

BAJA AUTOESTIMA, RESTRICCIÓN ALIMENTARIA Y VARIABLES PSICOPATOLÓGICAS EN ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA. UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Mónica Viñuales-Mas¹, Fernando Fernández-Aranda, Susana Jiménez-Murcia, Vicente Turón-Gil y Julio Vallejo-Ruiloba
Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge, Barcelona (España)

Resumen

El objetivo del presente estudio es el examinar las relaciones existentes entre la baja autoestima, la conducta alimentaria restrictiva y otras variables clínicas y/o psicopatológicas en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA), al ser comparados con controles estudiantes (GC). 50 pacientes con TCA (24 Anoréxicos y 26 Bulímicos), según criterios DSM-IV, que acudieron a tratamiento al Servicio de Psiquiatría del Hospital de Bellvitge, participaron en el presente estudio. El grupo de control (GC) estaba compuesto por 38 estudiantes universitarios, divididos post-hoc en dos subgrupos en base a la presencia (RA, N= 18) o ausencia (NRA, N= 20) de restricción alimentaria. Todos los sujetos eran del sexo femenino.

Para la evaluación fueron utilizados los siguientes instrumentos: *Eating Disorders Inventory* (EDI), *Eating Attitudes Test* (EAT- 40), *Beck Depression Inventory* (BDI), *Rosenberg's Self-Esteem Scale* (RSES) y *Restraint Scale* (RS). Encontramos que tanto los pacientes con TCA como el subgrupo RA se diferenciaban del NRA en restricción alimentaria, realización de dietas e insatisfacción corporal ($p < 0,0001$); si bien, la baja autoestima ($p < 0,0001$) y la psicopatología alimentaria ($p < 0,0001$) fueron característica exclusiva en TCA. Así mismo, fue encontrada una correlación positiva significativa entre restricción alimentaria y baja autoestima ($r = 0,52$, $p < 0,0001$). En conclusión, la psicopatología alimentaria y la baja autoestima serán factores característicos en TCA; mientras que la realización de dietas y/o insatisfacción corporal, serán comunes asimismo en población general que realiza asiduamente restricción alimentaria (RA).

PALABRAS CLAVE: *Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, restricción alimentaria, baja autoestima.*

Abstract

The purpose of the present study was to assess the relationship between low self-esteem, restricting eating habits and other clinical and psychopathological

¹ *Correspondencia:* Fernando Fernández Aranda, Psicólogo Adjunto, Servicio de Psiquiatría, Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge, c/ Feixa Llarga, s/n, 08907 Barcelona (España). E-mail: ffernandez@csub.scs.es

Agradecimientos: El presente proyecto ha sido parcialmente financiado por la Unión Europea (V-Proyecto Marco, QLRT-1999-00916) y el Fondo de Investigación Sanitario (FIS: 00/258).

variables in patients with anorexia (AN) and bulimia nervosa (BN) when compared with control students (CG). 50 eating disorder patients (24 AN and 26 BN), according to DSM-IV criteria, who sought treatment at the University Hospital of Bellvitge in Barcelona (Spain) and 38 university students (CG), restricters (RE, N=18) and non restricters (NRE, N=20) participated in the current study. All Subjects were female and ranged in age between 16-37 years old. Assessment measures included the: Eating Disorders Inventory (EDI), Eating Attitudes Test (EAT-40), Beck Depression Inventory (BDI), Rosenberg's Self-esteem Scale (RSES), and Restraint Scale (RS). Our results suggest that AN, BN and RE appeared to be well differentiated from NRE in restricting eating habits, drive for thinness and body dissatisfaction ($p < 0.0001$); nevertheless, a core symptom of patients with eating disorder (AN and BN) was low self-esteem ($p < 0.0001$), negative eating attitudes and psycho-pathology ($p < 0.0001$). Furthermore, there was a positive correlation between restricting eating habits and low self-esteem ($r = 0.52$, $p < 0.0001$). In conclusion, negative attitudes and psychopathology towards eating and low self-esteem appeared to be characteristics of patients with eating disorders, and not only diet behaviour and body dissatisfaction, also common factors in general population.

KEY WORDS: *Anorexia nervosa, bulimia nervosa, restricting eating behaviour, low self-esteem.*

Introducción

Durante los últimos 30 años se ha podido observar un importante incremento en la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), alcanzando ésto valores del 1-2% en anorexia nerviosa (AN) y del 2-5% en el caso de bulimia nerviosa (BN) (Fernández-Aranda y Turón, 1998). Debido a este hecho, son diversos los estudios que han sido llevados a cabo con el fin de determinar factores etiopatológicos implicados en los TCA y que han permitido identificar parcialmente el carácter multifactorial en la génesis y/o mantenimiento de los mismos (Vandereyken y Hoeck, 1992; Mora y Raich, 1994; Toro, 1998). Sin embargo, los resultados al respecto son limitados y poco específicos.

Comúnmente, uno de los factores que suele estar generalmente relacionado con el desarrollo del TCA, será la realización de una conducta alimentaria restrictiva e insatisfacción extrema con la imagen corporal (Jarry, 1998; Polivy y Herman, 1991). No en vano, 70-80% de pacientes aquejados de bulimia nerviosa, comenzaron el trastorno con la realización de una dieta (Laessle, Tuschl, Waadt y Pirke, 1989) y entre 55 (en AN) - 74% (en BN) de pacientes con TCA se encuentran poco-nada satisfechos con su imagen corporal antes de iniciar un tratamiento (Fernández-Aranda y Turón, 1998, ver pp. 146-48).

Así mismo, factores intrapersonales específicos (características psicopatológicas concretas y/o conductas deficitarias) y/o interpersonales han sido identificados generalmente como factores coadyuvantes y/o mantenedores de un TCA. De entre los factores intrapersonales estudiados, numerosos autores coinciden en señalar la relación existente entre los niveles de baja autoestima y la conducta alimentaria de los sujetos aquejados de un TCA (Cooper y Fairburn, 1993). En este sentido, Rosen

y Ramírez (1998) compararon el nivel de autoestima en pacientes con TCA, pacientes con trastorno dismórfico corporal y controles, obteniendo que tanto TCA como pacientes con dismofia corporal tenían menor autoestima que el grupo de control. Otros autores, por otro lado, encontraron que este hecho podría ir relacionado y/o asociado a déficits en habilidades sociales (Fernández, Turón, Menchón, Vallejo y Pifarré, 1996; Fernández, *et al.*, 1997; Garner, Olsmtd, Polivy y Garfinkel, 1984; Williams, *et al.*, 1993) y/o relacionales, que generasen un bajo autoconcepto en estos pacientes (Jarry, 1998).

En un intento por encontrar conexiones y/o asociaciones entre distintos factores intraindividuales implicados, en población no clínica, Heatherton, Polivy, Pliner, y Herman (1986) obtuvieron que sujetos que realizaban restricción alimentaria mostraban niveles más bajos de autoestima. Y en este sentido, Polivy, Heatherton y Herman en 1988, obtuvieron que en estos sujetos, el patrón alimentario dependía directamente del grado de autoestima que presentasen. Así mismo, en un estudio reciente, van-der-Ham, Van-Strien y Van-Engeland (1998) estudiaron longitudinalmente una muestra de TCA adolescentes y obtuvieron que en BN el nivel de baja autoestima, previo al inicio de un tratamiento, era un factor predictor de mal pronóstico a largo plazo.

A pesar de la existencia de numerosos estudios que describen la importancia en la génesis y/o mantenimiento de un TCA de factores como restricción alimentaria y baja autoestima, son escasos los que intentan encontrar asociación entre éstos y las distintas variables clínicas y/o psicopatológicas en TCA y controles.

Los objetivos del presente estudio consistieron en:

1. Determinar la importancia que posee la baja autoestima en pacientes con trastornos de la alimentación (TCA) al ser comparados con controles (GC).
2. Examinar las relaciones existentes entre las variables baja autoestima, restricción alimentaria y otras variables clínicas y/o psicopatológicas.

Método

Sujetos

Nuestro grupo de casos con pacientes aquejados por un trastorno de la alimentación (TCA) se componía de 50 pacientes (24 anorexia nerviosa (AN) y 26 bulimia nerviosa (BN)), todos ellos diagnosticados según criterios DSM-IV (APA, 1994), y que se encontraban al inicio del tratamiento en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Bellvitge de Barcelona, al que habían acudido consecutivamente para ser tratados por este problema.

El grupo de control (GC) consistió en 38 estudiantes universitarios (divididos *post-hoc* en dos subgrupos en base a la presencia (RA, N= 18) o ausencia (NRA, N= 20) de restricción alimentaria). Todos los sujetos eran del sexo femenino. Características sociodemográficas de los distintos grupos aparecen reflejadas en la Tabla 1.

Material

Eating Attitudes Test (EAT-40) (Garner y Garfinkel, 1979). Cuestionario compuesto de 40 ítems, que hacen referencia a síntomas y conductas comunes en anorexia nerviosa. Las puntuaciones van de 0 a 120, indicando el máximo valor un mayor grado de trastorno de la conducta alimentaria. El autoinforme utilizado se encuentra adaptado a la población española por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991). Este cuestionario presenta un coeficiente alfa de consistencia interna de 0,93.

Eating Disorder Inventory (EDI) (Garner, Olmsted y Polivy, 1983). El EDI es un cuestionario de 64 ítems, diseñado para evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales características de la anorexia y bulimia nerviosa. Estas se hallan agrupadas en 8 subescalas distintas. Este cuestionario ha sido adaptado a la población española por Guimera y Torrubia (1987). La fiabilidad test-retest varía en las distintas subescalas entre 0,30-0,82 y el coeficiente alfa de consistencia interna varía entre 0,74 y 0,92.

Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbauch, 1961). El BDI es un cuestionario de 21 ítems que evalúa los diversos componentes de la depresión. Sus puntuaciones oscilan entre 0 y 63. Este cuestionario se encuentra adaptado y validado en la población española (Vázquez y Sanz, 1999), siendo el coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades de 0,93 y la validez convergente oscila entre 0,62 y 0,66.

Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSS)- Rosenberg, 1965. Es una escala de 10 ítems que proporciona una medida del grado de autoestima. A mayor puntuación, más bajo nivel de autoestima. Cada ítem puntúa de uno a cuatro, siendo la puntuación total más alta posible en esta escala de 40. Este cuestionario se encuentra aplicado a la población española por Echeburúa (1995).

Restraint Scale (RS) —revised— (Herman y Polivy, 1980). La escala RS-revisada (de la original de Herman y Mack, 1975) consta de 10 ítems que evalúan conducta alimentaria restrictiva y de dieta. Este cuestionario distinguirá adecuadamente entre personas que realizan una conducta alimentaria extrema de control y dieta de los que no lo hacen (puntuación media de corte: 15).

Procedimiento

A todos los sujetos del grupo de casos (AN y BN) les fue suministrada la batería de cuestionarios antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento. Los sujetos del grupo de control fueron divididos *post-hoc* en realizadores de restricción alimentaria (RA) o no (NRA) en función de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario RS.

Para la comparación de cada una de las variables dependientes cuantitativas respecto al factor grupo (AN, BN, NRA, RA) fue utilizada un ANOVA de una vía y ANCOVA. Así mismo, en caso de observarse diferencias significativas entre los grupos, procedimientos de comparación múltiple (Scheffé-Test) fueron aplicados. Finalmente, para determinar la existencia de posibles correlaciones entre variables objeto de estudio, fue utilizado un procedimiento de regresión lineal múltiple.

Resultados

Variables sociodemográficas

Como se observa en la Tabla 1, no existían diferencias significativas entre los grupos ni respecto a edad ni a la altura; sin embargo, como era de esperar, y debido especialmente a las características clínicas de los pacientes aquejados por anorexia nerviosa, se observaron diferencias significativas entre éste (AN) y el resto de los grupos respecto a las variables peso ($p < 0,0001$) e IMC ($p < 0,0001$).

Tabla 1

Datos sociodemográficos de los grupos de casos con trastorno de la alimentación (AN y BN) y controles (RA y NRA) utilizados en el presente estudio

	AN (N = 24)		BN (N = 26)		RA (N = 18)		NRA (N = 20)		F	P
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT		
Edad	21,9	4,4	22,9	5,4	22,2	1,9	20,1	1,6	1,9	NS
Peso	46,8	7,1	62,3	14,3	62,6	7,1	55,5	5,9	10,4	0,0001
Altura	1,64	0,1	1,63	0,05	1,64	0,04	1,65	0,06	0,9	NS
IMC	17,4	2,1	23,6	5,3	23,2	2,5	20,4	2,2	11,6	0,0001

Nota: AN: anorexia nerviosa; BN: bulimia nerviosa; RA: Controles restrictores de la alimentación; NRA: Controles no restrictores de la alimentación; IMC: Índice de Masa Corporal ($\text{Peso}/\text{Altura}^2$)

Variables psicométricas

Como era de esperar (ver Tabla 2), los pacientes con trastorno alimentario (AN y BN) presentaron diferencias significativas con ambos grupos de control, tanto en actitudes negativas hacia la alimentación y psicopatología alimentaria (puntuaciones totales en el EAT-40 y EDI), como en sintomatología depresiva (puntuaciones BDI) y baja autoestima (RSS). Es decir, característico en pacientes con AN o BN fue la baja autoestima ($p < 0,0001$) y la psicopatología alimentaria ($p < 0,0001$).

Así mismo, encontramos que tanto los pacientes con Trastorno de la Alimentación (AN y BN) como el subgrupo RA, de los controles, se diferenciaban del NRA en restricción alimentaria —medida según la escala RS— (Scheffé-Test $< 0,0001$), realización de dietas —medida según la subescala del EDI— (Scheffé-Test $< 0,0001$) e insatisfacción corporal —medida según la subescala del EDI— (Scheffé-Test $< 0,0001$) (ver Figura 2).

Tabla 2

Datos psicométricos de los grupos de casos con trastorno de la alimentación (AN y BN) y controles (RA y NRA) utilizados en el presente estudio

	AN (N = 24)		BN (N = 26)		RA (N = 18)		NRA (N = 20)			
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	F (3;84)*	P
EAT -40	60,8	16,5	56,4	17,6	19,6	7,2	9,8	5,5	78,5 a	0,0001
EDI (Total)	77,6	25,4	95,8	26,9	47,3	21,2	23,2	12,1	44,6 b	0,0001
<u>Subescalas</u>										
Tendencia a la delgadez	13,4	5,6	15,7	4,3	5,8	4,3	1,2	1,6	53,7 b	0,0001
Bulímica	5,3	6,3	9,5	4,9	2,4	2,2	0,3	0,9	18,9 c	0,0001
Insatisfacción corporal	16,3	5,8	18,6	7,7	14,9	8,4	6,0	6,0	13,4 d	0,0001
Baja autoestima	12,5	7,1	13,7	6,8	5,9	5,5	4,0	4,4	13,2 a	0,0001
Perfeccionismo	5,8	3,9	8,5	5,3	5,0	3,8	3,3	3,0	6,0 e	0,001
Desadaptación interpersonal	6,7	4,6	8,1	5,9	3,7	4,2	2,3	3,1	7,3 c	0,002
Conocimiento interoceptivo	11,0	6,3	14,8	7,5	3,3	3,9	1,6	2,3	27,2 a	0,0001
Miedo a madurar	6,7	4,4	6,9	5,1	6,2	4,2	4,4	2,5	1,5	NS
BDI	26,3	11,9	29,5	8,6	12,3	11,2	5,6	5,2	30,3 a	0,0001
RSES	19,5	6,6	19,6	4,7	4,0	4,2	1,9	2,9	83,1 a	0,0001
RS	19,5	4,8	24,9	4,9	19,7	2,4	8,4	3,5	60,4 f	0,0001

Nota: AN: *anorexia nerviosa*; BN: *bulimia nerviosa*; RA: *Controles restrictores de la alimentación*; NRA: *Controles no restrictores de la alimentación* EAT-40: *Eating Attitudes Test* (Garner y Garfinkel, 1979); EDI: *Eating Disorder Inventory* (Garner, Olmsted, y Polivy, 1983); BDI: *Beck's Depression Inventory* (Beck et al., 1961); RSES: *Rosenberg's Self-esteem Scale*, 1965; RS: *revised Restraint Scale* (Herman y Polivy, 1980).

* ANOVA (F (3;84))

Nota: significaciones en base al test de comparación múltiple: (Scheffé Test; $p < 0,01$).

(a) AN=BN > RA=NRA

(b) AN=BN > RA > NRA

(c) BN > RA=AN > NRA.

(d) AN =BN=RA > NRA.

(e) BN > AN=RA=NRA.

(f) BN > AN=RA > NRA.

Por otro lado, en la muestra total de sujetos (casos y controles) se encontró una correlación positiva significativa entre las variables restricción alimentaria (medida según la escala RS) e insatisfacción corporal (subescala del EDI) ($r = 0,65$; $p < 0,0001$). Hecho que indicaría que sujetos en los que se observa una mayor insatisfacción con su imagen presentan también una mayor restricción alimentaria (ver Figura 3).

Figura 1

Valores medios en sintomatología alimentaria (EAT-40) y Baja autoestima (RSS) en pacientes con anorexia nerviosa (AN, N=24), bulimia nerviosa (BN, N=26) y controles restrictivos (RA, N=18) y no restrictivos (NRA, N=20)

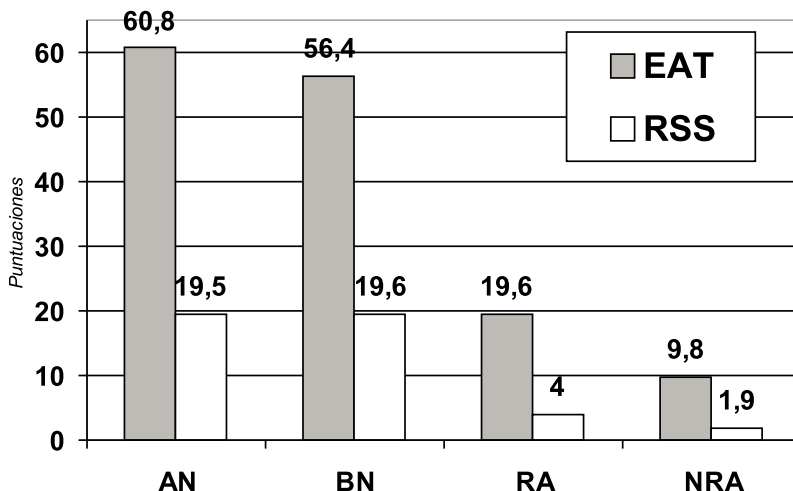


Figura 2

Valores medios en las subescalas del Eating Disorders Inventory (EDI) en pacientes con anorexia (AN, N=24), bulimia (BN, N=26) y controles restrictivos (RA, N=18) y no restrictivos (NRA, N=20)

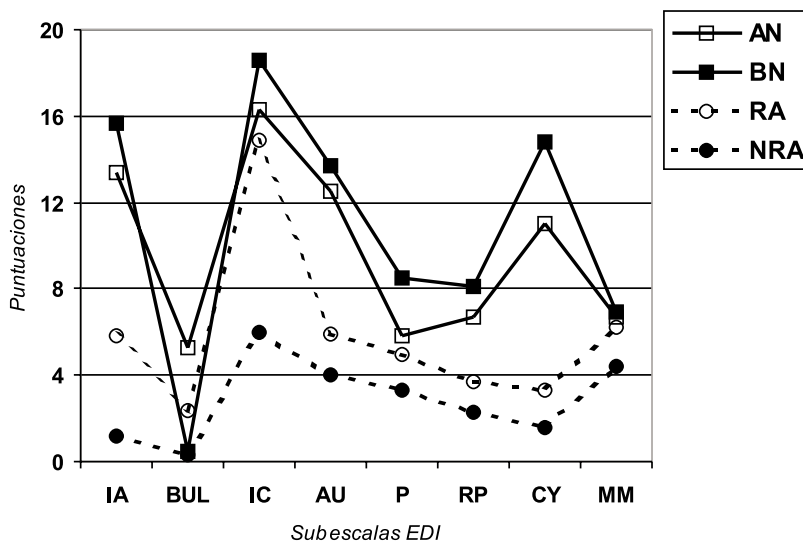
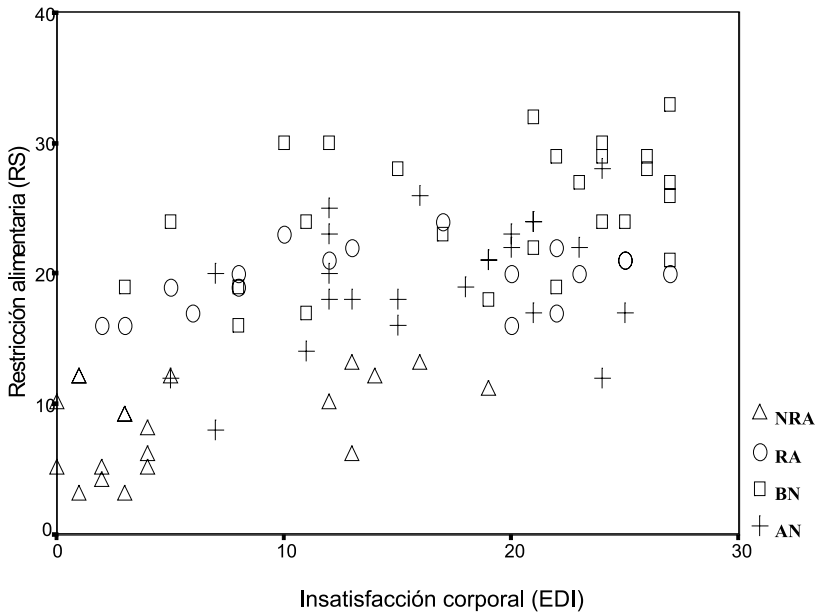


Figura 3

Regresión lineal entre restricción alimentaria (RS) e insatisfacción corporal (EDI) en pacientes con anorexia (AN, N=24), bulimia (BN, N=26) y controles restrictivos (RA, N=18) y no restrictivos (NRA, N=20)



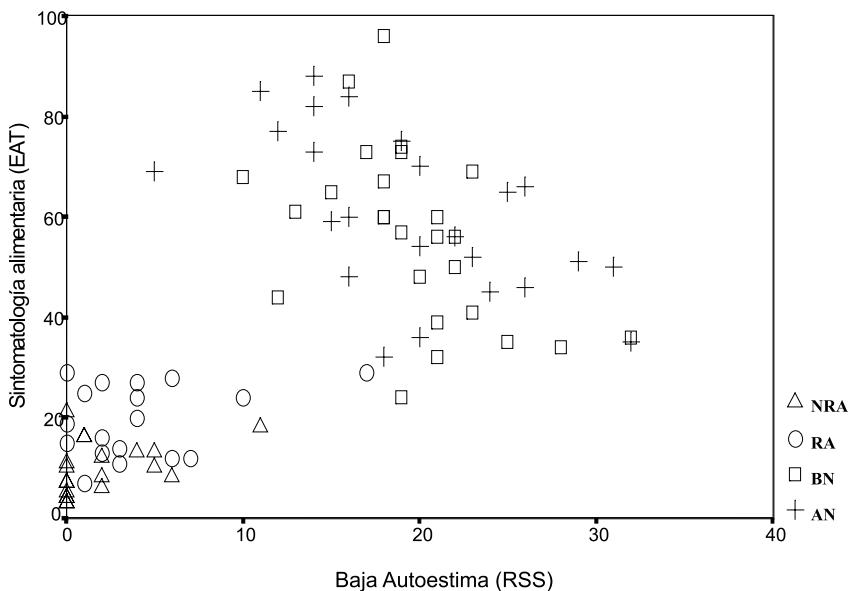
Así mismo, fue encontrada una correlación positiva entre las variables sintomatología alimentaria (medida según la escala EAT) y baja autoestima (medida según la escala RSS) ($r=0,64$, $p<0,0001$). Hecho que indicaría que sujetos en los que se observa una sintomatología y trastorno alimentario presentan comúnmente una más baja autoestima (ver Figura 4).

Del mismo modo, fue encontrada una correlación positiva entre las restricción alimentaria (medida según la escala RS) y baja autoestima (medida según la escala RSS) ($r=0,52$, $p<0,0001$). Hecho que indicaría que sujetos en los que se observa una mayor restricción alimentaria, serían aquellos que manifiestan más baja autoestima (ver Figura 5).

Finalmente, al comparar la variable autoestima entre grupos de pacientes (AN y BN) y controles (RA y NRA), utilizando la variable sintomatología depresiva como covariante, el ANCOVA mostró diferencias significativas, tanto respecto a las puntuaciones de la subescala de baja autoestima del cuestionario EDI (Media pacientes=13,1; DT=6,8; Media controles= 4,9; DT=4,9; $F=92,4$; $p< 0,0001$), como en lo referente a las puntuaciones totales del cuestionario de autoestima RSS (Media pacientes=19,6 DT=5,6; Media controles=2,9; DT= 3,7; $F=136,3$, $p< 0,0001$).

Figura 4

Regresión lineal entre la variable sintomatología alimentaria (EAT) y baja autoestima (RSS) en pacientes con anorexia (AN, N=24), bulimia (BN, N=26) y controles restrictivos (RA, N=18) y no restrictivos (NRA, N=20)



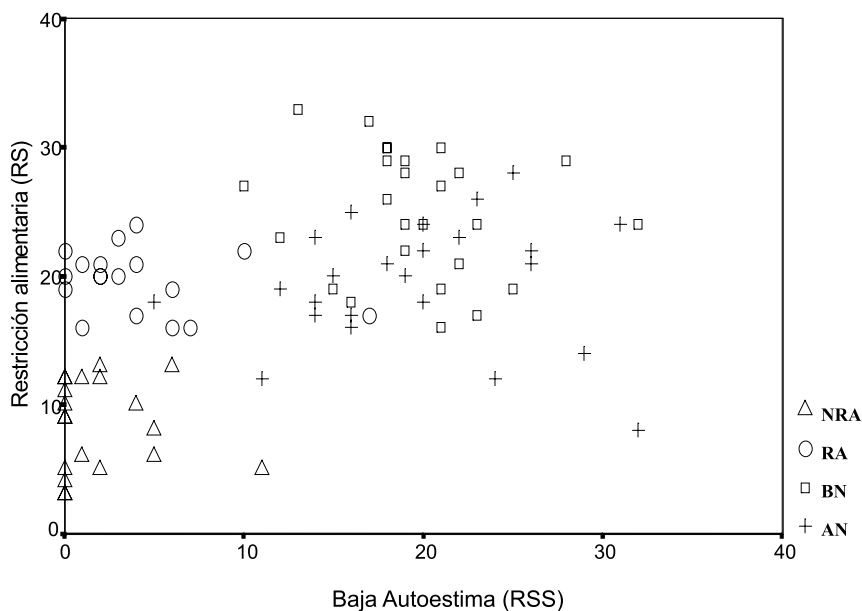
Discusión y conclusiones

Las conclusiones básicas que pueden ser extraídas del presente estudio son las siguientes: (1) La psicopatología alimentaria específica y la baja autoestima son factores característicos en pacientes con TCA (AN y/o BN), no siendo, la baja autoestima tan sólo explicable por la sintomatología depresiva presente en los pacientes. Estos resultados irían en concordancia con los resultados obtenidos por otros autores (Cooper y Fairburn, 1993; Jarry, 1998) que sugieren la presencia de una pobre autoestima y autoconcepto en TCA, en mayor medida de lo observado en población general y/o grupos de control (Garner *et al.*, 1984; Rosen y Ramírez, 1998).

(2) La realización de dietas y la insatisfacción con la silueta corporal van asociadas. Es decir, que sujetos en los que se observa una mayor insatisfacción con su propia imagen son aquellos que presentan también una mayor restricción alimentaria; sin embargo, este hecho se observa no tan sólo en pacientes con un trastorno de la alimentación sino también en la población general que realiza restricción alimentaria. Este resultado es coherente con lo observado en la literatura (Fernández, Probst, Meermann y Vandereycken, 1994; Levine, *et al.*, 1994; Mora y Raich, 1994), en la

Figura 5

Regresión lineal entre la variable restricción alimentaria (RS) y baja autoestima (RSS) en pacientes con anorexia (AN, N=24), bulimia (BN, N=26) y controles restrictivos (RA, N=18) y no restrictivos (NRA, N=20)



que la restricción alimentaria e insatisfacción con la silueta corporal aparecen de forma común en un 50-80% de mujeres de la población general (Cash y Pruzinsky, 1990; Lee, 1993). Como ha sido citado en estudios previos, los aspectos cognitivos y actitudinales respecto a la propia imagen corporal muestran una mayor relevancia clínica y pronóstica (Fernández, Dahme y Meermann, 1999; Fernández y Turón, 1998).

(3) La restricción alimentaria va asociada, entre otras variables, a la baja autoestima. Ello indica que sujetos en los que se observa una mayor restricción alimentaria, son aquellos que manifiestan una más baja autoestima y pobre autoconcepto. Este resultado se muestra igualmente en concordancia con lo obtenido por otros autores, los cuales resaltan la conexión entre restricción alimentaria y bajos niveles de autoestima (Garner *et al.*, 1984; Heatherton *et al.*, 1986; Polivy *et al.*, 1988; Polivy y Herman, 1991).

Las implicaciones terapéuticas que tendrían los resultados obtenidos en el presente estudio serían las siguientes: (a) debido a la relevancia crucial de variables como restricción alimentaria y baja autoestima en el mantenimiento y/o instauración de un trastorno alimentario, sería fundamental que programas en TCA abordasen, entre otros aspectos, la normalización de hábitos alimentarios por un lado y la recuperación de un autoconcepto y/o autoestima adecuados en el paciente; (b) a través de intervenciones cognitivo-conductuales que incidan en estos aspectos, se conseguirá redu-

cir las cogniciones irracionales, tanto en torno a la alimentación como a la estima personal, presentes en estos pacientes. No en vano, la recuperación de una conducta alimentaria adecuada y un nivel de autoestima, serán dos factores que predecirán el buen pronóstico tras un tratamiento (ver van der Hamm *et al.*, 1998; Fernández *et al.*, 1997); (c) la insatisfacción con la imagen presente en TCA debería ser entendida no tan sólo como un mero desagrado con su propia figura corporal, sino como un constructo en los que los aspectos cognitivos, actitudinales y emocionales se encuentran estrechamente implicados (Fernández *et al.*, 1999; Fernández y Turón, 1998).

Este estudio presenta algunas limitaciones, como son: muestras no lo suficientemente amplias como para permitirnos comparaciones entre subgrupos de pacientes (p.e. distintos subtipos de pacientes con AN y/o BN entre ellos) y limitación en las variables dependientes analizadas (no habiendo tenido en cuenta la influencia de variables como niveles de ansiedad, personalidad, etc.). En investigaciones futuras, deberían continuar siendo investigados factores intrapsíquicos, como los aquí estudiados, y su carácter primario o secundario respecto a la patología alimentaria de estos pacientes.

Referencias

- American Psychiatric Association. (1994). *Manual estadístico para el diagnóstico de los trastornos mentales* (4ª ed.). Barcelona: Masson.
- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J. y Erbauch, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Cash, T. F. y Pruzinsky, T. (1990). *Body images: development, deviance and change*. Nueva York: Guilford.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: validation of the spanish version. *Evaluación Psicológica/ Psychological Assessment*, 7, 175-190.
- Cooper, P. y Fairburn, C. (1993). Confusion over the core psychopathology of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 385-389.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Fernández, F., Ayats, N., Jiménez, S., Saldaña, C., Turón, V. y Vallejo, J. (1997). Entrenamiento en habilidades conversacionales en un grupo ambulatorio de pacientes anoréxicas: Un diseño de línea base múltiple. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23 (87), 5-22.
- Fernández-Aranda, F., Dahme, B. y Meermann, R. (1999). Body image in Eating Disorders and analysis of its relevance. *Journal of Psychosomatic Research* (en prensa).
- Fernández, F., Probst, M., Meermann, R. y Vandereycken, W. (1994). Body Image estimation and dissatisfaction in Eating disorder patients and normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 307-310.
- Fernández-Aranda, F. y Turón, V. (1998). *Guía básica de tratamiento en Anorexia y Bulimia nerviosa*. Masson. Barcelona.
- Fernández, F., Turón, V., Menchón, J. M., Vallejo, J. y Pifarré, J. (1996). Ansiedad social y dificultades interpersonales en Anorexia nerviosa. Consideraciones terapéuticas. *Revista del Departamento de Psiquiatría Médica*, 23, 30-35.
- 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, 15-34.

- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Polivy, J. y Garfinkel, P. E. (1984). Comparison between Weight-Preoccupied Women and Anorexia Nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 46, 255- 256.
- Guimerà, E., y Torrubia, R. (1987). Adaptación española del Eating Disorder Inventory (EDI) en una muestra de pacientes anoréxicas. *Anales de Psiquiatría*, 3, 185-190.
- Heatherton, T. F., Polivy, J., Pliner, P. y Herman, C. P. (1986). *Self-esteem, body weight, and dieting status*. Unpublished manuscript.
- Herman, C. P. y Polivy, J. (1980). Restraint eating. En A. Stunkard (Ed.), *Obesity* (pp. 208- 225). Philadelphia: Saunders.
- Jarry, J. L. (1998). The meaning of body image for women with eating disorders. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie*, 43, 367-74.
- Laessle, R. G., Tuschl, R. J., Waadt, S. y Pirke, K. M. (1989). The Specific Psychopathology of Bulimia Nervosa: a Comparison with Restrained and Unrestrained (Normal) Eaters. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 56, 772-775.
- Lee, S. (1993). How abnormal is the desire for slimness? A survey of eating attitudes and behaviour among Chinese undergraduates in Hong Hong. *Psychological Medicine*, 23, 437-451.
- Levine, M. P., Smolak, L., Moodey, A. F., Shuman, M. D. y Hessen, L. D. (1994). Normative developmental challenges and dieting and eating disturbances in middle school girls. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 11-20.
- Mora, M. y Raich, R. M. (1993). Prevalencia de las alteraciones de la imagen corporal en poblaciones con trastorno alimentario. *Revista de Psiquiatría Facultad Medicina Barcelona*, 20, 113-135.
- Polivy, J., Heatherton, T. F. y Herman, C. P. (1988). Self-esteem, restraint, and eating behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 354-356.
- Polivy, J. y Herman, C. P. (1991). Good and bad dieters: self-perception and reaction to a dietary challenge. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 91-99.
- Rosen, J. C. y Ramirez, E. (1998). A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder on body image and psychologic adjustment. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 441-449.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press.
- Toro, J. (1988). Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta. *Anuario de Psicología*, 38, 25-47.
- Van-der-Ham, T., Van-Strien, D. C. y Van-Engeland, H. (1998). Personality characteristics predict outcome of eating disorders in adolescents: a four year prospective study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 79-84.
- Vandereyken, W. y Hoeck, H. W. (1992). Are eating disorders culture-bound syndromes? En K.A. Halmi, *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1999). Fiabilidad y evaluación de la versión española del Inventario para depresión de Beck 1978 en pacientes con trastornos psiquiátricos. *Clínica y Salud*, 10, 59-81.
- Williams, G. J., Power, K. G., Millar, H. R., Freeman, C. P., Yellowlees, A., Dowds, T., Walker, M., Campsie, L., MacPherson, F., y Jackson, M. A. (1993). Comparison of eating disorders and other dietary/weight groups on measures of perceived control, assertiveness, self-esteem, and self-directed hostility. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 27-32.