

# Relevancia de Factores de Riesgo, Psicopatología Alimentaria, Insatisfacción Corporal y Funcionamiento Psicológico en Pacientes con TCA

## Relevant Risk Factors, Current Eating Psychopathology, Body Shape Concern and Psychological Functioning in Eating Disorders

Anna Carretero García  
Hospital Universitari Trías i Pujol

Luís Sánchez Planell  
Hospital Universitari Trías i Pujol

Jordi Rusiñol Estragués  
Universitat Ramon Llull

Rosa M.<sup>a</sup> Raich Escursell  
Universitat Autònoma de Barcelona

David Sánchez Carracedo  
Universitat Autònoma de Barcelona

**Resumen.** *Objetivo:* El primer objetivo del estudio es evaluar retrospectivamente, la relevancia de factores de riesgo en pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) en función de la categoría diagnóstica. El segundo objetivo, es evaluar la psicopatología alimentaria, la insatisfacción corporal y el funcionamiento psicológico en cada grupo diagnóstico. *Método:* Se evalúa en el momento previo al tratamiento de TCA, un total de 73 pacientes con diferentes criterios diagnósticos: Bulimia Nerviosa Purgativa (BN-P; n=29), la provisional forma diagnóstica del Trastorno por Atracón (TA; n=6), el Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado tipo Purgativo (TCANE-P; n=17) y el Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado tipo Restrictivo (TCANE-R; n=21). *Resultados:* Se hallan como factores de riesgo de consistencia el antecedente de obesidad y el inicio del TCA en la adolescencia. El inicio de la menarquia en la edad temprana no resulta ser un factor de riesgo. El Índice de Masa Corporal (IMC) refleja la sintomatología alimentaria de cada cuadro diagnóstico. El grupo BN-P, se caracteriza por presentar mayor severidad en la sintomatología alimentaria. La mayoría de grupos presenta larga duración de la enfermedad, dificultades en la imagen corporal, el funcionamiento psicosocial y características de personalidad. El sentimiento de ineficacia no fue una característica clínica en casos de TA. *Conclusiones:* El que los antecedentes de obesidad se hayan mostrado como un factor de riesgo de consistencia en los TCA es un argumento más a favor de la necesidad de su prevención. Las dificultades en el funcionamiento psicosocial encontradas en casos clínicos con TA, avalarían la necesidad de líneas de intervención de tipo más interpersonal en este tipo de pacientes.

*Palabras clave:* trastornos de la conducta alimentaria, factores de riesgo, características clínicas. Estudio *ex post facto*.

---

La correspondencia de este artículo dirigirla a la primera autora al Servicio de Psiquiatría, Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Carretera de Canyet, 08916 Badalona, Barcelona, Spain. E-mail: [secpsiquiatría.germanstrias@gencat.net](mailto:secpsiquiatría.germanstrias@gencat.net)

**Abstract. Objective:** The first aim of this study is a retrospective assessment of relevant risk factors in patients with Eating Disorders (ED). The second aim is to study eating psychopathology, body shape concern and psychological functioning assessment in different groups of eating disorders. **Method:** Evaluation before intervention of 73 patients with Bulimia Nervosa Purging type (BN-P; n=29), Binge Eating Disorder (BED; n=6), Eating Disorders Not Otherwise Specified Purging type (EDNOS-P; n=17) and Eating Disorders Not Otherwise Specified Restrictive type (EDNOS-R; n=21). **Findings:** Consistent risk factors in the precedent of obesity and the beginning of the ED in adolescence. The young age at which menarche occurred was not a risk factor. The eating symptomatology of each diagnostic category reflected the nutritional state. The BN-P group presented a more severe eating symptomatology. The majority of the groups had long duration illness and had difficulties with body shape, social performance, and personality problems. The feeling of ineffectiveness was not a clinical characteristic in Binge eating cases. **Conclusion:** The precedent of obesity showed up as a consolidated risk factor in eating disorders, supporting the necessity of prevention. Difficulties found in social performance in binge eating support the necessity of interpersonal intervention.

**Key words:** relevant risk factors, eating disorders, psychological functioning, ex post facto study.

## Introducción

Se han realizado numerosas investigaciones sobre la etiología de los TCA y se han identificado gran variedad de factores de riesgo (Striegel-Moore y Cachelin, 2001). Los diagnósticos de BN, TCANE y el TA, han ido tomando mayor protagonismo a medida que se ha ido incrementando su prevalencia en nuestra sociedad (Fairburn, Cooper, Doll, Norman y O'Connor, 2000). Se han realizado muy pocas investigaciones a partir de muestras de TCANE, aunque se estima que presentan mayor incidencia respecto a las formas específicas (Fairburn y Harrison, 2003). Este estudio se centrará en la evaluación de pacientes con diagnóstico de BN-P, TA y TCANE.

Se tiende a considerar que el riesgo para desarrollar patología alimentaria, es resultado de la interacción tanto de factores de riesgo específicos, como generales (Vandereycken y Noordenbos, 2000) y cuantos más factores de riesgo interactúan, mayor es la probabilidad para desarrollar TCA (Fairburn, Welch, Doll, Davies y O'Connor, 1997). Ser mujer y vivir en una cultura occidental se han considerado dos de los factores de riesgo socioculturales de consistencia (Striegel-Moore, Silberstein y Rodin, 1986). Por este motivo en el estudio nos centramos en el género femenino. Se han evaluado otros factores de riesgo de tipo más específico como el antece-

dente de obesidad (infancia-adolescencia), tanto en grupos diagnósticos de BN y TA (Striegel-Moore, Wilfley, Pike, Dohm y Fairburn, 2000) como en muestras análogas (Burrows y Cooper, 2002). Resultan escasas las investigaciones que han tenido presente el inicio temprano de la menarquia como un factor de riesgo, a pesar de que contextualiza el primer cambio importante en la figura corporal de la mujer (Fahy y Russell, 1993) y podría promover la prematura insatisfacción corporal (Fairburn et al., 1997). Además, la adolescencia se considera la etapa evolutiva de mayor riesgo para el desarrollo de la patología alimentaria debido a la diversidad de cambios que convergen (Attie y Brooks-Gunn, 1989; Ben-Tovim, Walker, Gilchrist, Freeman, Kalucy y Esterman, 2001; Herzog, Dorer, Keel, Selwing, Ekeblad, Flores et al., 1999; Keel, Mitchell, Miller, Davis y Crow, 1999; Maddocks, Kaplan, Woodside, Langdon y Piran, 1992; Norring, 1989; Olmsted, Kaplan y Rockert, 1994; Sohlberg, Norring y Rosmark, 1992). En este sentido, el primer objetivo de nuestro estudio es evaluar la relevancia de los factores de riesgo mencionados: antecedente de obesidad, edad de inicio de la menarquia y la edad de inicio de la enfermedad en la etapa de la adolescencia, en los diferentes grupos diagnósticos de BN-P, TA y TCANE.

Se estima que la evaluación del inicio y duración de la enfermedad aporta información sobre el estado

clínico del paciente en términos de severidad y tendencia a la cronicidad (Reas, Williamson, Martín y Zucker, 2000). El estatus nutricional, tiende a reflejar la sintomatología alimentaria específica del cuadro clínico (Vaz, García-Herráiz, López-Vinuesa, Monge, Fernández-Gil y Guisado, 2003). La frecuencia de síntomas vinculados a la patología alimentaria (ej: atracones, conductas purgativas, restricción...) son aspectos que también determinan la severidad del cuadro clínico.

Se han realizado diversos estudios que asocian los TCA y dificultades en el funcionamiento psicosocial. La disfunción social e interpersonal, podría encuadrar el estado de empeoramiento y la estabilidad de la patología alimentaria (Steiger, Leung y Thibaut, 1993) mientras que, indicadores de buen ajuste social se asocian con un mejor estado clínico (Garner, 1991).

La asociación TCA y trastornos de personalidad y/o características de personalidad ha sido frecuentemente evaluada. Se estima que los TCA podrían haberse desarrollado como consecuencia de un TP y/o características de personalidad determinadas y ambos funcionarían como factores de riesgo para la estabilidad del cuadro diagnóstico, propiciando tanto comportamientos como actitudes que incrementarían la sintomatología alimentaria, la insatisfacción corporal y otros aspectos de relevancia clínica en los TCA (Toro, 2004).

Nuestro segundo objetivo se centra en la evaluación de la psicopatología alimentaria (duración de la enfermedad, estatus nutricional y sintomatología alimentaria), la imagen corporal (aspectos actitudinales de la imagen corporal, obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal) y funcionamiento psicológico

(aspectos psicosociales: desconfianza interpersonal e inseguridad social y características de personalidad: ineficacia, perfeccionismo, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo e impulsividad). Pensamos que resultan de especial interés, las diferencias que puedan obtenerse en la evaluación de los diferentes cuadros diagnósticos.

## Método

### Participantes

El grupo inicial estuvo formado por 95 pacientes que demandaron ayuda asistencial voluntariamente en un centro privado de Barcelona, especializado en el tratamiento de los TCA. Quedaron excluidos los casos que presentaron trastornos físicos (diabetes y tratamiento con corticoides) y/o embarazo (n=7), debido a los cambios de actitud ante la comida que pudieran sucederse como reacción al cambio hormonal (Fairburn, Welch, Doll, Davies y O'Connor, 1997). Se excluyeron los pacientes de sexo masculino (n=10). No se tomaron en cuenta los casos que no finalizaron la evaluación (n=3). No se incluyeron los casos de BN-NP, debido al escaso número de sujetos de los que disponíamos. El grupo apto para el estudio son 73 pacientes que cumplen criterios diagnósticos de TCA: BN-P; TCANE-P<sub>(3y4)</sub> (Tabla1); TCANE-R<sub>(1y2)</sub> (Tabla1) y la provisional forma diagnóstica TA, según DSM-IV (APA, 1994).

El mayor número de sujetos corresponde a la categoría diagnóstica BN-P (n=29) y hallamos pocos sujetos en la provisional forma de TA (n=6). El número de sujetos en los grupos de TCANE es

Tabla 1. Categoría diagnóstica TCANE (subtipos)  
F50.9. Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado [307.50]

La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares. (TCANE-R<sub>(1)</sub>)
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad. (TCANE-R<sub>(2)</sub>)
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses. (TCANE-P<sub>(3)</sub>)
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas). (TCANE-P<sub>(4)</sub>)
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

similar (TCANE-P (n=17); TCANE-R (n=21). Respecto a la edad, la media más joven, se halla en el grupo de TCANE-R (m=17,62; de=3,51) y la más adulta en el grupo de TA (m=25,50; de=5,99). La media de edad en las pacientes con diagnóstico de BN-P (m=23,83; de=5,77) tiende a aproximarse al grupo de TA. El grupo de TCANE-P (m=21,9; de=6,09) ocupa un lugar intermedio entre el grupo de BN-P y TCANE-R.

## Método

### Material

Se administran los siguientes instrumentos psicométricos:

- *Bulimic Investigatory Test Edinburgh* (BITE; Henderson, Freeman, 1987 (Adaptación de Ribas, Jiménez y Bersabé, 2004). Se administra para la evaluación de la sintomatología bulímica, incluye dos escalas: síntomas y severidad. Puede ser utilizado como instrumento de “screening”, para la identificación de TCA en población general. Es una medida de auto informe de 33 ítems.
- El Índice de Masa Corporal (IMC) se obtiene a partir del cálculo  $IMC = Kg/m^2$ , según Índice de Quetelet (Beumont, Al-Alami, Touyz, 1988).
- *Body Shape Questionnaire* (BSQ; Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987 / Adaptación de Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos y Zapater, 1996). Mide las alteraciones actitudinales de la imagen corporal, como la insatisfacción corporal y preocupación por el peso. Es una medida de auto informe con 34 ítems. Presenta adecuada validez discriminante de la versión original tras la comparación de un grupo de pacientes con BN y grupo control ( $t=11,7$ ;  $gl=571$ ;  $P<.0001$ ).
- *Eating Disorder Inventory* (EDI-2; Garner, 1991 / Adaptación de Corral, González, Pereña y Seisdedos, 1998). Evalúa ciertos rasgos psicológicos vinculados a la patología alimentaria. Es un instrumento de autoinforme con 91 elementos, ofrece puntuaciones en 11 subescalas clínicamente relevantes. La fiabilidad y validez obtenidas en el EDI-2 como un todo, no

deben ser generalizadas a las subescalas aisladamente. Presenta validez discriminante de la versión original en la mayoría de las subescalas, a excepción de: perfeccionismo e impulsividad. La capacidad discriminante en la identificación de casos clínicos resulta mayor para la categoría de la BN, excepto en perfeccionismo y desconfianza interpersonal.

## Procedimiento

La evaluación se inicia en el momento previo a la realización de tratamiento especializado en TCA, en un centro privado de Barcelona. Los evaluadores fueron psicólogos y psiquiatras con experiencia en la evaluación y el tratamiento de los TCA. Los evaluadores obtuvieron el diagnóstico a partir de la *Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (1995). Los componentes evaluados fueron:

1. Factores de riesgo: antecedentes de obesidad (infancia y/o adolescencia), la edad de inicio de la menarquia y la edad de inicio de la enfermedad.
2. Psicopatología alimentaria: duración de la enfermedad, el estatus nutricional (IMC) y la sintomatología alimentaria (BITE, Bulimia (EDI-2)
3. La Imagen corporal: alteraciones actitudinales de la imagen corporal (BSQ), obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal (EDI-2).
4. Funcionamiento psicológico: aspectos psicosociales (desconfianza interpersonal e inseguridad social (EDI-2) y características de personalidad (ineficacia, perfeccionismo, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo e impulsividad (EDI-2).

Los datos vinculados a factores de riesgo (antecedentes obesidad, edad inicio menarquia, edad inicio enfermedad) y duración de la enfermedad se obtienen a partir de la información retrospectiva facilitada directamente por las pacientes. Se cuestiona a las pacientes si durante la infancia y/o adolescencia, han presentado obesidad. Se recoge información sobre la edad de la primera menarquia y se ubican en intervalos de edad (Ackard y Peterson, 2001). Se

identifica la edad de inicio de la enfermedad en función del primer síntoma significativo vinculado a la patología alimentaria (Fairburn et al., 1997).

El estatus nutricional se halla a partir del cálculo del IMC. Los análisis estadísticos se realizan a partir del SPSS (Windows, versión 12.00). ANOVA fue usada para la comparación de medias, de grupos independientes, en las variables cuantitativas IMC BSQ, BITE y EDI-2.

## Resultados

Factores de riesgo: antecedentes de obesidad, edad inicio menarquia y edad inicio enfermedad (Tabla 2).

R se hallan mayores porcentajes de antecedentes de obesidad en la infancia y menores en la adolescencia (38,1% vs. 19%). La edad de inicio de la menarquia tiende a ser normal en el grupo BN-P, TCANE-P y TCANE-R (65,5% vs. 52,9% vs. 66,7%) y en el grupo TA tiende a iniciarse en una edad temprana y tardía (33,4% vs. 50,1%). La edad de inicio de la enfermedad tiende a iniciarse en la etapa de la adolescencia en todos los grupos evaluados.

Psicopatología alimentaria: duración enfermedad, estatus nutricional y sintomatología alimentaria (Tabla 3).

Duración de la enfermedad. Se calcula a partir del intervalo de tiempo que incluye, el primer síntoma característico de la patología alimentaria y el momento de la evaluación (Keel et al., 1999; Fichter

Tabla 2. Factores de riesgo: antecedentes obesidad, edad inicio menarquia y edad inicio enfermedad

		BN-P (n=29)	TA (n=6)	TCANE-P (n=17)	TCANE-R (n=21)
Antecedentes obesidad	Infancia (11 – 12,99 años)	34,5%	50,0%	17,6%	38,1%
	Adolescencia (13-17,99 años)	31,0%	50,0%	29,4%	19,0%
Edad inicio menarquia	Temprana ( $\leq 11$ años)	13,7%	33,4%	23,5%	19,0%
	Normal (12-13,99 años)	65,5%	16,7%	52,9%	66,7%
	Tardía (Tardía ( $\geq 14$ años)	20,6%	50,1%	23,5%	14,3%
Edad inicio enfermedad	Preadolescencia (11-12,99años)	3,4%	16,7%	17,65%	14,3%
	Adolescencia (13-17,99 años)	65,5%	50%	64,7%	61,9%
	Adulta ( $\geq 18$ años)	31,0%	33,3%	35,3%	23,8%

Nota: BN-P (Bulimia Purgativa) TCANE-P (Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado tipo Purgativo) TCANE-R (Trastorno de la Conducta No Especificativo, tipo Restrictivo).

Se cuestiona a las pacientes, a partir de su percepción subjetiva, si durante la infancia y/o adolescencia, han presentado obesidad. Se recoge información sobre la edad de la primera menarquia y se ubican en intervalos de edad (Ackard y Peterson, 2001). Se identifica la edad de inicio de la enfermedad en función del primer síntoma significativo vinculado a la patología alimentaria (Fairburn et al., 1997). Se halla que todos los casos de TA presentan antecedentes de obesidad: infancia 50% (n=3); adolescencia 50% (n=3). En el grupo BN-P se hallan índices elevados de obesidad tanto en la infancia como en la adolescencia (34,5% vs. 31%). En el grupo TCANE-P se hallan mayores porcentajes de antecedentes de obesidad en la adolescencia y menores en la infancia (29,4% vs. 17,6%). En el grupo TCANE-

y Quadflieg, 1997). Todos los grupos evaluados presentan más de 2 años de duración de la enfermedad. El grupo TA es el que presenta mayor duración de la enfermedad (m=8,83; de=6,24) seguido del grupo BN-P (m=6,34; de=4,98) y los grupos TCANE-P y TCANE-R (m=5; de=4,48 vs. m=2,52; de=2,83).

Estatus nutricional. Tiende a ubicarse en el intervalo de normalidad en los grupos BN-P y TCANE-P (m=22,23; de=3,06 vs. m=23,57; de=5,53) hacia la obesidad en el grupo TA (m=35,11; de=7,59) y hacia el infrapeso en el grupo TCANE-R (m=19,63; de=2,76). ANOVA resulta significativa para esta variable ( $F_{(3,69)}=21.95$ ;  $P<.0001$ ) y los contrastes a posteriori muestran que las diferencias significativas se hallan en el grupo TA y el resto de grupos evaluados (BN-P ( $p<.0001$ ); TCANE-P ( $p<.0001$ ) y TCANE-R

Tabla 3. Psicopatología alimentaria: duración enfermedad, estatus nutricional (IMC) y sintomatología alimentaria

Diagnóstico					BN-P (n=29)	TA (n=6)	TCANEP (n=17)	TCANE-R (n=21)					
Duración Enfermedad		m (de)			6,34 (4,98)	8,83 (6,24)	5 (4,48)	2,52 (2,83)					
IMC		m (de)			22,23 (3,06)	35,11 (7,59)	23,57 (5,53)	19,63 (2,76)					
						Diferencias medias			(P)				
						P. post hoc Diagnóstico	Sínt	Sev	B	Sínt	Sev	B	
						BN-P	TA	3,63	6,75	4,89	.59	.026*	.16
Diagnóst	BN-P (n=29)	TA (n=6)	TCANEP (n=17)	TCANE-R (n=21)		TCANE-P TCANE-R	7,78 12,87	6,58 9,96	5,95 8,89	.001* .000*	.000* .000*	.002* .000*	
Sínt (≥20) (de)	25,96 (3,25) 93,2%	22,33 (4,08) 83,3%	18,17 (6,86) 47,2%	13,09 (7,77) 19,2%	TA	BN-P TCANE-P TCANE-R	-3,63 4,15 9,23	-6,75 -1,16 3,21	-4,89 1,05 4	.59 .52 .012*	.026* 1 .55	.16 .97 .35	
Sev (≥10) m (de)	13,58 (5,56) 72,6%	6,83 (3,18) 16,7%	7 (4,92) 41,2%	3,61 (3,80) 4,8%	TCANE-P	BN-P TA TCANE-R	-7,78 -4,15 5,08	-6,58 .16 3,38	-5,95 -1,05 2,94	.001* .52 .07	.000* 1 .21	.002* .97 .32	
Bulimia (≥2) m (de)	19,89 (5,74) 93,2%	6 (4,51) 83,3%	4,94 (3,88) 76,5%	2 (3,89) 33,3%	TCANE-R	BN-P TA TCANE-P	-12,87 -9,23 -5,08	-9,96 -3,21 -3,38	-8,89 -4 -2,94	.000* .012* .07	.000* .55 .21	.000* .35 32	

Nota: Sínt: escala de síntomas (BITE); Sev: escala de severidad (BITE); B: bulimia (EDI-2)

\*. La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05 ( $P < .05$ )

( $p < .0001$ ). Se hallan diferencias significativas en el grupo TCANE-P y TCANE-R ( $p < .046$ ).

Sintomatología alimentaria. Se halla que los grupos BN-P y TA presentan los mayores índices de sintomatología alimentaria en la escala de síntomas respecto a los grupos TCANE (ambos subtipos). ANOVA resulta significativa para esta variable ( $F_{(3,69)}=20,80$ ;  $P < .0001$ ). Los contrastes a posteriori muestran que las diferencias significativas se encuentran entre el grupo diagnóstico BN-P y los grupos TCANE-P, TCANE-R ( $p < .001$  vs.  $p < .0001$ ) y el grupo TA y TCANE-R ( $p < .012$ ). En la escala de severidad, el grupo BN-P presenta los mayores índices respecto al resto de grupos. ANOVA resulta significativa para la variable BITE (severidad) ( $F_{(3,69)}=18,80$ ;  $P < .0001$ ). Los contrastes a posteriori muestran que las diferencias significativas se encuentran entre el grupo diagnóstico BN-P y el resto de grupos evaluados TA ( $p < .026$ ); TCANE-P ( $p < .0001$ ) y TCANE-R ( $p < .0001$ ). En la subescala

Bulimia (EDI-2), el grupo BN-P es el que presenta mayores índices respecto al resto de grupos evaluados. ANOVA resulta significativa para esta variable ( $F_{(3,69)}=15,07$ ;  $P < .0001$ ). Los contrastes a posteriori muestran que las diferencias significativas se encuentran en el grupo diagnóstico BN-P y los grupos TCANE-P ( $p < .002$ ) y TCANE-R ( $p < .0001$ ).

Imagen Corporal: alteraciones actitudinales imagen corporal, obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal (Tabla 4).

Los datos obtenidos a partir del instrumento BSQ, indican que los grupos evaluados presentan alteraciones actitudinales en la imagen corporal especialmente el grupo BN-P ( $m=144,55$ ;  $de=32,51$ ). No se encuentran diferencias significativas en la comparación de las medias de los resultados (ANOVA). En Obsesión por la delgadez (EDI-2) se halla que el grupo BN-P ( $m=17,31$ ;  $de=4,11$ ) presenta los mayores índices respecto al resto de grupos evaluados. Se halla que ANOVA resulta significativa para esta

Tabla 4. Imagen corporal: alteraciones actitudinales imagen corporal, Obsesión por la delgadez e Insatisfacción corporal

					Diferencias medias							(P)		
					P. post hoc Diagnóstico									
							BSQ	DT	BD	BSQ	DT	BD		
Diagnóst	BN-P (n=29)	TA (n=6)	TCANEP (n=17)	TCANE-R (n=21)	BN-P	TA	33,55	5,31	.02	.161	.27	1		
					TCANE-P	16,55	5,01	4,92	.479	.06	.28			
					TCANE-R	24,50	6,54	4,81	.115	.004*	.24			
BSQ (≥105) m (de)	144,55 (32,51) 86,2%	109 (39,20) 49,9%	128 (31,68) 82,4%	120,04 (47,09) 57,6%	TA	BN-P	-35,55	-531	-.02	.161	.27	1,00		
					TCANE-P	-19,00	-.29	4,89	.713	1,00	.66			
					TCANE-R	-11,04	1,23	4,78	.921	.97	.66			
DT (≥13) m (de)	17,31 (4,11) 89,8%	12 (7,23) 66,6%	12,29 (5,90) 41,1%	10,76 (7,53) 57,3%	TCANE-P	BN-P	-16,55	-5,01	-4,92	.479	.06	.28		
					TA	19,00	.29	-4,89	.713	1,00	.66			
					TCANE-R	7,95	1,53	-.10	.916	.89	1,0			
BD (≥13) m (de)	18,86 (6,92) 83%	18,83 (10,41) 66,6%	13,94 (7,86) 41%	14,04 (9,34) 52,2%	TCANE-R	BN-P	-24,5	-6,54	-4,81	.115	.004*	.24		
					TA	11,04	-1,23	-4,78	.921	.97	.66			
					TCANE-P	-7,95	-1,53	.10	.916	.89	1,00			

Nota: BSQ: alteraciones actitudinales imagen corporal; DT: Obsesión delgadez; BD: Insatisfacción corporal

\*. La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05 ( $P < .05$ )

variable ( $F_{(3,69)} = 5,76$ ;  $P < .001$ ). Los contrastes a posteriori muestran que las diferencias significativas se encuentran en el grupo diagnóstico BN-P y TCANE-R ( $p < .004$ ). En Insatisfacción corporal (EDI-2), se hallan índices elevados en todos los grupos evaluados especialmente en los casos de BN-P ( $m = 18,86$ ;  $de = 6,92$ ). No se encuentran diferencias significativas en la comparación de las medias de los resultados (ANOVA) entre los grupos.

Funcionamiento psicológico: aspectos psicossociales y características de personalidad (Tabla 5).

En la evaluación de aspectos psicossociales, los datos obtenidos a partir de Desconfianza interpersonal e Inseguridad social (EDI-2) indican que no se encuentran diferencias significativas en la comparación de las medias de los resultados (ANOVA) entre los grupos diagnósticos evaluados. Respecto a las Características de personalidad los datos obtenidos, indican que en Ineficacia y Perfeccionismo (EDI-2) no se encuentran diferencias significativas en la comparación de las medias de los resultados (ANOVA) entre los grupos. En Conciencia Interoceptiva (EDI-2), el grupo BN-P ( $m = 13,79$ ;  $de = -6,32$ ) presenta los mayores índices respecto al resto de grupos evaluados. ANOVA resulta significativa para esta variable ( $F_{(3,69)} = 4,50$ ;  $P < .006$ ). Los contrastes a posteriori muestran que las diferencias significativas se encuen-

tran en el grupo diagnóstico BN-P y TA ( $p < .045$ ). En Miedo a la madurez, Ascetismo e Impulsividad (EDI-2), no se encuentran diferencias significativas en la comparación de las medias de los resultados (ANOVA) entre los grupos evaluados.

## Discusión

El primer objetivo del estudio fue evaluar la relevancia de factores de riesgo en los diferentes grupos diagnósticos de TCA: BN-P, TA y TCANE (subtipos). Uno de los primeros hallazgos que hemos obtenido tras la realización de este estudio es que el antecedente de obesidad, es un factor de riesgo de consistencia común en todos los grupos diagnósticos evaluados, incluidos los grupos de TCANE (ambos subtipos). Nuestros datos serían consistentes con estudios previos realizados a partir de muestras con BN (Fairburn et al., 1997) y la provisional forma diagnóstica de TA (Striegel-Moore, Cachelin, Dohm, Pike, Wilfley y Fairburn, 2001). La prevención de la obesidad se está convirtiendo en una de las actuaciones sanitarias prioritarias tanto a nivel internacional como nacional (AESAs, 2005; Henderson y Brownell, 2004; USDHHS, 2001; Wadden, Brownell y Foster, 2002; WHO, 1998). Su

Tabla 5. Funcionamiento psicológico: aspectos Psicosociales y características de personalidad

					Diferencias medias						(P)	
					Pruebas post hoc Diagnóstico		ID	SI	ID	SI		
					BN-P	TA	-.45	1,56	.99	.93		
						TCANE-P	.73	1,53	.95	.82		
						TCANE-R	.01	-.07	1,00	1,00		
Diagnóst.	BN-P (n=29)	TA (n=6)	TCANE-P (n=17)	TCANE-R (n=21)	TA	BN-P	.45	-1,56	.99	.93		
						TCANE-P	1,19	-.02	.95	1,00		
						TCANE-R	.47	-1,64	.99	.93		
ID (≥5)	4,2 (4,37)	4,66 (3,07)	3,47 (3,84)	4,19 (4,79)	TCANE-P	BN-P	-.73	-1,53	.95	.82		
m (de)	34,6%	66,6%	29,3%	38,1%		TA	-1,19	.02	.95	1,00		
						TCANE-R	-.71	-1,61	.96	.83		
SI (≥7)	7,06 (4,57)	5,5 (4,84)	5,52 (4,19)	7,14 (7,07)	TCANE-R	BN-P	-.01	.07	1,00	1,00		
m (de)	38,1%	33,3%	52,9%	42,8%		TA	-.47	1,64	.99	.93		
						TCANE-P	.71	1,61	.96	.83		
					Diferencias medias						(P)	
					Pruebas post hoc Diagnóstico		I	P	IA	I	P	IA
Diagnóst.	BN-P (n=29)	TA (n=6)	TCANE-P (n=17)	TCANE-R (n=21)	BN-P	TA	7,28	2,32	8,79	.13	.81	.045*
						TCANE-P	5,20	1,36	5,49	.11	.87	.078
						TCANE-R	1,47	2,41	4,60	.90	.48	.13
I (≥10)	10,62 (6,82)	3,33 (3,26)	5,41 (3,96)	9,14 (8,95)	TA	BN-P	-7,28	-2,32	-8,79	.13	.81	.045*
m (de)	45%	0%	17,50%	42,90%		TA	-2,07	-.96	-3,29	.93	.98	.78
						TCANE-R	-5,80	.09	-4,19	.34	1,00	.61
P (≥6)	7,65 (-5,1)	5,33 (-2,8)	6,29 (-4,29)	5,23 (-6,77)	TCANE-P	BN-P	-5,20	-1,36	-5,49	.11	.87	.078
m (de)	79,4%	49,9%	47%	28,6%		TA	-2,07	.96	3,29	.93	.98	.78
						TCANE-P	3,73	1,05	-.89	.42	.94	.98
IA (≥9)	13,79 (-6,32)	5 (-4,38)	8,29 (-5,59)	9,19 (-8,42)	TCANE-R	BN-P	-1,47	-2,41	-4,60	.90	.48	.13
m (de)	72,5%	16,5%	41,1%	38%		TA	5,80	-.09	4,19	.34	1,00	.61
						TCANE-P	3,73	-1,05	.89	.42	.94	.98
					Pruebas post hoc		MF	A	IR	MF	A	IR
Diagnóst	BN-P (n=29)	TA (n=6)	TCANEP (n=17)	TCANE-R (n=21)	BN-P	TA	1,68	5,44	5,36	.90	.09	.26
						TCANE-P	1,57	2,68	4,09	.79	.32	.17
						TCANE-R	-.73	2,25	3,19	.96	.42	.33
MF (≥6)	6,68 (-4,49)	5 (-4,69)	5,11 (-3,72)	7,42 (-6,5)	TA	BN-P	-1,68	-5,44	-5,36	.90	.09	.26
m (de) %	48,4%	50%	35,1%	47,6%		TCANE-P	-.11	-2,76	-1,26	1,00	.67	.97
						TCANE-R	-2,42	-3,19	-2,16	.78	.54	.89
A (≥6)	8,44 (-4,71)	3 (-2,36)	5,76 (-2,46)	6,19 (-6,18)	TCANE -P	BN-P	-1,57	-2,68	-4,09	.79	.32	.17
m (de) %	65,6%	16,6%	52,9%	28,6%		TA	.11	2,76	1,26	1,00	.67	.97
						TCANE-R	-2,31	-.42	-.90	.57	.99	.97
IR (≥5)	8,86 (-6,28)	3,5 (-3,27)	4,76 (-4,54)	5,66 (-6,95)	TCANE-R	BN-P	.73	-2,25	-3,19	.96	.42	.33
m (de)	76%	33,2%	52,9%	38%		TA	2,42	3,19	2,16	.78	.54	.89
						TCANE-P	2,31	.42	.90	.57	.99	.97

Nota: ID: Desconfianza interpersonal; SI: Inseguridad social; I: Ineficacia; P: Perfeccionismo; IA: Conciencia Interoceptiva; MF: Miedo a la Madurez; A: Ascetismo; IR: Impulsividad.

\*. La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05 (P&lt; .05)



papel como factor de riesgo en el desarrollo de los TCA es un argumento más a favor de su prevención.

En la evaluación de la menarquia, la mayoría de grupos evaluados se ubicaron en el estatus nutricional normal (Fahy y Russell, 1993), a excepción del grupo TA. Nuestros datos apoyarían que el inicio temprano de la menarquia, no es un factor de riesgo de consistencia para el desarrollo de los TCA. Tendemos a apoyar las estimaciones realizadas por Ackard y Peterson (2001) respecto a que, la percepción negativa del peso al inicio de la menarquia (sobre todo ante la incidencia de obesidad) podría funcionar como un factor de riesgo en el desarrollo de la patología alimentaria. Los casos de TA, se caracterizaron por ubicarse en la menarquia temprana y tardía. Pensamos que los elevados índices de sobrepeso y obesidad que acompañan a este tipo de pacientes, podrían estar afectando a la normalización en el desarrollo hormonal de la persona. No obstante, nuestros resultados se han de tomar con cautela, debido al escaso número de sujetos que disponíamos en el grupo de TA.

En todos los grupos evaluados el inicio de la enfermedad se ubicó en la etapa de la adolescencia (Ben-Tovim et al., 2001) y diferimos de los estudios que obtuvieron en casos de TA el inicio de la enfermedad en la edad adulta (Santonastaso, Ferrara y Favaro, 1997). La discrepancia de resultados podría ser atribuida a la falta de criterios consensuados para la identificación del inicio de la enfermedad (Fairburn et al., 1997). Hay un acuerdo unánime respecto a que en la adolescencia, la persona sufre una gran variedad de cambios biológicos (Striegel-Moore et al., 1986) y es la etapa del desarrollo en la cual interactúan un gran número de factores de riesgo para el desarrollo de los TCA (Attie y Brooks-Gunn, 1989).

En la evaluación de la psicopatología alimentaria, la mayoría de grupos presentó larga duración de la enfermedad en el momento de la evaluación (5 años o más) como se ha observado en estudios previos (Bulik, Sullivan, Joyce, Carter y McIntosh, 1998; Fichter y Quadflieg, 1997; Keel et al., 1999; Maddocks et al., 1992; Reas et al., 2000; Steiger et al., 1993; Vervaeke, van Heeringen y Audenaert, 2004b; Herzog et al., 1999; Norring, 1989; Probst, Vandereycken, Vanderlinden y Van Coppenolle, 1998; Sohlberg et al., 1992; Vervaeke, van Heeringen y Audenaert, 2004a) a excepción del grupo TCANE-R

(alrededor de los 2 años). Es importante señalar, por el consecuente riesgo de sesgo, que los datos sobre la duración de la enfermedad, se recogen a partir de la información retrospectiva facilitada directamente por la percepción subjetiva del paciente (Keel y Mitchell, 1997). Además otra limitación que supone la evaluación de este componente, reside en la falta de criterios consensuados para la evaluación. En este sentido, son escasos los estudios que han explicitado los criterios de evaluación (Fairburn et al., 1997; Reas et al., 2000) y consecuentemente se ha de tener presente para la comparación entre estudios.

El estatus nutricional caracterizó la sintomatología alimentaria propia de cada cuadro diagnóstico. La mayoría de grupos evaluados se ubicaron en el estatus nutricional normal, a excepción de los casos de TA que se caracterizaron por presentar elevada obesidad. Nuestros datos mostraron consistencia con los resultados obtenidos en estudios previos (Fairburn, Doll, Welch, Hay y Davies, 1998; Fitzgibbon, Sánchez-Johnsen y Martinovich, 2002; Santonastaso et al., 1997; Striegel-Moore et al., 2001; Vervaeke et al., 2004a). A partir de la realización del DSM-IV, se han emitido diferentes sugerencias respecto a la nueva clasificación diagnóstica de la BN-NP y el provisional TA. El problema de obesidad asociado en los casos de TA, es un argumento para contemplarlo como criterio diagnóstico diferencial tal y como han estimado otros autores (Devlin, Walsh, Spitzer y Hasin, 1992; Spitzer, Devlin, Walsh, Hasin, Wing, Marcus et al., 1992; Spitzer, Yanovski, Wadden, Wing, Marcus, Stunkard et al., 1993).

En la evaluación de la sintomatología alimentaria, hallamos que el grupo BN-P se caracteriza por presentar mayor severidad en la sintomatología alimentaria (Fahy y Russell, 1993; Tobin y Griffing, 1997).

Todos los grupos evaluados presentaron dificultades en la evaluación de la imagen corporal tanto en las alteraciones actitudinales de la imagen corporal como en insatisfacción corporal (Striegel-Moore et al., 2001; Ben-Tovim et al., 2001; Grange, Loeb, Van Orman, Courtney y Jellar, 2004) y obsesión por la delgadez. La insatisfacción corporal se ha identificado como factor de riesgo (Toro, 2004) y criterio diagnóstico común en los TCA. Su papel central en el desarrollo de los TCA, es un argumento más a favor de su prevención y tratamiento.

En la evaluación del funcionamiento psicológico, hallamos que todos los grupos diagnósticos cursan con dificultades en aspectos psicosociales, (Desconfianza interpersonal e Inseguridad social), estos datos coincidirían con el estudio realizado por Norring (1989). Los estudios sobre eficacia de tratamientos señalan que en el caso de los TCA, especialmente en la BN y los cuadros con sintomatología bulímica, tanto la terapia cognitivo conductual como la psicoterapia interpersonal se muestran como tratamientos eficaces (Chambless, Baker, Baucom, Beutler, Crits-Christoph, Daiuto et al., 1998). En la línea de diseñar tratamientos psicológicos basados en pruebas y adaptados a las características específicas de cada caso particular (APA, 2005), estos datos podrían indicar la conveniencia de incluir aspectos de la terapia interpersonal en aquellos casos donde se presentan mayores dificultades en el funcionamiento psicosocial.

Respecto a las características de personalidad, la mayoría de grupos presenta puntuaciones significativas en ineficacia (EDI-2) a excepción de los casos de TA en los que no hallamos ningún caso (0%). Todos los grupos diagnósticos presentan puntuaciones significativas en perfeccionismo. Nos sorprende haber hallado los índices más elevados en el grupo BN-P (Blouin, Carter, Blouin y Tener, 1994; Tobin y Griffing, 1997) y los más bajos en el grupo TCANE-R que podrían ser atribuidos a la corta duración de la enfermedad, la joven edad que caracteriza a este grupo y a que la subescala no presenta adecuada validez discriminante de la versión original. Inferimos que la tendencia al perfeccionismo podría estar estrechamente vinculada a los cuadros de mayor severidad clínica y no a la sintomatología específica característica de cada categoría diagnóstica. Todos los grupos evaluados presentan puntuaciones significativas en conciencia interoceptiva (EDI-2) y en el grupo BN-P, hallamos los índices más elevados (Blouin et al., 1994). En miedo a la madurez (EDI-2) todos los grupos evaluados presentan puntuaciones significativas y hallamos el índice más elevado en el grupo TCANE-R. Nuestros datos difieren del estudio realizado por Tobin y Griffing (1997), en el cual no se hallaron puntuaciones significativas en miedo a la madurez para los cuadros clínicos de BN-P; TCANE-P y TA. Hallamos que la

mayoría de grupos presentó puntuaciones significativas en ascetismo (EDI-2) y especialmente fue característico en los grupos que recurren a conductas de purga. Como era de esperar, la tendencia a la impulsividad (EDI-2) fue más relevante en las formas purgativas y nuestros datos se muestran consistentes con los realizados en otros estudios (Fichter, Quadflieg y Rehm, 2003; Fischer, Smith y Anderson, 2003; Vervaeke et al., 2004a).

Algunas de las limitaciones de nuestro estudio, tal y como hemos ido mencionado anteriormente, hacen referencia al escaso número de sujetos de los que disponíamos por grupo diagnóstico, especialmente en los casos de TA. Como ya han mencionado otros autores, el problema de obesidad frecuentemente asociado a los casos clínicos con TA, propicia su derivación hacia Unidades de Endocrinología y no a unidades especializadas para el tratamiento de los TCA (Striegel-Moore et al., 2001).

## Referencias

- Ackard, D. y Peterson, C. (2001). Association between puberty and disordered eating, body image, and other psychological variables. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 187-194.
- Agencia Española de Seguridad Alimentaria (2005). Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (NAOS). AESA, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Coiman, S. L.
- American Psychiatric Association (1994): "DSM-IV", *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (4ª. ed.), Washington DC, Author.
- American Psychological Association (2005). American Psychological Statement. Policy Statement on Evidence-Based Practice in Psychology <http://www2.apa.org/practice/ebp-statement.pdf>.
- Attie, I. y Brooks-Gunn, J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: a longitudinal study. *Development Psychology*, 25, 70-79.
- Ben-Tovim, D. L., Walker, K., Gilchrist, P., Freeman, R., Kalucy, R. y Esterman, A. (2001). Outcome in patients with eating disorders: a 5 year study. *Lancet*, 357, 1254-1257.

- Beumont, P., Al-Alami, M. y Touyz, S. (1988). Relevance of a standard measurement of under-nutrition to the diagnosis of anorexia nervosa: Use of Quetelet's body mass index. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 399-405.
- Blouin, J. H., Carter, J., Blouin, A. G. y Tener, L. (1994). Prognostic indicators in bulimia nervosa treated with cognitive-behavioral group therapy. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 113-123.
- Bulik, M. C., Sullivan, F. P., Joyce, R. P., Carter, A. C. y McIntosh, V. V. (1998). Predictors of 1-year treatment outcome in bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 206-214.
- Burrows, A., Cooper, M. (2002). Possible risk factors in the development of eating disorders in overweight pre-adolescent girls. *International Journal of Obesity*, 26, 1268-1273.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Deutler, L., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D. A. F., Bennett Johnson, S., McCurry, S., Mueser, K. T., Pope, K. S., Sanderson, W. C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D. A y Woody, S. A. (1998). Update on empirically validated therapies: II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Cooper, Z. y Fairburn, C. (1987). The Eating Disorder Examination: a semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 1-8.
- Corral, S., González, M., Pereña, J. y Seisdedos, N. (1998). *Adaptación española del Inventario de trastornos de la Conducta Alimentaria EDI2*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Devlin, M. J., Walsh, B.T., Spitzer, R. L. y Hasin, D. (1992). Is there another binge eating disorder?: A review of the literature on overeating in the absence of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 333-340.
- Fahy, A.T. y Russell, F. M. (1993). Outcome and prognostic variables in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 135-145.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, P. y O'Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry*, 57, 659-665.
- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A., O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder. A community-based, case control study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 425-432.
- Fairburn, C. G. y Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361, 407-416.
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A. y O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa. A community based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509-517.
- Fichter, M. M., Quadflieg, N. y Rehm, J. (2003). Predicting the outcome of eating disorders using structural equation modelling. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 292-313.
- Fichter, M. M. y Quadflieg, N. (1997). Six year course of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 361-384.
- First, M. B., Spitzer, R., Gibbon, M. y Williams, J. B. W. (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders. Patient Edition (SCID-I/P. Version 2.0)*. New York, NY: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Fischer, S., Smith, T. G. y Anderson, G. K. (2003). Clarifying the role of impulsivity in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 406-411.
- Fitzgibbon, M. L., Sánchez-Johnsen, L. A. P., Martinovich, Z. (2002). A test of the continuity perspective across bulimic and binge eating pathology. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 83-97.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Grange, D., Loeb, L. K., Van Orman, MD. S., Courtney, C. y Jellar, BA. (2004). Bulimia nervosa in adolescents. A disorder in evolution?. *Archives Pediatrics Adolescents Medicine*, 158, 478-482.
- Henderson, K. E. y Brownell, K. D. (2004). The toxic environment and obesity: contribution and cure. En J.K. Thompson (Ed.). *Handbook of*

- Eating Disorders and Obesity* (pp. 339-348). Hoboken, New Jersey: John Wiley y Sons.
- Henderson, M. y Freeman, C. P. L. (1987). A self-rating scale for bulimia: The BITE. *British Journal of Psychiatry*, 150, 18-24.
- Herzog, D. B., Dorer, D. J., Keel, P. K., Selwin, S. E., Ekeblad, E. R., Flores, A. T., Greenwood, D. N., Burwell, R. A. y Keller, M. B. (1999). Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: A 7.5- year follow-up study. *Journal American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 38 (7), 829-837.
- Keel, P. K., Mitchell, J. E., Miller, K. B., Davis, T. L. y Crow, S. J. (1999). Long-term outcome of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 56, 63-69.
- Keel, P. K. y Mitchell, J. E. (1997). Outcome in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 154, 313-321.
- Maddocks, S. E., Kaplan, A. S., Woodside, D. B., Langdon, L. y Piran, N. (1992). Two year follow-up of bulimia nervosa: The importance of abstinence as the criterion of outcome. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 133-141.
- Norring, C. E. A. 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.
- Norring, C. E. A. (1989). The Eating Disorder Inventory: its relation to diagnostic dimensions and follow-up status. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 685-694.
- Olmsted, M. P., Kaplan, A. S. y Rockert, W. (1994). Rate and prediction of relapse in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 151, 738-743.
- Probst, M., Vandereycken, W., Vanderlinden, J. y Van Coppenolle, H. (1998). The significance of body size estimation in Eating disorders: its relationship with clinical and psychological variables. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 167-174.
- Raich, R. M., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I. y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 1 (7), 51-66.
- Reas, D. L., Williamson, D. A., Martin, C. K. y Zucker, N. L. (2000). Duration of illness predicts outcome for bulimia nervosa: A long-term follow-up study. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 428-434.
- Ribas, T., Jiménez, M. y Bersabé, R. (2004). Fiabilidad y validez del test de investigación bulímica de Edimburgo (BITE), en una muestra de adolestes españoles. *Psicología Conductual*, 3, 447-462.
- Santonastaso, P., Ferrara, S., y Favaro, A. (1997). Differences between Binge Eating Disorder and Non-purging Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 215-218.
- Sohlberg, S. S., Norring, C. E. y Rosmark, B. E. (1992). Prediction of the course of anorexia / bulimia nervosa over three years. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 121-131.
- Spitzer, R. L., Devlin, M., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, W. S., Mitchell, J. y Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191-203.
- Spitzer, R. L., Yanovsky, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M. D., Stunkard, A., Devlin, M., Mitchell, J. y Hasin, D. (1993). Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 137-153.
- Steiger, H., Leung, F. y Thibodeau, J. (1993). Prognostic value of pre-treatment social adaptation in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 269-276.
- Striegel-Moore, R. H. y Cachelin, F. M. (2001). Etiology of eating disorders in women. *The Counseling Psychologist*, 29, 635-661.
- Striegel-Moore, R. H., Cachelin, F. M., Dohm, F. A., Pike, K. M., Wilfley, D. E., y Fairburn, C. G. (2001). Comparison of Binge Eating Disorder and Bulimia Nervosa in a Community Sample. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 157-165.
- Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R. y Rodin, J. (1986). Toward and understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist*, 41, 246-263.
- Striegel-Moore, R. H., Wilfley, D. E., Pike, K. M., Dohm, F. A., y Fairburn, C. G. (2000). Recurrent

- binge eating in black american women. *Archives Family Medicine*, 9, 83-87.
- Tobin, D. L. y Griffing, S. A. (1997). An examination of subtype criteria for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 179-186.
- Toro, J. (2004). Imagen corporal e insatisfacción corporal En: Toro, J. (eds.), *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa* (pp.181-208). Barcelona: Ariel.
- Vandereycken, W. y Noordenbos, G. (2000). La etiología de los trastornos alimentarios En: Vandereycken, W., Noordenbos, G. (Eds.), *La prevención de los trastornos alimentarios* (pp.: 25-28). Barcelona: Ediciones Granica, S.A.
- U.S. Department of Health and Human Services (2001). *The Surgeon General, s Call to Action To Prevent and Decrease Overweight and Obesity*. [Rockville, MD]: US. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General. US GPO, Washington.
- Vaz, F. J., García-Herráiz, M.<sup>a</sup> A., López-Vinuesa, B., Monge, M., Fernández-Gil, M.<sup>a</sup> A. y Guisado, J. A. (2003). Conductas purgativas y estado nutricional en anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Nutrición Hospitalaria*, 5, 253-258.
- Vervaet, M., van Heeringen, C. y Audenaert, K. (2004a). Personality – related characteristics in restricting versus bingeing and purging eating disordered patients. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 37-43.
- Vervaet, M., van Heeringen, C., y Audenaert, K. (2004b). Binge Eating Disorder and Non-purging Bulimia: more similar than different?. *European Eating Disorders Review*, 12, 27-33.
- Wadden, T. A., Brownell, K. D. y Foster, G. D. (2002). Obesity; Responding to the global epidemic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (3), 510-525.
- World Health Organisation (1988). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO consultation on obesity. Ginebra, 3-5 junio, 1997. WHO, 1998.

Manuscrito recibido: 25/06/2008

Revisión recibida: 12/01/2009

Aceptado: 15/01/2009