image projective test. *Journal of Projective Techniques*, 24: 3-10.

HUON G.F. (1994). Dieting, binge eating and some of their correlates among secondary school girls. *International Journal of Eating Disorders*, 15: 159-164.

HURT S.W., BRUN-EBERENTZ A., COMMEFORD M.C., SAMUEL-LAJEUNESSE B. y HALMI K.A. (1997). A comparison of psychopathology in eating disorders patients from France and the United States. *International Journal of Eating Disorders*, 22: 153-158.

- IANCU I., SPIVAK B., RATZONI G., APTER A. y WEITZMAN A. (1994). The sociocultural theory in the development of anorexia nervosa. *Psychopathology*, 27: 29-36.
- ISENSCHMID B. y AEBI K. (1997). Eating disorders. *Therapy Umsch*, 54: 410-412.
- ISNARD-MUGNIER P., VILA G., NOLLET-CLEMENCON C., VERA L., RAULT G. y MOUREN-SIMEONI M.C. (1993). Etude contrôlée des conduites alimentaires et des manifestations émotionnelles dans une population d'adolescents obèses. *Archives Françaises Pédiatrie*, 50: 479-484.
- JESSOR R. (1993). Successful adolescent development among youth in high risk settings. *American Psychology*, 48: 117-126.
- JOHNSON-SABINE E., REISS D. y DAYSON D. (1992). Bulimia nervosa: a 5-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 22: 951-959.
- JOOS A. y STEINERT T. (1997). Comorbidity of schizophrenia and bulimic anorexia. *Nervenartz*, 68: 417-420.
- KASHANI J.H. y ORVASCHEL (1988). Anxiety disorders in mid-adolescence: a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 145: 960-964.
- KATZ J.L. (1987). Eating disorder and affective disorder: relatives or merely chance acquaintances?. *Compr. Psychiatry*, 28: 220-228.
- KEARNEY-COOKE A. y STRIEGEL-MOORE R.H. (1994). Treatment of childhood sexual abuse in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 15: 305-319.
- KELLETT J., TRIMBLE M. y THORLEY A. (1976). Anorexia nervosa after the menopause. *British Journal of Psychiatry*, 128: 555-558.
- KENDLER K.S., McLEAN C., NEALE M., KESSLER R., HEATH A. y EAVES L. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 148: 1627-1637.
- KENNEDY S.H., McKEY G. y KATZ R. (1990). Personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 24: 259-269.
- KENNEDY SH. (1995). Melatonin disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 16: 257-265.
- KENNEDY S.H., KAPLAN A.S., GARFINKEL P.E., ROCKERT W., TONER B. y ABBEY S.E. (1994). Depression in anorexia nervosa and bulimia nervosa: discriminating depressive symptoms and episodes. *Journal Psychosomatic Research*, 38: 773-782.
- KENNEDY S.H., KATZ R., ROCKERT W., MENDLOWITZ S., RALEVSKI E. & CLEWES J. (1995). Assessment of personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183: 358-364.
- KEY J.D. y KEY L.J. (1995). Calcium needs of adolescents. *Current Opinion Pediatric*, 6: 379-382.
- KILLEN JD., HAYWARD C., WILSON DM., TAYLOR CB., HAMMER LD., LITT I., SIMMONDS B. y HAYDEL F. (1994). Factors associated with eating disorder symptoms in a community sample of 6th and 7th grade girls. *International Journal of Eating Disorders*, 15: 357-367.

- KING M.B. (1989). Eating disorders in a general practice population: prevalence, characteristics and follow-up at 12 to 18 months. *Psychological Medicine Supplement*, 14.
- KOLLAI M., BONYHAY I., JOKKEL G. y SZONYI L. (1995). Cardiac vagal hiperactivity in adolescent anorexia nervosa. *European Heart Journal*, 15: 1113-1118.
- KOPP W. (1994). The incidence of sexual abuse in women with eating disorders. *Psychotherapy Psychosomatic Medical Psychology*, 44: 159-162.
- KOTLER L., KATZ L., ANYAN W. y COMITE F. (1994). Case study of the effects of prolonged and severe anorexia nervosa on bone mineral density. *International Journal of Eating Disorders*, 15: 395-399.
- KOVACS M. (1983). *The Children's Depression Inventory: a self rated depression scale for school-aged youngsters*. (Unpublished manuscript, University of Pittsburgh).
- KREIPE R.E., GOLDSTEIN B., DEKING D.E., TIPTON R. y KEMPSKI M.H. (1995). Heart rate power spectrum analysis of autonomic dysfunction in adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 16: 159-165.
- LANZI G., ROSSI G, BALOTTIN U., BRISONE G., CITTERIO A., LEONARDI G., MARTELLI T., SCELISA B., TEBALDI C. y ZAMBRINO C.A. (1997). Disturbi del comportamento alimentare. *Minerva Pediatrica*, 49: 249-260.
- LARRABURU I.S. (1986). Exposición de los nuevos modelos psicofisiológicos explicativos de la anorexia y bulimia nerviosas. Urgencia de una clasificación nosológica más apropiada de los trastornos de alimentación. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 13: 81-96.
- LAUNER M.A.(1978). Anorexia nervosa in late life. *British Journal of Medicine Psychology*, 51: 375-377.
- LAWRENCE CM. y THELEN MH. (1995). Body image, dieting and self-concept: their relation in african-american and caucasian children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24: 41-48.
- LEE S., LEE A.M., LEUNG T. y YU H. (1997). Psychometric properties of the Eating Disorders Inventory in a nonclinical chinese population in Hon Kong. *International Journal of Eating Disorders*, 21: 187-194.
- LEDOUX S., CHOQUET M. y FLAMENT M. (1991). Eating disorders among adolescents in a unselected french population. *International Journal of Eating Disorders*, 10: 81-89.
- LEICHNER P., ARNETT J., RALLO J., SRIKAMESEWARAN S. y VULCANO B. (1986). An epidemiologic study of maladaptive eating attitudes in canadian school age population. *International Journal of Eating Disorders*, 5: 969-982.
- LEON G.R., LUCAS A.R. y COLLIGAN R.C. (1985). Sexual, body-image and personality attitudes in anorexia nervosa. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2: 245-257.
- LEON G.R., PERRY C.L., MANGELSDORF C. y TELL G.J. (1989). Adolescent nutritional and psychological patterns and risk for the development of an eating disorders. *Journal of Youth and Adolescence*, 18: 273-282.

- LEON G.R., FULKERSON J.A., PERRY C.L. y CUDECK R. (1993). Personality and behavioral vulnerabilities associated with risk status of eating disorders in adolescents girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 102: 438-444.
- LESEM M.D., KAYE W.H., BISSETTE G., JIMERSON D.C. y NEMEROFF C.B. (1994). Cerebrospinal fluid TRH immunoreactivity in anorexia nervosa. *Biological Psychiatry*, 35: 48-53.
- LEWIS G., PELOSI A.J., ARAYA R. y DUNN G. (1992). Measuring psychiatric disorders in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. *Psychological Medicine*, 22: 465-487.
- LEWIS M. (1996). *Child and Adolescence Psychiatry: A comprehensive Text Book*. 2ª Edición. Ed. Williams & Wilkins: Baltimore.
- LILENFELD L.R., KAYE W.H., GREENO C.G., MERIKANGAS K.R., PLOTNICOV K., POLLICE C., RAO R., STROBER M., BULIK C.M. y NAGY L. (1997). Psychiatric disorders in women with bulimia nervosa and their first-degree relatives: effects of comorbid substance dependence. *International Journal of Eating Disorders*, 22: 243-264.
- LOBO A., PEREZ-ECHEVERRIA M.J. y ARTAL J. (1988). Psychiatric morbidity among medical out-patients in Spain: a case for new methods of classification. *Journal of Psychosomatic Research*, 32: 355-364.
- LOBO A., PEREZ ECHEVERRIA M.J., JIMENEZ A. y SANCHO M.A. (1988a). Emotional disturbances in endocrine patients: validity of the scaled version of the general health questionnaire (GHQ-28). *British Journal of Psychiatry*, 152: 807-812.
- LOPES C.S. (1994). Reliability of the brazilian version of the CIDI in a case-control study of risk factors for drug abuse among adults in Rio de Janeiro. *Bulletin of the Panamerican Health Organization*, 28: 34-41.
- LUCAS A.R. (1992). The eating disorders epidemic: more apparent than real ?. *Pediatric Annal*, 21: 746-751.
- LUCAS A.R. (1996). Anorexia nervosa and bulimia nervosa. En Lewis M. *Child and Adolescence Psychiatry: A Comprehensive Text Book*. 2ª Ed. Ed. Williams & Wilkins: Baltimore.
- MADRUGA D., ASTIZ I., SARRIA J., URIBARRI F. y JIMENEZ F. (1994). Concepto, epidemiología y etiopatogenia de la anorexia nerviosa. *Actualidad Nutricional*, 17: 3-12.
- MAGIAKOU M.A., MASTORAKOS G., WEBSTER E. y CHROUSOS G.P. (1997). The hypothalamic pituitary adrenal axis and the female reproductive system. *Annal New York Academy Science*, 17: 42-56.
- MALDONADO R. y LLAUGER M.A. (1995). Adolescencia y trastornos de la alimentación. *Atención Médica Continuada en Atención Primaria*, 2: 59-60.
- MALONEY M.J., McGUIRE J., DANIELS S.R. y SPECKER B. (1985). Dieting behavior and eating attitudes in children. *Pediatrics*, 48: 482-489.
- MANGWETH B., POPE H.G. y HUDSON J.I. (1995). Bulimia nervosa in two cultures: a comparison of austrian and american college students. *International Journal of Eating Disorders*, 17: 403-412.

MANGWETH B., POPE H.G., HUDSON J.I., OLIVARDIA R., KINZL J. y BIEBL W. (1997). Eating disorders in austrian men: an intracultural and crosscultural comparison study. *Psychotherapy Psychosomatic*, 66: 214-221.

MARTINEZ MALLÉN E., 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. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 20: 51-65.

McCARTHY M. (1990). The thing ideal, depression and eating disorders in women. *Behavioral Research Therapy*, 28: 205-215.

McGEE C. (1997). Secondary amenorrhea leading to osteoporosis: incidence and prevention. *Nurse Practice*, 22: 41-45.

MEADOWS G.N., PALMER R.L., NEWBALL E.U.M. y KENRICK J.M.T. (1986). Eating attitudes and disorder in young women: a general practice based surveys. *Psychological Medicine*, 16: 351-357.

MEYER D.F. (1997). Codependency as a mediator between stressful events and eating disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 53: 107-116.

MICHAUD C. y BAUDIER F. (1991). Habitudes et consommations alimentaires des adolescents français: synthèse d'enquetes récentes. *Archives Françaises Pédiatrie*, 48: 475-479.

MICHIELLI DW., DUNBAR CC. y KALINSKI MI. (1995). Is exercise indicated for the patient diagnosed as anorectic?. *Journal Psychosocial Nursery Mental Health Service*, 32: 33-35.

MINTZ L., KASHUBECK S. & TRACY L. (1995). Relations among parental alcoholism, eating disorders, and substance abuse in nonclinical college women: additional evidence against the uniformity myth. *Journal of Counseling Psychology*, 42: 65-70.

MITRANY E., LUBIN F., CHETRIT A. y MODAN B. (1995). Eating disorders among jewish female adolescents in Israel: a 5 years study. *Journal of Adolescent Health*, 16: 454-457.

MOLLER-MADSEN S.M. y NYSTRUP J. (1994). Increased incidence of anorexia nervosa in Denmark. *Ugesk-Laeger*, 30: 3291-3293.

MORA M. y RAICH R.M^a (1993). Restricción alimentaria y bulimia nerviosa: ¿un vínculo casual?. *Anales de Psicología*, 9: 69-84.

MORA M. y RAICH R.M^a (1993a). Diferentes formulaciones de la relación entre bulimia nerviosa y trastorno afectivo. *Revista de Psicología de la Salud*, 5: 93-121.

MORA M. y RAICH R.M^a. (1994). Bulimia nerviosa: Dificultades de delimitación diagnóstica. *Revista de Psicología de la Salud*, 6: 75-98.

MORA M. y RAICH R.M^a. (1994a). Contribución de los factores socioculturales y otras variables ambientales en la emergencia del trastorno bulímico. *Boletín de Psicología*, 45: 41-64.

MORA M. y RAICH R.M^a. (1994b). Epidemiología del síndrome bulímico: un análisis transcultural. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 28/29: 58-73.

- MORA M. y RAICH R.M^a. (1995). Pluralidad del síndrome bulímico: ¿Una entidad psicopatológica o varias?. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 36: 7-15.
- MORANDE G., CARRERA M. y RODRIGUEZ F. (1987). Trastornos de alimentación: estudio en población escolar. En Madruga A., Astiz I., Sarria J., Uribarri F. y Jimenez F. (1994). Concepto, Epidemiología y etiopatogenia de la anorexia nerviosa. *Actualidad Nutricional*, 17: 3-12.
- MORANDE G., BAYER C., CARRERA M. y RODRÍGUEZ-CANTO F. (1991). Anorexia nerviosa en adolescentes. Una aproximación clínica y terapéutica. *Psicopatología*, 11: 79-82.
- MUMFORD D.B., WHITEHOUSE A.M. y CHOUDRY I.Y. (1992). Survey of eating disorders in english-medium schools in Lahore, Pakistan. *International Journal of Eating Disorders*, 11: 173-184.
- MURCIANO D., RIGAUD D., PINGLETON S., ARMENGAUD M.H., MELCHIOR J.C. y AUBIER M. (1995). Diaphragmatic function in severely malnourished patients with anorexia nervosa. Effects of renutrition. *American Journal Respir. Crit. Care Medicine*, 150: 1569-1574.
- MURNEN S.K. y SMOLAK L. (1997). Feminity, masculinity and disordered eating. *International Journal of Eating Disorders*, 22: 231-242.
- MYNORS-WALLIS L., TREASURE J. y CHEE D. (1992). Life events and anorexia nervosa: differences between early and late onset cases. *International Journal of Eating Disorders*, 11: 369-375.
- NASSER M. (1986). The validity of the E.A.T. in a non-western population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73: 109-110.
- NASSER M. (1994). Screening for abnormal eating attitudes in a population of egyptian secondary-school girls. *Society of the Psychiatry and Epidemiology*, 29: 25-30.
- NEWELL K., HAMMING C., JURICH A. y JOHSON D. (1990). Self concept as a factor in the quality of diet of adolescent girls. *Adolescence*, 25: 117-130.
- 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.
- NORRING C. y SOHLBERG S. (1988). Eating Disorders Inventory in sweden: description, cross-cultural comparison and clinical utility. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78: 567-575.
- NORRING C.E. y SOHLBERG S.S. (1993). Outcome, recovery, relapse and mortality across six years in patients with clinical eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87: 437-444
- NYGAARD J.A. (1990). Anorexia nervosa treatment and triggerin factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement 361*, 82: 44-49.
- 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: 218-221.

- ORDEIG M.T. (1989). Actividades de riesgo para la anorexia nerviosa. *Revista Psiquiatría Facultad Medicina de Barcelona*, 16: 13-26.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento: CIE-10*. Ed. Meditor: Madrid.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (1992a). *Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. Schedule; user manual; glosario; training manual; computer programmes*. O.M.S. División de Salud Mental: Génova.
- ORTY M., YAGER J. y ROSSOTTO E. (1994). Childhood sexual, physical and psychological abuse in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 151: 1122-1126.
- PAGSBERG A.K. y WANG A.R.(1994). Epidemiology of anorexia nervosa and bulimia nervosa in Bornholm County, Denmark, 1970-1989. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90: 259-265.
- PALMER R., CHRISTIE M., CORDLE C., DAVIES D. y KENDICK J. (1987). The Clinical Eating Disorder Rating Instrument (CEDRI): a preliminary description. *International Journal of Eating Disorder*, 6: 9-16.
- PANTANO M., GRAVE R.D., OLIOSI M., BARTOCCI C., TODISCO P. y MARCHI S. (1997). Family backgrounds and eating disorders. *Psychopathology*, 30: 163-169.
- PATCHELL R.A., FELLOWS H.A. y HUMPHRIES LL. (1994). Neurologic complications of anorexia nervosa. *Acta Neurological Scandinavica*, 89: 111-116.
- 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 Child Psychology and Psychiatry*, 38: 299-306.
- PERPIÑA C. (1989). Hábitos alimentarios, peso e imagen corporal. *Revista Psiquiatría Facultad Medicina de Barcelona*, 16: 303-312.
- PHELPHS L.A. y BAJOREK E. (1991). Eating disorders of the adolescent: current issues in etiology, assessment and treatment. *School Psychology Review*, 20: 9-22.
- POPE H.J., HUDSON J.I. y YUNGERLUN-TODD J. (1984). Anorexia nervosa and bulimia among 300 suburban shoppers. *American Journal of Psychiatry*, 145: 292-294.
- 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: 87-91.
- RABOCH J. y FALTUS F. (1991). Sexuality of women with anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84: 9-11.
- RAICH R.M., DEUS J., MUÑOZ M.J., PÉREZ O. y REQUENA A. (1991). Estudio de las actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Revista Psiquiatría Facultad Medicina de Barcelona*, 18: 305-315.
- RAICH R.M., DEUS J., MUÑOZ M.J., PÉREZ O. y REQUENA A. (1991a). Evaluación de la preocupación por la figura en una muestra de adolescentes catalanas. *Revista Psiquiatría Facultad Medicina de Barcelona*, 18: 210-220.

- RAICH R.M., ROSEN J.C., DEUS J., PÉREZ O., REQUENA A. y GROSS J. (1992). Eating disorders symptoms among adolescents in the United States and Spain: a comparative study. *International Journal of Eating Disorders*, 11: 63-72.
- RAND C.S.W. y KULDAU J.M. (1992). Epidemiology of bulimia and symptoms in a general population: sex, age, race and socioeconomic status. *International Journal of Eating Disorders*, 11: 37-44.
- RASIC LACHENMEYER J. y MUNI-BRANDER P. (1988). Eating disorders in a non-clinical adolescent population. Implications for treatment. *Adolescence*, XXIII, 90: 303-312.
- RASTAM M., GILLBERG C. y GARTON M. (1989). Anorexia nervosa in a swedish urban region. A population-based study. *British Journal of Psychiatric*, 155: 642-646.
- RATHNER G. y MESSNER K. (1993). Detection of eating disorders in a small rural town: an epidemiological study. *Psychological Medicine*, 23: 175-184.
- REICH W. y WELNER Z. (1988). *DICA-R DSM-III-R Version*. St Louis, Missouri. Washigton University, Division of Child Psychiatry.
- REICH W., SHAYKA J. Y TAIBLESON CH. (1991). *DICA-R DSM-III-R Version*. Unpublished manuscript. Washington University, Division of Child Psychiatry, St. Louis.
- ROBINS L.N., HELZER J.E. y CROUGHAN J. (1978). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38: 381-389.
- ROBINS L.N., WING J. y WITTCHEN H.U. (1988). The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiological instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45: 1069-1077.
- ROBINSON P. y ANDERSEN A. (1985). Anorexia nervosa in american blacks. *Journal Psychiatric Research*, 19: 183-188.
- ROGERS L., RESNICK M.D., MITCHELL J.E. y BLUM R.W. (1997). The relationship between socioeconomic status and eating disorder behaviors in a community sample of adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 22: 15-23.
- ROJO E. y TURON V. (1989). Imagen corporal y anorexia nerviosa. Revisión. *Revista Psiquiatría Facultad Medicina de Barcelona*, 16: 313-321.
- ROLLA M., ANDREONI A., BELLITTI D., FERDEGHINI M., GHIGO E. y MULLER EE. (1994). Corticotrophin-releasing hormone does not inhibit growth hormone-releasing hormone-induced release of growth hormone in control subjects but is effective in patients with eating disorders. *Journal of Endocrinology*, 140: 327-332.
- ROLLS B.J. (1988). Food beliefs and food choices in adolescents. *The Medical Journal of Australia*, Special Supplement, 148: 509-513.
- ROMEIO F. (1994). Adolescent boys and anorexia nervosa. *Adolescence*, 29: 643-647.
- ROSEN J.C., SILBERG N.T. y GROSS J. (1988). Eating Attitudes Test and Eating Disorders Inventory: norms for adolescent girls and boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56: 305-308.

- ROSEN A.M., MURKOFSKY Ch.A., STECKLER N. 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., COMPAS B. y TACY B. (1993). The relation among stress, psychological symptoms and eating disorders symptoms: a prospective analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 14: 153-162.
- ROSENBERG M. (1965). *Society and adolescent self-image*. Princenton University Press: Princenton, New Jersey.
- ROSSI G., BALOTTIN U., BONERA S., CITTERIO A., MARTELLI T., RICCI M., SCELSA B., TEBALDI C., VERCELLI P., ZAMBRINO C.A. y LANZI G. (1997). Aspetti epidemiologici dei disturbi dell'alimentazione. *Minerva Psichiatrica*, 38: 67-68.
- ROUSANVILLE B.J., BRYANT K., BABOR T., KRANZLER H. y KADDEN R. (1993). Cross-system agreement for substance use disorders. *Addiction*, 88: 337-348.
- RUFF G.A. y BARRIOS B.A. (1986). Realistic assessment of body image. *Behavioral Assessment*, 8: 237-251.
- RUMPEL C. y HARRIS T.B. (1994). The influence of weight on adolescent self-esteem. *Journal of Psychosomatic Research*, 38: 547-556.
- RUSSELL G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9: 429-448.
- RUSSELL G.F.M. (1988). The diagnostic formulation in bulimia nervosa. En Garner D.M. y Garfinkel P.E.. *Diagnostic Issues in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. Ed. Brunner-Mazel: Nueva York.
- SALDAÑA C., BADOS A., VALLES A. y RAICH R.M. (1994). *Epidemiologia dels trastorns del comportament alimentari: Resultats del "Projecte OBA-Barcelona"*. U.I.M.P. Palau de Pedralbes.
- SALMONS P.H., LEWIS V. ROGERS P., GATHERER A.J. y BOOTH D. (1988). Body shape dissatisfaction in school children. *British Journal of Psychiatry*, 153 (Suppl.2): 23-26.
- SANCHEZ-CARDENAS M., MAMMAR N. y VENISSE J.L. (1995). Anorexies de l'adolescence et du nourrisson: a propos de quelques points de rapprochement possibles. *Psychiatrie de l'Enfant*, 37: 153-178.
- SANDS R., TRICKER J., SHERMAN C., ARMATAS C. y MASCHETTE W. (1997). Disordered eating patterns, body image, self-esteem and physical activity in preadolescent school children. *International Journal of Eating Disorders*, 21: 159-166.
- SCHAAF K.K. y McCANNE T.R. (1995). Childhood abuse, body image disturbance and eating disorders. *Child Abuse and Negligence*, 18: 607-615.
- SCHEBENDACH J.E., GOLDEN N.H., JACOBSON M.S., HERTZ S. y SHENKER I.R. (1997). The metabolic responses to starvation and refeeding in adolescents with anorexia nervosa. *Annals of the New York Academy of Science*, 28: 110-119.
- SCHMIDT U., HODES M. y TREASURE J. (1992). Early onset bulimia nervosa: who is at risk?: a retrospective case-control study. *Psychological Medicine*, 22: 623-628.

- SECORD P.F. y JOURARD S.M. (1953). The appraisal of body-cathexis: body cathexis and the self. *Journal of Consulting Psychology*, 17: 343-347.
- SHAFFER D., CHWAB-STONE M., FISHER P., COHEN P., PIACENTINI J., DAVIES M., CONNERS K. Y REGIER D. (1993). The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised Version (DISC-R): Preparation, field testing, interrater reliability and acceptability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32: 643-650.
- SHARP C.W., CLARK S.A., DUNAN J.R., BLACKWOOD D.H. y SHAPIRO C.M. (1994). Clinical presentation of anorexia nervosa in males: 24 new cases. *International Journal of Eating Disorders*, 15: 125-134.
- SIDDIQUI A., RAMSAY B. y LEONARD J. (1994). The cutaneous signs of eating disorders. *Acta of Dermatology and Venereology*, 74: 68-69.
- SILBERSTEIN L., STRIEGEL-MOORE R.H., TIMKO C. y RODIN J. (1988). Behavioral and psychological implications of body dissatisfaction: do men and women differ?. *Sex Roles*, 19: 219-232.
- SIMON G., ORMEL J., VONKORFF M. y BARLOW W. (1995). Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 152: 352-357.
- SIMONE G., SCALFI L., GALDERISI M., CELENTANO A. DIBIASE G., TAMMARO P., GAROFALO M., MUREDDU G.F., DIVITIIS O. y CONTALDO F. (1994). Cardiac abnormalities in young women with anorexia nervosa. *British Heart Journal*, 71: 287-292.
- SKARE S.S., DYSKEN M.W. y BILLINGTON C.J. (1995). A review of GHRH stimulation test in psychiatry. *Biological Psychiatry*, 15: 249-265.
- SLADE P.D. (1973). A short anorexic behaviour scale. *British Journal of Psychiatry*, 122: 83-85.
- SLADE P.D. y RUSSELL G.F.M. (1973). Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: cross-sectional and longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 3: 188-199.
- SLADE P.D. y DEWEY M.E. (1986). Development and preliminary validation of S.C.A.N.S: a screening instrument for identifying individuals at risk of developing anorexia and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 5: 517-538.
- SLADE P.D. (1988). Body image in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153 (Suppl.2): 27-31.
- SMITH C. y STEINER H. (1992). Psychopathology in anorexia nervosa and depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31: 841-843.
- SOHLBERG S.S., NORRING C.E.A. y ROSMARK B.E. (1992). Prediction of the course of anorexia nervosa/bulimia nervosa over three years. *International Journal of Eating Disorders*, 12: 121-131.
- SOHLBERG S. y STROBER M. (1994). Personality in anorexia nervosa: an update and a theoretical integration. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement*, 378: 1-15.
- SPIELBERGER C.D. (1981). *Cuestionario de ansiedad estado/rasgo en niños*. Ed.TEA: Madrid.

- SPIELBERGER C.D., GORSUCH R., LUSHENE P. (1982) *Cuestionario de ansiedad estado/rasgo*. Ed. TEA: Madrid.
- SPITZER R.L., WILLIAMS J.B.W., GIBBON M. y FIRST M.B. (1987). *Structured clinical interview for DSM-III-R non-patient version (SCID- NP, 4/1/87)*. Biometrics Research Dept., New York State Psychiatric Institute, 722 W. 168th, St New York 10032.
- STEIGER H. & LIQUORNIK K., CHAPMAN J. y HUSSAIN N. (1991). Personality and family disturbances in eating disorders patients: comparison of restricters and bingers to normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, 10: 501-512.
- STEIGER H., LEUNG F.Y.K., PUENTES-NEUMAN G. y GOTTHEIL N. (1992). Psychosocial profiles of adolescent girls with varying degrees of eating and mood disturbances. *International Journal of Eating Disorders*, 11: 121-131.
- STEIGER H., LEUNG F.Y.K., ROSS D.J. y GULKO J. (1992a). Signs of anorexia and bulimia nervosa in high school girls reporting combinations of eating and mood symptoms: relevance of self-report to interview-based findings. *International Journal of Eating Disorders*, 12: 143-149.
- STEIGER H., STOLAND S., TROTTIER J. y GHADIRIAN A.M. (1996). Familial eating concerns and psychopathological traits: causal implications of transgenerational effects. *International Journal of Eating Disorders*, 19: 147-157.
- STEIN D., MEGED S., BAR-HANIN T., BLANK S., ELIZUR A. y WEIZMAN A. (1997). Partial eating disorders in a community sample of female adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36: 1116-1123.
- STEINHAUSEN H.C. (1985). Eating Attitudes Test in adolescent anorectic patients. *International Journal of Eating Disorders*, 4: 489-498.
- STEINHAUSEN H.C. y VOLLRATH M. (1993). The self-image of adolescent patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 13: 221-227.
- STEVENS J., KUMANYIKA S.K. y KEIL J.E. (1994). Attitudes toward body size and dieting: differences between elderly black and white women. *American Journal of Public Health*, 84: 1322-1325.
- STORY M., ROSENWINKEL K., HIMES J.H., RESNICK M., HARRIS L.J. y BLUM R.W. (1991). Demographic and risk factors associated with chronic dieting in adolescents. *American Journal of Childhood Diseases*, 145: 994-998.
- STRIEGEL-MOORE R. (1995). Psychological factors in the etiology of binge eating. *Addictive Behaviors*, 20: 713-723.
- STROBER M., GREEN J. y CARLSON G. (1981). Utility of the Beck Depression Inventory with psychiatrically hospitalized adolescents. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 49: 482-483.
- STRUNKARD A., SORENSON T. y SCHULSINGER F. (1983). Use of the Danish adaption register for the study of obesity and thinness. En Kety S., Rowland L.P., Sidman L. & Matthysse S.W. *The genetics of Neurological and Psychological Disorders*: 115-120.
- SUNDGOT-BORGEN, J. (1994). Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Medicine Science Sports and Exercise*, 26: 414-419.

- SWAIN B., SHISSLEK C.H. y CRAGO M. (1991). Clinical features of eating disorders and individual psychological functioning. *Journal of Clinical Psychology*, 47: 702-708.
- SZMUCKLER G. (1993). Eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 6: 195-200.
- TACCHINI G., COPPOLA M.T., MUSAZZI A., ALTAMURA A.C. y INVERNIZZI G., (1994). Validazione multinazionale della Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Minerva Psichiatrica*, 35: 63-80.
- TADAI T., KANAI H., NAKAMURA M., NAKAJIMA T., FUJITA M. y NAKAI Y. (1994). Body image changes in adolescents: comparison among patients with eating disorders and controls with thin, normal and obese body shapes. *Japan Journal of Psychiatry and Neurology*, 48: 540-545.
- TAMBURRINO M.B., KAUFMAN R. y HERTZER J. (1994). Eating disorder history in women with obsessive compulsive disorder. *Journal of the American Medicine*, 49: 24-26.
- THEANDER S. (1970). Anorexia nervosa: a psychiatry investigation of 94 females patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 214: 1-194.
- THIEL A., BROOKS A., OHLMEIER M., JACOBY G.E. y SCHUSSLER G. (1995). Obsessive-compulsive disorder among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152: 72-75.
- THIEL A., OHLMEIER M. JACOBY G.E. y SCHULSSLER G. (1995a). Obsessive-compulsive symptoms in anorexia and bulimia nervosa. *Medicine Psychological*, 45: 8-15.
- THOMAS C.D. y FREEMAN R.J. (1990). The body esteem scales: construct validity of the female subscales. *Journal of Personality Assessment*, 54: 204-221.
- THOMPSON M.G. y SCHWARTZ D.M. (1982). Life adjustment of women with anorexia nervosa and anorexic-like behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 1: 47-60.
- THOMPSON D.A., BERG K.M. y SHATFORD L.A. (1987). The heterogeneity of bulimia symptomatology: cognitive and behavioural dimensions. *International Journal of Eating Disorders*, 6: 215-234.
- THURSTONE L.L. y YELA M. (1985). *Test de percepción de diferencias. "Caras"*. TEA: Madrid.
- THURSTONE L.L. y THURSTONE TH.G. (1986). *Test de aptitudes escolares "TEA"*. Ed. TEA: Madrid.
- THURSTONE L.L. y THURSTONE Th.G. (1989). *Aptitudes Mentales Primarias "PMA"*. Ed. TEA: Madrid.
- TILLER J., MACRAE A., SCHMIDT U., BLOOM S. y TREASURE J. (1995). The prevalence of eating disorders in thyroid disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 38: 609-619.
- TOMAS J. y BASSAS N. (1990). Trastornos en la alimentación: anorexia nerviosa. *Anuales de Psiquiatría*, 6: 212-221.
- TONER B., GARFINKEL P. y GARNER D. (1988). Affective and anxiety disorders in the long-term follow-up of anorexia nervosa. *International Psychiatry and Medicine*, 18: 357-364.

- TORAY T. y COOLEY E. (1997). Weight fluctuation, bulimic symptoms and self-efficacy for control of eating. *Journal of Psychology*, 131: 383-392.
- TORO J. y VILARDELL E. (1987). *Anorexia Nerviosa*. Ed. Martínez-Roca: Barcelona.
- TORO J., CASTRO J., GARCIA M., PEREZ P. y CUESTA L. (1989). Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. *British Journal of Medical Psychology*, 62: 61-70.
- TORO J. (1990). Patología de la conducta alimentaria. *Monografías de Psiquiatría*, Año II, nº 4.
- TORO J. SALAMERO M. y MARTINEZ E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89: 147-151.
- TORO J. (1995). Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 2: 68-80.
- TORO J. (1996). *El cuerpo del delito*. Ed. Ariel Ciencia: Barcelona.
- TRAUB A.C. y ORBACH J. (1964). Psychological studies of body image. The adjustable body distorting mirror. *Archives of General Psychiatry*, 11: 53-66.
- TURNER R.A., IRWIN C.E. y TSCHANN J.M. (1993). Autonomy, relatedness and the initiation of health risk behaviors in early adolescence. *Health Psychology*, 12: 200-208.
- TURY F., GUNTHER R., SZABO P. y FORGAS A. (1994). Epidemiologic data on eating disorders in Hungary: recent results. *Orv Hetil*, 135: 787-791.
- VANDEREYCKEN W. y VANDERLINDEN J. (1983). Denial of illness and the use of self-reporting measures in anorexia. *International Journal of Eating Disorders*, 1: 47-60.
- VANDEREYCKEN W. y MEERMAN R. (1984). Anorexia nervosa: is prevention possible?. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 14: 191-205.
- VANDEREYCKEN W. (1995). Emergence of bulimia nervosa as a separate diagnostic entity: review of the literature from 1960 to 1979. *International Journal of Eating Disorders*, 16: 105-116.
- VANDERLINDEN J., VANDEREYCKEN W., VAN DYCK R. y VERTOMMEN H. (1993). Dissociative experiences and trauma in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 13: 187-193.
- VAZQUEZ-BARQUERO J.L., MUÑOZ P.E. y MADDOZ V. (1981). The interaction between physical and neurotic morbidity in the community. *British Journal of Psychiatry*, 139: 328-335.
- VAZQUEZ-BARQUERO J.L., PADIerna J.A., OCHOTECO A. y DIEZ J.F. (1985). Mental illness and ischaemic heart disease: analysis of psychiatric morbidity. *General Hospital Psychiatry*, 7: 15-20.
- VAZQUEZ-BARQUERO J.L., DIEZ J.F. y PEÑA C. (1987). A community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. *Psychological Medicine*, 17: 227-241.

- VAZQUEZ-BARQUERO J.L., MAVREAS V., ARENAL A. Y WING J.K. (1991). Evaluación del deterioro cognitivo mediante el sistema SCAN. *XIV Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica*.
- VAZQUEZ-BARQUERO J.L., HERRERA S. y GAITE L. (1993). La entrevista estructurada en Psiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 44: 19-28.
- VIDOVIC V., PALLE-ROTAR D., KOMARICA V.Z. y JURESA V. (1997). Eating behaviour, weight status and depressive feelings in female adolescents. *Antropology*, 21: 277-283.
- VILLEJO R.E, HUMPHREY L.L. y KIRSCHENBAUM D.S. (1997). Affect and self-regulation in binge eaters: effects of activating family images. *International Journal of Eating Disorders*, 21: 237-249.
- VITOUSEK K. y MANKE F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103: 137-147.
- WADE T., HEATH A.C., ABRAHAM S., TRELOAR S.A., MARTIN N.G. y TIGGEMANN M. (1996). Assessing the prevalence of eating disorders in an Australian twin population. *Australian Journal Psychiatry*, 30: 845-851.
- WALKER A.R.P., WALKER B.F., LOCKE M.M., CASSIM F.A. y MOLEFE O. (1991). Body image and eating behaviour in interethnic adolescent girls. *Journal of the Royal Society of Health*: 12-16.
- WALKER M.K, BEN-TOVIM D.I., JONES S. y BACHOK N. (1992). Repeated administration of the adapted stroop test: feasibility for longitudinal study of psychopathology in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 12: 103-105.
- WALLER G. (1992). Bulimic attitudes in different eating disorders: clinical utility of the BITE. *International Journal of Eating Disorders*, 11: 73-78.
- WALLER G, COAKLEY M. y RICHARDS L. (1995). Bulimic attitudes among asian and caucasian schoolgirls. *European Eating Disorders Review*, 3: 24-34.
- WALLER G. y MEYER C. (1997). Cognitive avoidance of threat cues: association with Eating Disorder Inventory scores among a non eating disordered population. *International Journal of Eating Disorders*, 22: 299-308.
- WALSH T. (1992). Diagnostic criteria for eating disorders in DSM-IV: work in progress. *International Journal of Eating Disorders*, 11: 301-304.
- WALTERS 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. *Psychological Medicine*, 22: 617-622.
- WALTERS E.E. y KENDLER K.S. (1995). Anorexia nervosa and Anorexic-like syndromes in a population-based female twin sample. *American Journal of Psychiatry*, 152: 64-71.
- WARD A., BROWN N. y TREASURE J. (1997). Persistent osteopenia after recovery from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 22: 71-75.
- WASHBURN B.S., JIANG J.C., CUMMINGS S.L., DIXON K. y GIETZEN D.W. (1994). Anorectic responses to dietary amino acid imbalance: effects of vagotomy and tropisetron. *American Journal of Physiology*, 266: 1922-1927.

- WASHINGTON UNIVERSITY (1983). *Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA) aged 6-17*. Unpublished manuscript, Washington University School of medicine, St Louis.
- WERTHEIM E.H., PAXTON S.J., MAUDE D., SZMUKLER G.I., GIBBONS K. y HILLER L. (1992). Psychosocial predictors of weight loss behaviors and binge eating in adolescent girls and boys. *International Journal of Eating Disorders*, 12: 151-160.
- WETZLER S. (1989). *Medición de las enfermedades mentales: Evaluación psicométrica para clínicos*. Ed. Ancora: Barcelona.
- WHITAKER A., DAVIES M., SHAFFER D., JONHSON J., ABRAMS S., WALSH B.T. y KALIKO K. (1989). The struggle to be thin: a survey of anorexic and bulimic symptoms in a non-referred adolescent population. *Psychological Medicine*, 19: 143-163.
- WHITEHOUSE A.M., FREEMAN C.P.L. y ANNANDELE A. (1988). Body size estimation in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry* 153, Suppl 2: 23-26.
- WIEDERMAN M.W., PRYOR T. y MORGAN C.D. (1996). The sexual experience of women diagnosed with anorexia or bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 19: 109-118.
- WIEDERMAN M.W. y PRYOR T. (1997). Body dissatisfaction and sexuality among women with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21: 361-365.
- WILLIAMS P. (1987). The epidemic of anorexia nervosa another medical myth?. *Lancet* 1: 205-207
- WING J.K., COOPER J.E. y SARTORIUS N. (1974). *The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*. Cambridge University Press: Londres.
- WING J.K., BABOR T., BRUGHA T. BURKE J., COOPER J.E., GIEL R., JABLENSKI A., REGIER D. y SARTORIUS N. (1990). Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 47: 589-593.
- WING J.K., BABOR T., BRUGHA T. BURKE J., COOPER J.E., GIEL R., JABLENSKI A., REGIER D. y SARTORIUS N. (1993). *SCAN: Cuestionario para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría*. Ed. Meditor: Madrid.
- WITTCHEN H.U., ZHAO S., KESSLER R.C. y EATON W.W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51: 355-364.
- WLODARCZYK K. y BISAGA A. (1995). Selected issues of biological aspects of eating disorders. *Psychiatric Pol.*, 28: 579-591.
- WONDERLICH S.A., BREWERTON T.D., JOCIC Z., DANSKY B.S. y ABBOTT D.W. (1997). Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36: 1107-1115.
- WOOD A., WALLER G., MILLER J. & SLADE P. (1992). The development of Eating Attitudes Test scores in adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 11: 279-282.
- WOODSIDE D.B. y GARFINKEL P.E. (1992). Age of onset in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 12: 31-36.

WOODSIDE D.B. y KAPLAN A.S. (1994). Day hospital treatment in males with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 8: 471-475.

YATES W.R., SIELNI B., REICH J. y BRASS C. (1989). Comorbidity of bulimia nervosa and personality disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 50: 57-59.

YEAWORD R.C., YORK J., HUSSEY M.A., INGLE M.E. y GOODWIN T. (1980). The development of an adolescent life change event scale. *Adolescence*, 15: 91-97.

YEAWORD R.C., McNAMEE M.J. y POZEHL B. (1992). The adolescent life change event scale: its development and use. *Adolescence*, 27: 783-802.

YELLOWLEES A.J. (1985). Anorexic and bulimic in anorexia nervosa: a study of psychosocial functioning and associated psychiatric symptomatology. *British Journal of Psychiatry*, 146: 648-652.