



# Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra representativa de estudiantes de Secundaria<sup>1</sup>

Manuel Herrero<sup>2</sup> y Conrado M. Viña  
(Universidad de La Laguna, España)

(Recibido 7 de enero 2004/ Received January 7, 2004)

(Aceptado 15 de marzo 2004 / Accepted March 15, 2004)

**RESUMEN.** Los objetivos de este estudio transversal han sido determinar la frecuencia de las actitudes y conductas autoinformadas asociadas con los trastornos de la conducta alimentaria evaluadas mediante el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), comprobar si existen diferencias en esas variables en función de las variables sociodemográficas tenidas en cuenta y, por último, estimar el porcentaje de población en situación de riesgo. Se aplicó el EDI-2 a una muestra aleatoria y representativa de estudiantes de Secundaria ( $n = 1190$ ) en un diseño transversal. Las medias de las subescalas de Obsesión por la Delgadez, Bulimia e Insatisfacción Corporal se enmarcan dentro del rango de lo encontrado en la literatura. Al comparar las medias de las escalas y subescalas del EDI en función de las distintas variables demográficas tenidas en cuenta se obtienen diferencias significativas sobre todo en género. Se analizan distintos criterios para determinar el porcentaje de personas en situación de riesgo de presentar y/o desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria y se ofrecen estos resultados en función de las distintas variables demográficas consideradas en este estudio.

**PALABRAS CLAVE.** EDI-2. Trastornos alimentarios. Anorexia. Bulimia. Estudio transversal descriptivo.

<sup>1</sup> Este trabajo forma parte de un proyecto subvencionado por la Universidad de La Laguna.

<sup>2</sup> Correspondencia: Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Campus de Guajara. Universidad de La Laguna. 38200 La Laguna. Santa Cruz de Tenerife (España). E-mail: mherrero@ull.es

**ABSTRACT.** The objectives of this work were: a) to determine the frequency of self-reported attitudes and behaviors associated with eating disorders assessed by the Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2); b) to check if there are differences in those variables according to the sociodemographic variables taken into account; and c) to estimate the percentage of population in risk situation. The EDI-2 was administered to a randomized and representative sample ( $n = 1190$ ) in a cross-sectional design. Drive for Thinness, Bulimia and Body Dissatisfaction subscales means are located in the rank found in the literature. When comparing EDI-2 scales and subscales means according to the demographic variables taken into account, significant differences are obtained mainly in gender. Different criteria are analyzed in order to determine the percentage of persons in risk situation of presenting and/or developing an eating disorder, and these outcomes are presented according to the different demographic variables considered in this study.

**KEYWORDS.** EDI-2. Eating disorders. Anorexia. Bulimia. Cross-sectional descriptive research.

**RESUMO.** Este estudo transversal teve como objetivos determinar a frequência das atitudes e comportamentos auto-informados associados com perturbações do comportamento alimentar avaliadas através do Inventário de Perturbações do comportamento alimentar (EDI-2), comprovar se existem diferenças nessas variáveis em função das variáveis sócio-demográficas tidas em conta e, por último, estimar a percentagem da população em situação de risco. Aplicou-se o EDI-2 a uma amostra aleatória e representativa de estudantes do Ensino Secundário ( $n = 1190$ ) de acordo com um plano transversal. As médias das subescalas de Obsess.,o com a Magreza, Bulimia e Insatisfação Corporal situam-se num intervalo encontrado na literatura. Ao comparar as médias das escalas e subescalas do EDI em função das diferentes variáveis demográficas obtêm-se diferenças significativas sobretudo no género. Analisam-se distintos critérios para determinar a percentagem de pessoas em situação de risco de apresentar e/ou desenvolver uma perturbação do comportamento alimentar e oferecem-se estes resultados em função das diferentes variáveis demográficas consideradas neste estudo.

**PALAVRAS CHAVE.** EDI-2. Perturbações alimentares. Anorexia. Bulimia. Estudo transversal descritivo.

### Introducción

Aunque los datos respecto a la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria distan de ser definitivos (Miotto, De Coppi, Frezza y Preti, 2003), la mayoría de los autores señala un claro aumento de la misma (Chinchilla, 2003b; American Psychiatric Association, 2002; García-Camba, 2001; Polivy y Herman, 2002), por lo que no es extraño que se dediquen cada vez mayores esfuerzos a determinar su grado de extensión. Uno de los instrumentos de sondeo más utilizados y que ha llegado a convertirse en el cuestionario de elección a la hora de evaluar dichos trastornos, tanto en muestras clínicas como no clínicas (Sierra, Buela-Casal y Ambrosio, 2001; Van Strien y Ouwens, 2003) es el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI) (Garner, Olmsted y Polivy, 1983). La subescala del EDI utilizada como base para determinar si una persona se encuentra o no en situación de riesgo de desarrollar un trastorno de conducta

alimentaria ha sido la primera, denominada Obsesión por la delgadez. Pese a que los autores del cuestionario (Garner, Olmsted, Polivy y Garfinkel, 1984) propusieron originalmente un punto de corte de más de catorce en la mencionada subescala basándose en datos empíricos, el manual de la segunda versión de la prueba (Garner, 1998) advierte que su sensibilidad y especificidad varían en función de los puntos de corte utilizados, por lo que el EDI no tiene establecidos puntos de corte ampliamente aceptados. Ésta puede ser la razón de que, en el mencionado manual de la segunda versión, este criterio haya quedado sólo como un punto de referencia que puede variar en función de los objetivos perseguidos en el proceso de evaluación. Otros autores han planteado puntos de corte alternativos. Así, Morandé, Celada y Casas (1999) utilizaron como criterio de selección, en la fase de sondeo inicial, una puntuación superior a diez en Obsesión por la delgadez y superior a cincuenta en el total de la primera versión del cuestionario (ocho primeras subescalas). Utilizaron una puntuación baja en dicha subescala dado que pretendían reducir el número de falsos negativos a la hora de determinar a qué personas se aplicaba la segunda fase del estudio (entrevista telefónica). De los criterios utilizados por Gandarillas y Febrel (2000) para determinar situaciones de riesgo, vamos a utilizar el que se basa exclusivamente en la mencionada subescala y considera en situación de riesgo a quien obtiene una puntuación superior a once en la misma. El criterio más duro ha sido el propuesto por Norring y Sohlberg (1988) con un punto de corte superior a 17 en Obsesión por la delgadez. La propuesta de estos autores se basó en el análisis de los datos de prevalencia de distintos estudios realizados en Suecia, Gran Bretaña y Estados Unidos.

Los objetivos de este estudio trasversal (Montero y León, 2005) son, en primer lugar, determinar en la muestra la frecuencia de las actitudes y conductas autoinformadas asociadas con los trastornos de conducta alimentaria, evaluadas a través de las dos versiones del EDI y de sus subescalas; en segundo lugar, comprobar si existen diferencias en dichas actitudes y características psicológicas en función de las variables sociodemográficas utilizadas; y, por último, estimar el porcentaje de población adolescente que está en situación de riesgo de desarrollar un trastorno de conducta alimentario en el ámbito estudiado, y realizar comparaciones con otros estudios llevados a cabo en España y en otros países. Es de señalar que para la redacción de este trabajo se han seguido las normas propuestas por Ramos-Álvarez y Catena (2004).

## Método

### *Diseño muestral*

Se utilizó un muestreo aleatorio estratificado por afijación proporcional con tres criterios para elaborar los estratos: zona (metropolitana-no metropolitana), curso (los cuatro cursos de la Enseñanza Secundaria Obligatoria, primer curso de Bachillerato y primer curso de Ciclo Formativo de Grado Medio) y titularidad del centro (público-privado concertado). La población del estudio estaba constituida por 1321 aulas de los citados cursos de la zona norte de la isla de Tenerife (Islas Canarias, España). El total de estudiantes que conformaban la población era de 36043. Se utilizó una  $p$  de 0,03 dado que la bulimia nerviosa, trastorno más común de los trastornos de conducta alimentaria, tiene una prevalencia estimada de un 3% en los estudios con mayores

cifras informadas (De la Puente y Gómez, 1998; Toro, 1996). Se trabajó con una probabilidad de error del 5%.

Como resultado, la muestra quedó compuesta por 54 aulas en 41 centros educativos de Secundaria del norte de la isla de Tenerife, Islas Canarias (España), lo que supuso un total de 1271 estudiantes, de los cuales 1190 estudiantes cumplieron los cuestionarios y 81 faltaron a clase el día del pase de pruebas. De los 1190, nueve fueron eliminados debido a diversas causas quedando, por tanto, un total de 1181 protocolos útiles. Atendiendo al género, podemos decir que 568 (48,1%) eran mujeres, 609 (51,6%) hombres, y 4 adolescentes no lo hicieron constar (0,3%). Las edades de los participantes oscilaron en un rango que se situó entre los 11 y los 25 años, y su media fue de 14,45 (desviación típica de 1,87). Los participantes estudiaban alguno de los cuatro cursos de la Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO), primero de Bachillerato o primero de Ciclo Formativo (CF). En concreto, la distribución de la muestra en función del curso fue la siguiente: 1º ESO: 10 aulas (n = 231; 19,6%), 2º ESO: 11 aulas (n = 259; 21,9%), 3º ESO: 11 aulas (n = 245; 20,7%), 4º ESO: 11 aulas (n = 235; 19,9%), 1º Bachillerato: 8 aulas (N = 156; 13,2%) y 1º CF: 3 aulas (n = 55; 4,7%).

### *Instrumentos*

Para este trabajo se ha utilizado el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) (*Eating Disorder Inventory-2*) de Garner (1998). Este cuestionario ha sido validado en España (Corral, González, Pereña y Seisdedos, 1998) y está formado por once subescalas, las tres primeras (Obsesión por la delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal) evalúan actitudes y comportamientos comunes en la anorexia y la bulimia nerviosas; las ocho restantes (Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza interpersonal, Conciencia introceptiva, Miedo a la madurez, Ascetismo, Impulsividad y, finalmente, Inseguridad social) miden factores psicológicos más generales que se consideran relacionados con estos trastornos. Todos los ítems se contestan según la siguiente escala: 0 = Nunca, 1 = Pocas veces, 2 = A veces, 3 = A menudo, 4 = Casi siempre y 5 = Siempre. Se ha utilizado la forma de corrección propuesta en el manual del cuestionario que consiste en asignar un cero a las tres primeras alternativas de respuesta (*Nunca*, *Pocas veces* y *A veces*); un punto a la alternativa de *A menudo*, dos puntos a *Casi Siempre* y tres puntos a *Siempre*. La mayoría de los elementos se contesta en sentido creciente hacia la patología. En aquellos que están formulados en sentido contrario (un total de 19 ítems), las puntuaciones se invierten. Según el manual, la consistencia interna (alfa de Cronbach) de las ocho primeras subescalas oscila entre 0,65 y 0,93 en muestras no clínicas, y entre 0,80 y 0,93 en muestras clínicas. Por lo que se refiere a las tres subescalas añadidas por el EDI-2 (las tres últimas del cuestionario), el rango de los índices alfa se encuentra entre 0,44 y 0,80 en muestras no clínicas, y entre 0,70 y 0,80 para muestras clínicas. En cuanto a la validez, como ya se mencionó en el apartado introductorio, se ha visto que el EDI posee buenos niveles en los distintos tipos de validez, sobre todo en cuanto a validez convergente y discriminante (Garner, 1998).

### *Procedimiento*

El instrumento utilizado en este estudio fue administrado, junto con otros, de forma colectiva, anónima y voluntaria en horario de clase. Los datos fueron recogidos

en un período de dos meses. Antes de comenzar el pase de pruebas se intentó infundir responsabilidad en los adolescentes insistiendo en la sinceridad de sus respuestas, ya que los resultados del estudio eran importantes para ayudar a las personas que tuvieran algún problema en este área.

### Análisis

Se utilizaron ANOVAs de dos vías para calcular las diferencias de medias; se calcularon porcentajes de adolescentes en situación de riesgo y se llevaron a cabo análisis discriminantes y de regresión. Se utilizó el programa estadístico SPSS para Windows, versión 11.5.1.

## Resultados

Comenzaremos este apartado de resultados analizando las diferencias que existen en las escalas y subescalas del EDI en función del género y el curso. Para ello, se ofrecen en la Tabla 1 las medias y desviaciones típicas de ambos géneros en cada uno de los cursos y, en la Tabla 2, los resultados de los ANOVAs en función de ambas variables. Se ofrece información tanto de la puntuación global del EDI-1 como de la del EDI-2 con la finalidad de que futuros estudios que se realicen con cualquiera de las dos versiones, puedan comparar sus resultados con los presentados en este trabajo.

**TABLA 1.** Medias y desviaciones típicas obtenidas por los adolescentes en las escalas y subescalas del EDI según curso y género.

Curso	1º ESO				2º ESO				3º ESO				4º ESO				1º Bachillerato				1º Ciclo Formativo			
Sexo	M		H		M		H		M		H		M		H		M		H		M		H	
X edad	12,1		12,3		13,2		13,5		14,3		14,8		15,4		15,5		16,3		16,7		18,5		18,8	
N =	92		133		140		115		115		126		109		122		93		63		13		42	
	X	Dt	X	Dt	X	Dt	X	Dt	X	Dt	X	Dt	X	Dt	X	Dt	X	Dt	X	Dt	X	Dt	X	Dt
DT	4,2	4,5	4,2	4,5	5,6	5,6	3,8	4,3	5,8	6,2	2,9	3,9	5,8	5,8	2,1	3,0	5,3	5,6	2,0	3,4	4,3	5,2	2,4	3,7
B	1,6	1,3	1,5	2,5	1,2	2,5	1,8	3,1	1,1	1,7	1,5	2,5	2,3	3,4	1,9	2,9	1,3	2,3	1,3	1,9	2,5	3,1	1,2	1,9
BD	4,5	5,7	5,2	5,4	6,3	6,5	4,9	5,9	8,1	7,6	4,9	5,6	8,8	7,4	4,3	4,7	9,0	7,0	4,2	4,5	9,5	4,6	4,6	5,2
I	3,2	3,2	3,9	3,5	3,3	3,6	4,0	5,0	4,8	4,5	3,4	3,7	4,2	4,8	2,5	3,1	3,7	3,9	2,5	3,9	2,7	1,4	2,6	3,2
P	4,4	3,1	5,2	3,9	4,6	3,3	4,7	3,5	3,9	3,5	4,0	3,6	4,1	3,4	4,6	3,6	3,6	3,3	4,2	3,1	2,2	3,6	3,8	3,2
ID	4,5	3,4	5,4	3,7	4,1	3,6	4,7	3,6	4,0	3,4	4,5	3,7	4,2	3,7	3,4	3,1	3,7	3,2	3,3	3,2	5,2	3,8	4,0	3,2
IA	3,4	3,5	4,5	4,4	4,3	4,2	4,3	4,3	4,1	4,4	4,5	5,2	4,4	3,2	3,8	4,0	4,3	2,9	2,8	5,4	3,3	3,0	3,2	
MF	9,8	5,1	9,5	5,1	7,8	4,8	8,9	4,7	6,8	4,2	8,0	5,1	7,2	4,6	6,5	4,7	6,4	4,5	6,4	3,8	9,9	4,1	7,1	4,5
A	3,6	2,4	3,9	2,8	4,2	2,9	3,7	3,0	3,9	2,4	3,9	3,1	3,4	3,0	3,0	2,5	3,2	2,5	2,7	2,4	3,4	1,9	2,8	2,3
IR	5,9	5,1	6,6	4,9	5,3	5,1	6,5	4,7	5,3	4,9	5,7	4,8	5,7	5,1	4,8	4,2	4,4	4,2	3,9	4,1	3,8	2,5	4,7	5,0
SI	4,1	3,3	5,2	3,9	3,9	4,3	5,1	4,5	4,1	4,4	4,7	4,3	4,2	4,0	3,7	3,4	3,8	3,3	3,7	3,8	3,8	2,0	4,4	3,8
EDI-1	33,1	18,6	39,0	17,3	36,6	21,5	36,9	20,4	38,2	20,6	33,5	19,2	42,8	23,1	28,1	13,9	37,5	21,9	26,5	14,8	40,5	13,4	26,7	14,0
EDI-2	46,4	25,3	54,8	21,5	48,8	28,3	50,7	27,1	50,9	26,6	45,6	25,8	57,0	30,7	39,4	19,7	48,3	26,8	36,2	21,0	49,4	14,5	37,6	19,5

M = Mujeres; H = Hombres; X = Media; Dt = Desviación Típica; DT = Obsesión por la delgadez; B = Bulimia; BD = Insatisfacción corporal; I = Ineficacia; P = Perfeccionismo; ID = Desconfianza interpersonal; IA = Conciencia introceptiva; MF = Miedo a la madurez; A = Ascetismo; IR = Impulsividad; SI = Inseguridad social.

En la Tabla 2 se puede observar que las variables curso y género, así como su interacción, arrojan diferencias significativas en la mayoría de las escalas y subescalas del EDI. Por lo que se refiere a las interacciones entre el curso y el género, vemos que se alcanza la significación estadística en las dos versiones del EDI y en seis de las once subescalas: Obsesión por la delgadez, Bulimia, Insatisfacción corporal, ineficacia, conciencia introceptiva y miedo a la madurez.

**TABLA 2.** Anovas de curso x género (F y nivel de significación; n = 1162).

	<i>Curso</i>	<i>Género</i>	<i>Interacción</i>	<i>MCE</i>
Obsesión por la delgadez	1,4	38,3 ***	4,2 **	23,1
Bulimia	4,3 **	0,0	2,7 *	6,3
Insatisfacción corporal	2,9 *	43,7 ***	6,0 ***	37,4
Ineficacia	1,7	2,7	4,1 **	15,3
Perfeccionismo	3,2 **	6,0 *	0,5	11,9
Desconfianza interpersonal	4,0 **	0,0	2,0	12,2
Conciencia introceptiva	1,2	5,7 *	4,4 **	16,7
Miedo a la madurez	11,9 ***	0,5	2,4 *	22,0
Ascetismo	4,1 **	2,0	0,8	7,4
Impulsividad	4,3 **	0,8	1,5	22,8
Inseguridad social	1,4	2,7	1,7	15,7
EDI-1	1,2	17,1 ***	7,0 ***	370,5
EDI-2	2,0	8,5 **	5,7 ***	642,8
Grados de libertad: Género = 1; Curso = 5; Interacción = 5				
* = p < 0,05; ** = p < 0,01; *** = p < 0,001. MCE = Media cuadrática de error				

En cuanto a los efectos principales, vemos que se dan diferencias significativas en la variable curso en distintas subescalas del cuestionario. Se comentarán, lógicamente, aquellas en las que la interacción no alcanzó la significación estadística. En Perfeccionismo (Tabla 1) vemos que la media de los hombres sigue una tendencia general descendente a medida que aumenta el curso, mientras que en las mujeres se da una tendencia oscilante. Estos dos patrones diferentes también se presentan en las subescalas de Desconfianza interpersonal y de Ascetismo. Por lo que respecta a Impulsividad, la tendencia general es descendente con algunos matices. Así, en los varones se observa un descenso claro de las medias hasta primero de Bachillerato, con aumento en primero de Ciclo Formativo. En las mujeres el patrón también es en general descendente, aunque más irregular. Atendiendo al efecto principal de la variable género, podemos ver en la Tabla 2 que sólo se presentan diferencias significativas entre ambos géneros en la subescala de Perfeccionismo, con puntuaciones medias superiores en todos los cursos por parte de los varones (Tabla 1).

En la Tabla 3 se presentan los estadísticos descriptivos y los análisis de varianza de las variables zona geográfica (área metropolitana y resto de municipios) y género, en las escalas y subescalas del EDI. Se observa que no se dan efectos de interacción significativos entre ambas variables, con la única excepción de la subescala de Ascetismo. Los efectos principales de la zona geográfica donde están ubicados los centros educativos, arrojan diferencias significativas en las subescalas de Bulimia y Desconfianza interpersonal. En la mencionada tabla vemos que las puntuaciones medias en estas dos subescalas son superiores en la zona metropolitana frente al resto de municipios considerados, tanto en los varones como en las mujeres. Por lo que respecta a la variable género, se puede apreciar que aparecen efectos principales en las dos versiones del EDI y en cuatro de sus subescalas: Obsesión por la delgadez, Insatisfacción corporal, Ineficacia e Inseguridad social. En las tres primeras las medias son superiores en las mujeres, ocurriendo lo contrario en la última.

**TABLA 3.** Descriptivos y ANOVAs de zona x género (F y nivel de significación).

	<i>Metropolitana</i>				<i>Resto</i>				<i>ANOVAs</i>			
	<i>Mujer</i>		<i>Hombre</i>		<i>Mujer</i>		<i>Hombre</i>		<i>Zona</i>	<i>Género</i>	<i>Int.</i>	<i>MCE</i>
	N = 331		391		225		205					
	X	Dt	X	Dt	X	Dt	X	Dt				
Obsesión por delgadez	5,5	5,7	3,2	4,2	5,1	5,4	2,9	3,5	1,3	59, *** 9	0,0	23,5
Bulimia	1,5	2,7	1,8	2,9	1,0	2,1	1,3	2,0	9,2 **	2,7	0,0	6,4
Insatisfacción corporal	7,5	6,9	4,9	5,6	7,2	7,2	4,4	4,7	0,9	47, ** 9*	0,1	38,5
Ineficacia	3,8	4,0	3,3	3,9	3,9	4,1	3,3	3,7	0,1	4,4 *	0,0	15,6
Perfeccionismo	4,0	3,4	4,5	3,7	4,3	3,3	4,5	3,3	0,4	3,7	0,5	12,1
Desconfianza interpersonal	4,4	3,6	4,6	3,6	3,8	3,3	4,0	3,3	8,0 **	0,9	0,0	12,4
Conciencia introceptiva	4,4	4,3	4,0	4,2	4,1	3,9	3,8	3,9	1,0	2,7	0,0	16,9
Miedo a la madurez	7,8	4,7	8,0	4,9	7,3	4,8	8,0	4,9	0,8	2,0	0,5	23,2
Ascetismo	3,8	2,8	3,8	3,0	3,5	2,5	2,8	2,4	13, ** 9*	4,5 *	4,5 *	7,4
Impulsividad	5,3	4,9	5,6	4,8	5,2	4,9	5,7	4,7	0,0	1,5	0,1	23,2
Inseguridad social	4,2	3,9	4,6	4,2	3,8	3,9	4,5	3,8	1,1	5,7 *	0,3	15,8
EDI-1	39,1	21,1	33,5	18,7	36,2	21,5	31,5	15,9	3,5	15,5***	0,1	382,3
EDI-2	52,1	27,5	46,3	25,7	48,0	27,7	43,5	20,2	3,6	8,4**	0,1	663,6

Grados de libertad: Género = 1; Zona = 1; Interacción = 1  
X = Media; Dt = Desviación típica; \* = p < 0,05; \*\* = p < 0,01; \*\*\* = p < 0,001; Int. = Interacción; MCE = Media cuadrática de error

Por lo que se refiere a los ANOVAs de género y titularidad del centro (público o privado), los resultados se ofrecen en la Tabla 4. En ella se puede apreciar que no se presenta ningún efecto significativo de interacción entre ambas variables. Los efectos

principales de titularidad del centro (público-privado concertado) resultan significativos en las subescalas de Desconfianza interpersonal y Conciencia introceptiva, en las que las medias en ambos géneros son superiores en los centros públicos. Reparemos en que esta última subescala mide, a pesar de su nombre, la confusión o dificultad para reconocer de forma adecuada los estados emocionales y las sensaciones de hambre. Respecto a los efectos de la variable género, se repite el mismo patrón que cuando ésta se analizaba junto a la zona geográfica (Tabla 3), con la salvedad de que aquí aparece además un efecto significativo en la subescala de Perfeccionismo, en la que las mujeres presentan medias inferiores en los dos tipos de centro.

**TABLA 4.** Descriptivos y ANOVAs de titularidad del centro x género (F y nivel de significación).

	<i>Público</i>				<i>Privado</i>				<i>ANOVAs</i>				
	<i>Mujer</i>		<i>Hombre</i>		<i>Mujer</i>		<i>Hombre</i>						
	N =		321		378		240		223		<i>Centro</i>	<i>Género</i>	<i>Int.</i>
	X	Dt	X	Dt	X	Dt	X	Dt					
Obsesión por delgadez	5,1	5,5	2,9	3,6	5,7	5,7	3,5	4,5	3,8	59,4***	0,0	23,4	
Bulimia	1,3	2,6	1,6	2,7	1,3	2,2	1,6	2,5	0,0	2,9	0,0	6,4	
Insatisfacción corporal	7,2	6,7	4,8	5,1	7,6	7,5	4,7	5,7	0,2	49,0***	0,4	38,5	
Ineficacia	4,0	4,0	3,3	3,9	3,6	4,1	3,2	3,8	1,0	4,2*	0,4	15,5	
Perfeccionismo	4,1	3,5	4,4	3,4	4,1	3,2	4,8	3,8	0,8	5,7*	1,3	12,0	
Desconfianza interpersonal	4,6	3,6	4,4	3,5	3,5	3,4	4,2	3,6	10,0**	1,9	3,8	12,3	
Conciencia introceptiva	4,5	4,1	4,1	4,3	4,0	4,2	3,6	3,6	3,9*	3,2	0,0	16,9	
Miedo a la madurez	7,8	4,9	8,0	4,8	7,4	4,6	8,0	5,0	0,5	1,8	0,3	23,2	
Ascetismo	3,6	2,6	3,3	2,8	3,8	2,8	3,7	2,8	2,9	1,4	0,5	7,5	
Impulsividad	5,5	4,7	5,8	4,9	5,0	5,2	5,4	4,5	2,5	1,2	0,0	23,2	
Inseguridad social	4,1	3,7	4,8	4,1	3,9	4,2	4,2	3,9	3,2	4,3*	0,5	15,7	
EDI-1	38,9	21,6	32,9	17,9	36,8	20,9	32,6	17,7	0,8	15,5***	0,5	383,2	
EDI-2	51,6	21,7	45,1	23,6	49,1	28,3	45,6	24,4	0,4	8,1**	0,7	665,6	
Grados de libertad: Género = 1; Zona = 1; Interacción = 1													
X = Media; Dt = Desviación Típica; * = p < 0,05; ** = p < 0,01; *** = p < 0,001; Int. = Interacción; MCE = Media cuadrática de error													

En la Tabla 5 se presentan los estadísticos descriptivos de ambos géneros en las tres subescalas del EDI que evalúan las actitudes y conductas relacionadas de forma más directa con la anorexia y la bulimia. Además, se presentan los resultados de otros trabajos llevados a cabo en muestras no clínicas con objeto de ofrecer un contexto nacional e internacional en el que situarlos. Vemos que las medias obtenidas por las mujeres son claramente superiores a las de los varones en las subescalas de Obsesión por la delgadez y en la de Insatisfacción corporal, en todos los estudios que aportan las medias de ambos géneros. En la subescala de Bulimia vemos que en cinco estudios las medias de las adolescentes son superiores a las de los varones, y en el resto sucede lo contrario. Hay que resaltar que esta superioridad en las medias de los varones se presenta sólo en los estudios españoles, circunstancia que ocurre en cuatro de los cinco trabajos realizados en este país, incluido el presente estudio.



**TABLA 5.** Descriptivos de las tres primeras subescalas del EDI en distintos estudios.

Autores	Obsesión por la delgadez				Bulimia				Insatisfacción corporal			
	M		H		M		H		M		H	
	X	Dt	X	Dt	X	Dt	X	Dt	X	Dt	X	Dt
Garner <i>et al.</i> (1983)	5,0		1,6		2,0		1,0		10,2		3,9	
Garner y Olmsted (1984) (citado en Garner, 1998)			5,1	5,5			1,7	3,1			9,7	8,1
Guimerá y Torrubia (1987)	2,9	4,3			1,0	1,8			4,9	6,0		
Raciti y Norcross (1987)	4,6	5,5			1,9	2,8			12,2	8,1		
Rosen, Silberg y Gross (1988)	5,6	5,9	1,7	2,5	2,1	3,3	1,2	2,4	11,3	7,7	4,3	4,7
Kurtzman, Yager, Landsverk, Wiesmeier y Bodurka (1989)	5,5	4,4			1,4	2,8			10,0	7,6		
Klemchuk, Hutchinson y Frank (1990)	6,0				2,0				12,4			
Shore y Porter (1990)	6,9	5,8			2,1	3,1			10,5	8,3		
Corral <i>et al.</i> (1998)	6,8	6,3	2,9	3,7	1,9	2,6	2,3	3,0	9,3	7,7	4,4	5,0
Garner (1998)	5,5	5,5	2,2	0,4	1,2	1,9	1,0	1,7	12,2	8,3	4,9	5,6
Gandarillas y Febrel (2000)	5,4		1,5		1,3		1,4		9,3		3,5	
Engelsen y Laberg (2001)	2,6	1,3			1,8	0,7			3,8	1,3		
Gupta, Chaturvedi, Chandarana y Johnson (2001)-Canadá	5,5	6,1							11,1	8,9		
Gupta <i>et al.</i> (2001)-India	4,2	4,6							7,0	6,4		
Jones, Bennet, Olmsted, Lawson y Rodin (2001)	4,8	5,8			1,3	2,4			10,1	8,5		
Cruz y Maganto (2002)	5,2	5,8	1,8	2,9	1,6	2,6	1,7	2,4	9,4	8,0	2,1	3,6
Espelage, Mazzeo, Aggen, Quittner, Sherman y Thompson (2003)	4,4	5,7			1,3	2,5			11,1	8,2		
Cashel, Cunnigham, Lenderos, Cokley y Muhammad (2003)	6,0	6,1	1,5	2,7	1,7	2,6	1,4	2,4	11,8	8,3	5,1	5,9
Lameiras Calado, Rodríguez y Fernández (2003)	3,7	4,9	1,7	3,2	0,7	1,5	0,4	1,1	7,4	6,8	3,8	4,7
Van Strien y Ouwens (2003)	3,5	3,9			0,6	1,7			9,5	8,3		
Este estudio	5,4	5,6	3,1	4,0	1,3	2,5	1,6	2,6	7,4	7,0	4,7	5,3

M = Mujeres; H = Hombres; X = Media; Dt = Desviación típica.

Al comparar las medias obtenidas en nuestro estudio con las de los otros trabajos se observan los siguientes resultados. Por lo que se refiere a la subescala de Obsesión por la delgadez vemos que, con una media de 5,40 la muestra femenina del presente trabajo se sitúa en la zona media de las obtenidas por el resto de las investigaciones.

Es de destacar que dicha media resulta idéntica a la obtenida por Gandarillas y Febrel (2000) en una muestra madrileña de similares características sociodemográficas. En esta subescala se sitúan en el extremo superior del rango la media obtenida en Canadá por Shore y Porter (1990) con un 6,90 y la aportada por los baremos españoles del cuestionario (Corral *et al.*, 1998) con un 6,80. Por lo que se refiere al extremo inferior, destaca la media de 2,60 obtenida en Noruega por Engelsen y Laberg (2001) y la de 2,90 del trabajo de Guimerá y Torrubia (1987) realizada en Barcelona con una muestra control de veinticuatro mujeres. La media de los varones de este estudio fue de 3,10 y se sitúa en el extremo superior del rango, sólo superada por la aportada en el manual de la primera versión del cuestionario realizado en Estados Unidos (Garner y Olmsted, 1984; citado en Garner, 1998) que resultó ser de 5,10. Debemos señalar que la media de 2,90 aportada por los baremos españoles (Corral *et al.*, 1998) es muy similar a la de este estudio. El extremo inferior de Obsesión por la delgadez en los varones queda definido por las medias de los estudios de Gandarillas y Febrel (2000) llevado a cabo en Madrid y el de Cashel *et al.* (2003) en Estados Unidos, que son ambas de 1,50.

Las adolescentes de este estudio obtienen en la subescala de Bulimia una media de 1,3 que se encuentra en la zona medio-baja de los trabajos considerados. La media más alta en esta subescala es la obtenida en Estados Unidos por Rosen *et al.* (1988) que es de 2,20, siendo las más bajas la del estudio realizado en Noruega por Van Strien y Ouwens (2003) con un 0,60, y la del trabajo realizado en Vigo por Lameiras *et al.* (2003) con un 0,70 en una muestra de universitarias sin trastornos de conducta alimentaria. En cuanto a los varones, vemos que obtienen una media de 1,60 en la subescala de Bulimia, que se sitúa en la zona medio-alta de los estudios tenidos en cuenta. Merece destacarse que las medias extremas del rango marcado en esta subescala han sido obtenidas por estudios realizados en España. Es el caso, en el extremo superior, de Corral *et al.* (1998) con una media de 2,30 y de Lameiras *et al.* (2003) con un 0,40, en el extremo inferior.

La media femenina del presente estudio en Insatisfacción corporal es de 7,40 y se encuentra en la zona inferior de los estudios presentados. Las medias que ocupan los extremos superior e inferior son las proporcionadas por los estudios de Klemchuk *et al.* (1990) en Estados Unidos y de Engelsen y Laberg (2001) en Noruega, con un 12,40 y un 3,80, respectivamente. Es de destacar que las medias obtenidas en Insatisfacción corporal por las mujeres en España son, en general, más bajas que las alcanzadas en otros países.

Finalmente, vemos que los varones evaluados en este trabajo alcanzan una media de 4,70 que se encuentra en la franja medio-alta de la lista de estudios considerados en la tabla. Garner y Olmsted (1984; citado en Garner, 1998) con una media de 9,70 en Estados Unidos, y Cruz y Maganto (2002) con 2,10 en Guipúzcoa, constituyen los extremos superior e inferior respectivamente de dicha lista en Insatisfacción corporal.

En la Tabla 6 se presentan los porcentajes de adolescentes de ambos géneros que están en situación de riesgo, en función de los criterios señalados por algunos autores a partir de las puntuaciones obtenidas en el EDI. Vemos que, como era de esperar, los porcentajes de adolescentes en situación de riesgo son mucho más altos en las mujeres que en los hombres, tanto en éste como en los otros estudios tenidos en cuenta.

**TABLA 6.** Porcentajes de adolescentes en situación de riesgo según distintos criterios basados en la subescala Obsesión por la delgadez (EDI).

<i>Autores</i>	CRITERIOS DE RIESGO											
	Morandé <i>et al.</i> (1999)			Gandarillas y Febrel (2000)			Garner (1998)			Norrning y Sohlberg (1988)		
	EDI >50 DT >10			DT > 11			DT > 14			DT > 17		
	<i>M</i>	<i>H</i>	<i>T</i>	<i>M</i>	<i>H</i>	<i>T</i>	<i>M</i>	<i>H</i>	<i>T</i>	<i>M</i>	<i>H</i>	<i>T</i>
Garner <i>et al.</i> (1983)				11,0			6,0			2,0		
Garner y Olmsted (1984) (citado en Garner, 1998)-U					1,0		9,0	0,0			0,0	
Garner y Olmsted (1984) (citado en Garner, 1998)-S							11,0	0,0			0,0	
Rosen <i>et al.</i> (1988)				17,0	1,0		9,0	0,0		3,0	0,0	
Shore y Porter (1990)				24,0			12,0			4,0		
Corral <i>et al.</i> (1998)				23,0	4,0		14,0	2,0		5,0	0,0	
Morandé <i>et al.</i> (1999)	24,9	3,4	15,5									
Gandarillas y Febrel (2000)				18,4	1,3							
Engström y Norring (2002)-93							6,1	0,3				
Engström y Norring (2002)-98							5,7	0,4				
Este estudio	14,9	6,2	10,4	18,1	5,4	11,5	10,0	3,3	6,5	4,4	0,7	2,5

M = Mujeres; H = Hombres; T = Total; DT = Obsesión por la Delgadez.

Al utilizar el criterio de riesgo de Morandé *et al.* (1999) vemos que los porcentajes presentados en su trabajo son claramente superiores a los obtenidos en nuestro estudio, tanto en la submuestra femenina (24,90 frente a 14,90) como en la muestra total (15,50 frente a 10,40). Lo contrario ocurre con la submuestra masculina, ya que el porcentaje de adolescentes varones en situación de riesgo en el presente estudio casi dobla el obtenido por el equipo de Morandé en Madrid (3,40 frente 6,20). Con el criterio de Gandarillas y Febrel (2000) se observa que el porcentaje de mujeres en situación de riesgo alcanzado en este estudio (18,10) resulta muy similar al obtenido por los proponentes del criterio (18,40). Estos dos porcentajes se encuentran en el punto medio de los estudios listados. El porcentaje más alto fue del 24%, obtenido en Canadá por Shore y Porter (1990), seguido de cerca por el obtenido en la validación española del cuestionario (Corral *et al.* 1998) con un 23%. Es preciso señalar que el porcentaje más bajo de mujeres en situación de riesgo fue el obtenido en Estados Unidos en el estudio de presentación del EDI-1 (Garner *et al.*, 1983). Los adolescentes varones en nuestro estudio alcanzan el porcentaje de riesgo más alto cuando se utiliza este criterio (5,40%) que, de todas maneras, es el más cercano a los datos presentados en el mencionado estudio de validación (4%). Según el criterio de Garner *et al.* (1984), el porcentaje de adolescentes femeninas en situación de riesgo del presente estudio (10%) se encuentra en la zona medio-alta de los estudios que aparecen en la tabla. El porcentaje más bajo es el obtenido en Suecia en el estudio de Engström y Norring (2002) en el sondeo que

realizaron en 1998, con un 5,70%. El más alto es el obtenido en España por Corral *et al.* (1998) con un 14%. Por lo que se refiere a los varones, vuelven a ser los porcentajes más altos los obtenidos en este estudio (3,3%) y en el de la validación española del cuestionario (2%). Finalmente, con el criterio de Noring y Sohlberg (1988) se observa que las mujeres de este estudio obtienen un porcentaje del 4,40, que tan sólo es superado por el obtenido en el estudio de la validación española del cuestionario que obtiene un 5% (Corral *et al.*, 1998). De nuevo es el estudio en el que se presentaba la primera versión del cuestionario el que obtiene un porcentaje de riesgo femenino más bajo. Por lo que respecta a los varones, nos encontramos con el mismo panorama que el observado con los otros tres criterios, ya que en el presente estudio se obtiene el porcentaje de riesgo más alto de todos, al ser el único que supera el cero.

A continuación, vamos a considerar los porcentajes de adolescentes en situación de riesgo de este estudio en función de las tres variables sociodemográficas utilizadas para realizar el muestreo, teniendo en cuenta el género (Tabla 7). De nuevo vemos que son las mujeres las que presentan porcentajes más altos en las tres variables tenidas en cuenta, con unas pocas excepciones que pasamos a considerar. La mayoría de ellas se concentra en el primer curso de la ESO, donde se observan porcentajes de riesgo superiores en los varones en tres de los cuatro criterios. La cuarta excepción se encuentra en el primer curso de Ciclo Formativo con el criterio de Garner, en el que el porcentaje de mujeres adolescentes es cero. Es probable que esto último sea debido al reducido número de mujeres en este nivel.

**TABLA 7.** Porcentajes de adolescentes en situación de riesgo según distintos criterios basados en la subescala Obsesión por la delgadez (EDI) teniendo en cuenta distintas variables demográficas.

<i>Variables demográficas</i>		CRITERIOS DE RIESGO							
		Morandé <i>et al.</i> (1999)		Gandarillas y Febrel (2000)		Garner (1998)		Noring y Sohlberg (1988)	
		EDI >50 DT >10		DT > 11		DT > 14		DT > 17	
		<i>M</i>	<i>H</i>	<i>M</i>	<i>H</i>	<i>M</i>	<i>H</i>	<i>M</i>	<i>H</i>
Curso	1º ESO	10,80	10,90	11,80	9,50	4,30	6,60	0,00	1,50
	2º ESO	14,70	8,50	17,50	6,80	10,50	4,30	6,30	0,90
	3º ESO	17,20	5,50	23,30	3,90	15,50	2,30	5,20	0,80
	4º ESO	16,20	1,60	17,10	2,40	9,00	0,80	6,30	0,00
	1º Bachillerato	16,10	3,20	20,40	3,20	10,80	1,60	3,20	0,00
	1º Ciclo Formativo	7,70	4,70	15,40	4,70	0,00	2,30	0,00	0,00
Titularidad del Centro	Público	13,40	4,90	16,80	3,60	9,50	2,30	4,60	0,50
	Privado	17,00	8,40	19,90	8,40	10,80	4,90	4,10	0,90
Zona	Metropolitana	14,70	7,50	18,80	6,30	10,00	4,00	5,30	1,00
	Resto	15,30	3,80	17,00	3,80	10,00	1,90	3,10	0,00

M = Mujer; H = Hombre; DT = Obsesión por la Delgadez.

En cuanto a los porcentajes de riesgo en función del nivel académico se observa un patrón diferencial cuando se tiene en cuenta el género. En los varones se observa una disminución progresiva a medida que asciende el curso académico hasta cuarto de la ESO, aumentando en los dos últimos cursos, excepto con el criterio de Noring y Sohlberg (1988) que no presenta tal aumento. En las adolescentes el patrón es más irregular con aumentos y disminuciones en los porcentajes a medida que ascendemos de curso, salvo con el criterio de Morandé *et al.* (1999) en el que el porcentaje aumenta de modo progresivo hasta tercero de la ESO, disminuyendo a partir del mismo. En general, los cursos en los que se presentan porcentajes más altos son primero y segundo de la ESO en los varones, y en las mujeres tercero de la ESO y primero de Bachillerato. Vimos en la Tabla 1 que la media de edad para estos cursos era de 12,30 y 13,50 para los varones, y de 14,30 y 16,30 para las mujeres. Respecto a la titularidad del centro, los porcentajes de adolescentes en situación de riesgo son, en ambos géneros, siempre superiores en los centros privados, con la única excepción del porcentaje derivado de la utilización del criterio de Noring y Sohlberg (1988) en las mujeres. Cuando se analiza la variable zona vemos que, en los varones, los porcentajes son siempre superiores en la submuestra metropolitana. En las mujeres se constata que las diferencias entre ambas zonas, aunque algo inferiores, van en el mismo sentido con los criterios de Gandarillas y Febrel (2000) y de Noring y Sohlberg (1988), y en sentido contrario con el criterio de Morandé *et al.* (1999). Con el punto de corte propuesto por Garner y Olmsted (1984; citado en Garner, 1998), el porcentaje es idéntico. Hemos de señalar que se realizaron análisis de regresión y discriminantes, y se observó que las variables demográficas no eran capaces de predecir las puntuaciones en el EDI ni de clasificar correctamente a los adolescentes en función de que estuvieran en situación de riesgo o no.

### Discusión

En el presente trabajo las variables género y curso académico han provocado efectos de interacción significativos en las dos versiones del EDI y en muchas de las subescalas del EDI-1. Este resultado está indicando que las preocupaciones por el peso y la delgadez, la insatisfacción corporal y los comportamientos bulímicos tienen un perfil diferente en los adolescentes de los distintos cursos en función del género. Esto mismo sucede con los sentimientos de ineficacia, la dificultad para reconocer adecuadamente los estados emocionales y las sensaciones de hambre, y el miedo a la madurez que experimentan. Por lo que se refiere a la titularidad del centro (público/privado concertado) se ha visto que los porcentajes de adolescentes en situación de riesgo son mayores en los centros privados concertados que en los públicos. Este resultado encaja con lo que tradicionalmente se ha creído que sucede en la anorexia, esto es, que este trastorno es más frecuente en las clases sociales altas que en las bajas (Crisp, Palmer y Kalucy, 1976; Garfinkel y Garner, 1982; Toro y Vilardell, 1987). Por otra parte, la ausencia en este estudio de diferencias significativas entre centros públicos y privados en las puntuaciones medias de las variables más directamente relacionadas con la anorexia nerviosa (Obsesión por la delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal) estaría en

consonancia con los resultados aportados por aquellos autores que señalan hoy en día que, o bien no existen diferencias en la prevalencia de la anorexia en función de la clase social (Garner, 1998; Guerro y Barjau, 2003) o bien tales diferencias todavía no han sido probadas (Gard y Freeman, 1996). No obstante, este resultado también podría significar, simplemente, que el tipo de centro (público-privado concertado) no es un buen indicador del nivel socio-económico. En general, se ha visto que no existe relación (interacción) entre el género y la zona geográfica (metropolitana-no metropolitana) donde se encuentra el centro, con respecto a las variables autoinformadas del EDI. En cambio, se observó que los adolescentes de la zona metropolitana de ambos géneros presentaban puntuaciones más altas en bulimia, desconfianza interpersonal y ascetismo que los pertenecientes a los municipios del norte de la isla. Podría argumentarse que la cultura metropolitana fomenta más el autocontrol, la autodisciplina y la superación de las necesidades corporales, así como la desconfianza interpersonal, que la cultura rural, lo que explicaría las diferencias encontradas en ascetismo y desconfianza interpersonal a favor de la muestra metropolitana. Estas dos variables se han relacionado con la génesis de los trastornos de conducta alimentaria, aunque en las últimas décadas las motivaciones ascéticas para perder peso parecen haber perdido influencia en la génesis y mantenimiento de estos trastornos en favor de otros factores como la obsesión por la delgadez o la insatisfacción corporal (Garner, 1998; Polivy y Herman, 2002). En general, en la literatura no existe evidencia a favor de que la zona geográfica influya de manera significativa en las actitudes y conductas relacionadas con la alimentación (Engström y Norring, 2002; Gandarillas y Febrel, 2000). Sin embargo, en el presente estudio los adolescentes del área metropolitana presentan un mayor porcentaje de personas en riesgo, sobre todo en el caso de los varones. Quizás los varones que residen en la zona metropolitana del estudio podrían estar sometidos a una mayor presión para mantenerse dentro de los estándares adecuados de peso.

En términos generales, se puede afirmar que las medias obtenidas en las tres subescalas del EDI que evalúan directamente la sintomatología alimentaria se encuentran dentro de los márgenes determinados por los estudios revisados. En el caso de las mujeres, las medias se sitúan en una zona intermedia del rango, mientras que en el caso de los varones éstas se localizan más cerca del extremo superior de dicho rango.

Por lo que se refiere a los porcentajes de adolescentes en situación de riesgo, hemos de resaltar que los porcentajes de mujeres son claramente superiores a los de los hombres en todos los estudios tenidos en cuenta, incluido el que aquí se presenta. Por lo que respecta a las mujeres, hemos visto que tienen porcentajes de riesgo situados aproximadamente en la zona media del rango marcado por los otros estudios. Los porcentajes de varones en riesgo obtenidos en este trabajo son los más altos de todos los estudios considerados, y más próximos a los obtenidos por otros estudios españoles que a los ofrecidos por los del resto del mundo, lo que podría estar indicando la presencia de factores culturales diferenciales.

Cuando se considera el curso académico, hemos visto que las mujeres de este estudio presentan, en general, mayores porcentajes de riesgo en tercero de la ESO cuya media de edad se sitúa en 14,30 años, lo que coincide con la literatura que señala la existencia de un pico de prevalencia en los catorce años (American Psychiatric Association,

2002; Chinchilla, 2003a; Wicks-Nelson e Israel, 1997). Los hombres, por su parte, presentan mayores porcentajes de riesgo en primero de la ESO cuya edad media en este estudio es de 12,30 años. Este resultado también se corresponde con lo publicado por otros autores (Barry y Lipmann, 1990; Serna, 2001).

Para concluir, podemos señalar que las diferencias observadas entre los distintos países, tal y como afirman Engström y Norring (2001), podrían ser debidas a diferencias reales o, al menos en parte, a diferencias metodológicas. Esta cuestión sólo podrá dilucidarse realizando estudios internacionales multicentro homogéneos en cuanto a diseño y protocolos.

## Referencias

- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª Ed.; Texto Revisado). Barcelona: Masson.
- Barry, A. y Lipmann, B.B. (1990). Anorexia nervosa in males. *Postgraduate Medicine*, 87, 161-165.
- Cashel, M.L., Cunningham, D., Lenderos, C., Cokley, K.O. y Muhammad, G. (2003). Sociocultural attitudes and symptoms of bulimia: Evaluating the SATAQ with diverse college groups. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 287-296.
- Chinchilla, A. (2003a). Anorexia y bulimia nerviosas: Sintomatología clínica, diagnóstico, diagnóstico diferencial, pronóstico y criterios de ingreso. En A. Chinchilla (Ed.), *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones* (pp. 53-128). Barcelona: Masson.
- Chinchilla, A. (2003b). ¿Es real la actual epidemia de trastornos de la conducta alimentaria? En A. Chinchilla (Ed.), *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones* (pp. 143-147). Barcelona: Masson.
- Corral, S., González, M., Pereña, J. y Seisdedos, N. (1998). Adaptación española del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. En D.M. Garner (Ed.), *EDI-2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Manual*. (pp. 69-80). Madrid: TEA.
- Crisp, A., Palmer, R. y Kalucy, R. (1976). How common is anorexia nervosa? A prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 128, 549-554.
- Cruz, S. y Maganto, C. (2002). Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55, 455-473.
- De la Puente, M.L. y Gómez, M.A. (1998). Anorexia y bulimia. En M.A. Vallejo (Dir.), *Manual de terapia de conducta* (277-329). Madrid: Dykinson.
- Engelsen, B.K. y Laberg, J.C. (2001). A comparison of three questionnaires (EAT-12, EDI, and EDE-Q) for assessment of eating problems in healthy female adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55, 129-135.
- Engström, I. y Norring, C. (2002). Estimation of the population 'at risk' for eating disorders in a non-clinical Swedish sample: A repeated measure study. *Eating and Weight Disorders*, 7, 45-52.
- Espelage, D.L., Mazzeo, S.E., Aggen, S.H., Quittner, A.L., Sherman, R. y Thompson, R. (2003). Examining the construct validity of the Eating Disorder Inventory. *Psychological Assessment*, 15, 71-80.
- Gandarillas, A. y Febrel, C. (2000). *Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Dirección General de Salud Pública.



- García-Camba, E. (2001). Trastornos de la conducta alimentaria en el momento actual. En E. García-Camba (Ed.), *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad* (pp. 3-29). Barcelona: Masson.
- Gard, M.C.E. y Freeman, C.P. (1996). The dismantling of a myth: A review of eating disorders and socioeconomic status. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 1-12.
- Garfinkel, P.E. y Garner, D.M. (1982). *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Garner, D.M. (1998). *EDI-2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Manual*. Madrid: TEA.
- 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., Olmsted, M.P., Polivy, J. y Garfinkel, P.E. (1984). Comparison between weight preoccupied women and anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 46, 255-266.
- Guerro, D. y Barjau, J.M. (2003). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. En A. Chinchilla (Ed.), *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones* (pp. 15-19). Barcelona: Masson.
- Guimerá, E. y Torrubia, R. (1987). Adaptación española del Eating Disorders Inventory (EDI) en una muestra de pacientes anoréxicas. *Anales de Psiquiatría*, 3, 185-190.
- Gupta, M.A., Chaturvedi, S.K., Chandarana, P.C. y Johnson, A.M. (2001). Weight-related body image concerns among 18-24-year-old women in Canada and India. An empirical comparative study. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 193-198.
- Jones, J.M., Bennett, S., Olmsted, M.P., Lawson, M.L. y Rodin, G. (2001). Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: A school-based study. *Canadian Medical Association Journal*, 165, 547-552.
- Klemchuk, H.P., Hutchinson, C.B. y Frank, R.I. (1990). Body dissatisfaction and eating-related problems on the college campus: Usefulness of the Eating Disorder Inventory with a nonclinical population. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 297-305.
- Kurtzman, F.D., Yager, J., Landsverk, J., Wiesmeier, E. y Bodurka, D.C. (1989). Eating disorders among selected female student populations at UCLA. *Journal of the American Dietetic Association*, 89, 45-53.
- Lameiras, M., Calado, M., Rodríguez, Y. y Fernández, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 23-33.
- Miotto, P., De Coppi, M., Frezza, M. y Preti, A. (2003). The spectrum of eating disorders: Prevalence in area of Northeast Italy. *Psychiatry Research*, 119, 145-154.
- Montero, I. y León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Morandé, G., Celada, J. y Casas, J.J. (1999). Prevalence of eating disorders in Spanish school-age population. *Journal of Adolescent Health*, 24, 212-219.
- Norring, C. y Sohlberg, S. (1988). Eating Disorder Inventory in Sweden: Description, cross-cultural comparison, and clinical utility. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 567-575.
- Polivy, J. y Herman, C.P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Raciti, M.C. y Norcross, J.C. (1987). The EAT and EDI: Screening, interrelationships, and psychometrics. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 579-586.
- Ramos-Álvarez, M.M. y Catena, A. (2004). Normas para la elaboración y revisión de artículos originales experimentales en Ciencias del Comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 173-189.



- 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.
- Serna, I. (2001). Trastornos de la conducta alimentaria en el varón. En E. García-Camba (Ed.), *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad* (pp. 117-124). Barcelona: Masson.
- Shore, R.A. y Porter, J.E. (1990). Normative and reliability data for 11 to 18 years old on the Eating Disorder Inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 201-207.
- Sierra, J.C., Buela-Casal, G. y Ambrosio, I. (2001). Evaluación y tratamiento de los trastornos alimentarios. En G. Buela-Casal y J.C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos* (pp. 571-611). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Van Strien, T. y Ouwens, M. (2003). Validation of the Dutch EDI-2 in one clinical and two nonclinical populations. *European Journal of Psychological Assessment*, 19, 66-84.
- Wicks-Nelson, R. e Israel, A.C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente* (3ª Ed.). Madrid: Prentice Hall.