

# LA ORIENTACIÓN PSICOPEDAGÓGICA ANTE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA ADOLESCENCIA

## *PREVENTIVE PSICOPEDAGOGICAL GUIDANCE IN EATING DISORDERS IN ADOLESCENCE*

Ascensión Palomares Ruiz\*  
Daniel Garrote Rojas\*\*  
Universidad de Albacete

### RESUMEN

En este artículo se aborda la investigación realizada sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y tiene, como objetivos: descubrir si existen diferencias respecto al sexo en el alumnado adolescente, en los TCA; evaluar las actitudes y conductas relacionadas con la anorexia y bulimia nerviosa; conocer los rasgos de personalidad de los estudiantes respecto a los TCA; y analizar la obsesión por la delgadez como característica esencial de los TCA.

En la investigación, realizada en Granada, durante los años 2007-2010, se ha utilizado una metodología ecléctica en la que se emplean técnicas de recogida de datos cuantitativos y cualitativos. En este artículo se presentan los datos cuantitativos. Respecto a la muestra, se ha trabajado con la población escolar de Educación Secundaria en los tres IES "Juan XXIII" de Granada. La selección de la muestra responde al criterio normativo de la edad; en este caso, 11 a 17 años, momento decisivo para estas personas al encontrarse ante la toma de decisiones importantes de cara a su futuro profesional y personal, al finalizar la escolarización obligatoria de la muestra responde al criterio normativo de la edad; en este caso, 11 a 17 años, momento decisivo para estas personas al encontrarse ante la toma de decisiones importantes de cara a su futuro profesional y personal, al finalizar la escolarización obligatoria.

Los resultados evidencian la necesidad de una educación y orientación psicopedagógica preventiva ante los TCA, obteniéndose diferencias de género en los resultados. Además, el alumnado de los centros analizados, presenta carencias en algunas áreas, que les exponen a padecer un TCA, obteniendo a los 13 años su mayor representatividad, lo que nos indica el momento en que se muestran más débiles y propensos a verse envueltos en este tipo de trastornos.

**Palabras clave:** Trastornos de la Conducta Alimentaria, Adolescencia, Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa, Delgadez.

### ABSTRACT

This article deals with Eating Disorders (ED) and is aimed at discovering if there is any significant sex difference in ED in teenage students, evaluating attitudes and behaviours related to anorexia and bulimia nervosa, exploring the personality traits of ED students and analysing the obsession with thinness as an essential characteristic of these kind of problems.

\* Catedrática de Didáctica y Organización Escolar. Sus trabajos de investigación y las publicaciones se centran en la Formación del Profesorado, Educación Especial, Interculturalidad, Atención a la Diversidad, Educación Infantil, Nuevas Metodologías, Democracia y Ciudadanía, Violencia Escolar y Educación Social, entre otros. Correo Electrónico: [Ascension.Palomares@uclm.es](mailto:Ascension.Palomares@uclm.es)

\*\* Profesor del Área de Didáctica y Organización Escolar de la Universidad de Castilla-La Mancha, en la Facultad de Educación de Albacete. Correo Electrónico: [Daniel.Garrote@uclm.es](mailto:Daniel.Garrote@uclm.es)

The investigation, conducted in Granada from 2007 to 2010, used an eclectic approach based on collecting quantitative and qualitative data. In this article only quantitative data is presented. Regarding the sample, we worked with secondary education pupils in the three "Juan XXIII" High Schools in Granada. The selection of the sample is based on age criterion, in this case from 11 to 17 years-old people, a defining moment in life because when important decisions for their personal and professional future at the end of compulsory education are made.

Results point to educational and guidance needs in people with ED, and differences between men and women. In addition to this, these students show deficiencies in some areas, which expose them to suffering any eating disorder, especially around 13 years of age, when they are weakest and prone to be involved in this kind of disorders.

**Key words:** Eating disorders, Adolescence, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Thinness.

## Introducción y Planteamiento del problema

Los trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria y son multicausales, ya que es su génesis encontramos factores biológicos, psicológicos y socio-culturales (Kaplan y Sadock, 2001). Están recogidos tanto en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR), como en los *Trastornos mentales y del comportamiento* (CIE-10). En el primero, aparece bajo el capítulo de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa y Trastorno de la conducta no especificado). El CIE-10 los recoge dentro de la categoría Trastornos del comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos como Trastornos de la Conducta Alimentaria (Anorexia nerviosa, Anorexia nerviosa atípica, Bulimia nerviosa, Bulimia nerviosa atípica, Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas, Vómitos en otras alteraciones psicológicas, Otros trastornos de la conducta alimentaria y Trastornos de la conducta alimentaria, sin especificar).

Un gran número de personas que padecen un trastorno de la conducta alimentaria desarrollan determinados rituales para manejar el estrés y la ansiedad y comparten rasgos de personalidad como: baja autoestima, miedo a engordar, sentimientos de desesperación, etc. (Garrote, 2009). De los factores causales más importantes se encuentran la presión cultural a la mujer para tener una figura esbelta, el deseo para alcanzar una imagen idealizada de cuerpo perfecto que compense la baja autoestima y el miedo a ser rechazada, estados emocionales negativos con presencia generalmente de ansiedad y depresión, estrés interpersonal con desarrollo de pocas habilidades asertivas y de resolución de problemas, hábitos de alimentación y control de peso pobres, potenciados por el intento de seguir una dieta rígida irreal y drásticamente restrictiva, y pensamientos desadaptados sobre nutrición, peso y apariencia física (Leitenberg, Rosen, Gross, Nudelman y Vara, 1988).

Resulta evidente que los TCA están aumentando en todas las sociedades, experimentándose una aceleración en el abanico de sus manifestaciones, en los últimos treinta años. Los medios de comunicación y el acceso cada vez más fácil de los jóvenes a las nuevas tecnologías y a "información" sobre el tema, han propiciado el aumento de casos, realizándose —a veces— de forma morbosa, mostrando el extremo al que es capaz de llegar el ser humano. Además, al proponer un cuerpo anormalmente delgado, por parte de la sociedad, medios de comunicación o la moda, atribuyéndole las virtudes de belleza, éxito y control, hace que nuestros jóvenes elijan esta vía para encontrar su sitio entre sus iguales. Esta meta les llena de inseguridad y les baja la autoestima, siendo las grandes empresas comerciales, las que sacan beneficios de esta situación, proponiendo cómo conseguir ese cuerpo deseado. Actualmente, Internet facilita divulgar información, con acceso a páginas Web donde se apoyan iniciativas para disminuir la ingesta e —incluso— se hacen competiciones para averiguar quién pierde más peso.

En este contexto, el *planteamiento del problema* se ha centrado en las dificultades de este tipo de enfermedad y en la necesaria intervención adecuada para mantener una correcta salud, tanto mental como física. El campo de estudio es: “*La orientación psicopedagógica ante los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia*”.

## Fundamentación Teórica

Resulta necesario conocer las características de los trastornos alimentarios y averiguar qué le conduce al alumnado adolescente incurrir en dichas actitudes y comportamientos. Para ello –en primer lugar- se precisa un recorrido histórico hasta la situación actual, teniendo en cuenta que los conocimientos son algo dinámico, destacando:

- *La Anorexia* proviene del griego, ἀνορεξία (significa carencia o privación) y ὄρεξις (deseo), haciendo referencia a una falta de apetito. Definida como falta anormal de ganas de comer, dentro de un cuadro depresivo, por lo general, en mujeres adolescentes. A lo largo de la historia de la humanidad, podemos encontrar datos relacionados con la restricción alimentaria, estando asociada a aspectos religiosos, obediencia, castidad y pulcritud.
- *La Bulimia nerviosa* comenzó hace siglos, pues los atracones se han practicado desde hace cientos de años. Los romanos ya autoinducían el vómito tras copiosos banquetes. Durante el siglo X, Aurelianus describió un apetito feroz, con deglución en ausencia de masticación, seguido del vómito autoprovocado, llamándolo *hambre mórbido*.

Después de estudiar los distintos modelos multicausales en los TCA (Garrote, 2009), se puede indicar que unos han puesto mayor énfasis en las variables socioculturales como factor principal de inicio como el modelo de Striegel-Moore (1993), algunos en el desajuste emocional como los de Rosen y Leitenberg (1985) y McCarthy (1990), y otros son más integradores como los de Garner y Garfinkel (1985), y Williamson, Davis, Duchmann, McKenzie y Watkins (1990), donde se considera que el trastorno es causado -y mantenido- por la interacción de factores psicológicos, sociales y culturales. Estos últimos sostienen que para conceptualizar los trastornos alimentarios hay que contemplar tanto los factores etiológicos como de mantenimiento.

En los diversos trabajos estudiados (Garrote, 2009), se considera que las personas que sufren *anorexia* suelen presentar estas características:

- Restricción de la ingesta de alimentos y/o su eliminación mediante purgas y ejercicio excesivo.
- Una pérdida de peso que conduce a la desnutrición, que se mide a través de dos parámetros: el mantenimiento de un peso por debajo del 85% del establecido para su edad y altura, y un índice de masa corporal (IMC) igual o inferior a 17,5.
- Alteraciones en el ciclo menstrual, con amenorrea.
- Alteraciones de la imagen corporal.
- Negación y control del hambre, aunque lo tienen, lo niegan.
- Hiperactividad, con actividad física alta y extenuante.
- Obsesiones y control, llegando a tener una delgadez que no es sostenible biológicamente, por ello el cuerpo lucha por incrementar el deseo de comer y los

pensamientos relacionados con la comida. Al final, puede convertirse en un trastorno obsesivo grave.

- Miedo a la madurez, pues la restricción de alimento hace que el paciente detenga su crecimiento, permaneciendo con un cuerpo de niño/a, dificultando el paso de la adolescencia.
- Exaltación y sensación de fuerza, que se produce cuando valora que ha cubierto sus objetivos: delgadez, control de la comida y evitar su existencia.
- Irritabilidad y fluctuaciones bruscas del estado de ánimo, pues el acto de comer le provoca culpabilidad, ya que no ha sido capaz de controlarse.
- Desequilibrio en el estilo de vida, dado que su forma de actuar la extrapola al terreno académico o profesional.
- Perfeccionismo, imponiéndose unas metas difíciles de conseguir, lo que les lleva a tener una gran minuciosidad en la ejecución, manteniendo una sensación de fracaso permanente.

Según Calvo (2002), la adolescencia la componen diferentes etapas que abarcan, desde la adolescencia temprana y media hasta la tardía y juventud:

- La *Adolescencia Temprana* (11-13 años) constituye un periodo crítico para la prevención, debido a las actitudes y conductas alimentarias no saludables. El desarrollo corporal, el surgimiento de nuevas emociones y la necesidad de independencia, son los factores de riesgo más importantes en esta etapa. Numerosos estudios (Garrote, 2009) indican que, un 80% de las niñas de esta edad, suelen hacer dietas.

El proceso inicial de independencia de la familia y del grupo de adultos les hace vulnerables a las influencias de los iguales, teniendo mucho peso el líder del grupo y las chicas “portadoras” de la enfermedad. Se les denomina así, porque inducen a hacer dietas, presionando hasta la obsesión; pero ellas, se preservan y no lo desarrollan. La pronta detección de la actuación de estas chicas es fundamental para prevenir su contagio, desenmascarando su actuación.

Las tareas *preventivas* que pueden paliar las influencias externas, son:

- Informar sobre la normalidad de los cambios que experimenta el cuerpo en la pubertad.
- Instruir sobre las emociones e impulsos más intensos, de los cambios que experimenta en sus relaciones sociales; así como de los posibles conflictos con los padres.
- Informar de la importancia de una correcta alimentación y un adecuado ejercicio físico, siendo conscientes de los efectos de las restricciones y las dietas crónicas.
- Enseñar formas adecuadas de regulación de emociones e informar de las conductas apropiadas para lograrlo.
- Capacitarles para afrontar las burlas de otros.
- Aumentar su autoestima.
- Ayudarles para que equilibren las tareas académicas y el tiempo de ocio.

- La *Adolescencia Media* (14-16 años) está integrada por un amplio grupo de alumnado que hace dietas, se da atracones, se provoca vómitos, utiliza laxantes y diuréticos, tiene insatisfacción de la imagen corporal y sentimientos de obesidad, etc. Las estrategias **preventivas** incluyen los siguientes objetivos:
  - Facilitar información sobre una alimentación y ejercicio físico sanos.
  - Cuestionar la valoración personal basada exclusivamente en la apariencia corporal y en el éxito académico/profesional.
  - Desafiar el ideal de imagen de mujer propuesto por los medios de comunicación.
  - Conocer la conexión entre emociones y el uso de alimentos o sustancias, buscando una alternativa saludable.
  - Entrenar en estrategias cognitivo-conductuales de manejo de emociones y en habilidades sociales.
  - Proponer soluciones a los problemas entre padres e hijos, tan característicos de esta etapa.
  
- La *Adolescencia Tardía* (17-20 años) es un periodo en el que los jóvenes abordan cambios importantes en su vida, debido al aumento en su independencia y la adopción de decisiones sobre sus estudios y lugar de residencia para realizarlos. Las *tareas preventivas* deben enfocarse en la necesidad de regular las emociones, la mejora en su déficit de autoestima, el establecimiento de una relación positiva con los iguales y la moderación del deseo que tienen -tanto chicos como chicas- de alcanzar un ideal de supermujer o superhombre.

## Diseño y Método

Como se ha indicado, el campo de estudio es: "*La orientación psicopedagógica ante los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia*" y - especialmente- se plantean los siguientes objetivos:

- Descubrir hasta qué punto existen diferencias significativas respecto al sexo, en los TCA, en el alumnado adolescente.
- Evaluar las actitudes y conductas relacionadas con la bulimia nerviosa en el alumnado adolescente.
- Conocer los rasgos de personalidad de los estudiantes adolescentes objeto de estudio relacionado con los TCA.
- Analizar la obsesión por la delgadez o búsqueda incesante de la delgadez, como característica esencial de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia.

Se ha utilizado una *metodología ecléctica* que conjuga la investigación descriptiva, centrada en el análisis cuantitativo y numérico de Cuestionarios, y la interpretación de estos datos estadísticos, mediante el empleo de Entrevistas, que posibilitan contextualizar la realidad de este trastorno, en los Centros de la capital granadina. En este artículo sólo se incluyen los datos cuantitativos.

Respecto a la muestra, se ha trabajado con la población escolar de Educación Secundaria en los tres IES "Juan XXIII" de Granada capital (la Chana, el Zaidín y Cartuja), durante los meses de octubre a diciembre en el curso 2007-08, continuándose las investigaciones durante el cursos 2008-9 y 2009-10. La selección de la muestra responde al criterio normativo de la edad; en este caso, 11 a 17 años, momento decisivo para estas personas al encontrarse ante la toma de decisiones importantes de cara a su futuro profesional y personal, al finalizar la escolarización obligatoria, en tres IES de diferentes zonas y características.

El número de sujetos que conforman la muestra es de 700 alumnos/as de los centros estudiados. En el *Eysenck Personality Questionnaire Junior (EPQ-J)*, los hombres representan el 51,85% (363) y las mujeres el 48% (336), así como uno invalidado (0,14%), mientras la representación de hombres -en el *Cuestionario Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)*- es del 53,57%, y, de mujeres, el 45,86%, siendo invalidado el 0,57%.

### *Métodos y Técnicas de recogida de Análisis de la Información*

En relación con los instrumentos empleados para llevar a cabo la Evaluación psicométrica en los trastornos de la conducta alimentaria, se aplicaron distintos Cuestionarios:

- *El Eysenck Personality Questionnaire Junior (EPQ-J)*. Cuestionario de Personalidad que consta de 81 ítems y permite evaluar las dimensiones básicas de la personalidad: Neuroticismo o emotividad (N), Extraversión (E) y Psicoticismo o dureza (P), Sinceridad (S) y predisposición a la Conducta Antisocial (CA). Esta última, aún está pendiente de validación en muestra española. Al sujeto se le pide que conteste «SI» o «NO» a los ítems en función de si la pregunta se refiere a su modo de pensar y sentir. En el análisis de los resultados aportados por el Cuestionario, se ha utilizado el paquete estadístico de Ciencias Sociales (SPSS, versión 15). Con un índice de consistencia interna alpha de 0,82.
- *El Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)*. Facilita información respecto a las dimensiones psicológicas y conductuales características de los trastornos alimentarios y presenta buena consistencia interna, fiabilidad test-retest y validez. Sin embargo, al ser aplicado en distintas poblaciones, se han observado diferencias en los puntos de corte de las escalas. Además, el EDI-2 no permite establecer un diagnóstico específico de anorexia nervosa (AN), ni de bulimia nervosa (BN), pues sólo está dirigido a la descripción y medición de ciertas características psicológicas, así como de la severidad de la sintomatología de relevancia clínica. Es un Cuestionario autoaplicable que consta de 91 reactivos, que se distribuyen en 11 escalas. Este instrumento posee una prueba estandarizada con buena consistencia interna (alpha=0.80).
- Resulta importante destacar que, aunque en este artículo no se presentan las conclusiones de las técnicas cualitativas, en el curso 2007-08, se realizaron siete *Entrevistas* a personas que padecían algún trastorno de la conducta alimentaria, ampliándose el número a diez, en el curso 2008-09 y, a quince, en 2009-10. Las Entrevistas estaban divididas en dos partes:
  - En primer lugar, se preguntó al sujeto la edad, peso, estatura, curso escolar en el que se encontraba, profesión de los padres, si realizaba algún tipo de conducta purgativa, etc., y se anotaron los aspectos más significativos.
  - Se cumplimentó el Cuestionario EDI (Garner, Olmsterd, Polivy, 1983), que es el que se utiliza actualmente en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Departamento de Psiquiatría del Hospital San Cecilio de Granada. En este caso, el entrevistador va leyendo las preguntas del Cuestionario y anotando las respuestas, deteniéndose en algunas, para que el sujeto pueda expresar sus sentimientos o explicar a qué se debe su respuesta.

Esta forma de actuar, se realizó para disminuir la tensión en las respuestas y para que se obtenga confianza con el entrevistador, fomentando la sinceridad.

## Resultados

El análisis descriptivo de los Cuestionarios utilizados se divide en tres bloques:

- El relativo al *EPQ-J*.
- Hace referencia al *EDI-2*, utilizando baremos de varones y mujeres sin TCA.
- Se analiza el *EDI-2*, con baremos de varones adolescentes sin TCA y Mujeres casos clínicos.

En el *EPQ-J* (Cuestionario de Personalidad), la puntuación de los percentiles en E (Extraversión), S (Sinceridad) y CA (Conducta Antisocial), se utilizó un rango entre 0 y 99; mientras que, N (Emocionalidad) está situado entre 1 y 99. La subescala P (Dureza) se encuentra entre 5 y 99. El rango de edad de los sujetos se sitúa en 11–19, con una media de 14,04 años y una desviación típica de 1,385. A continuación, se analizaron los ítems que componen el Cuestionario, en función de las cinco subescalas que lo forman, considerando el número de sujetos que respondieron correctamente a cada ítem e identificando, como valor mínimo, el 1, que equivale al “Sí”, y -como valor máximo- el 2, equivalente al “No”. También se consideró la media de las respuestas y la desviación típica. Posteriormente, se realizó un análisis de frecuencias de cada ítem, teniendo en cuenta que cada pregunta, por si sola no tiene valor significativo, sino que el valor de cada subescala proviene de la unión de las distintas *preguntas que la componen*.

En el *EDI-2* (*Varones y mujeres sin TCA*), cada escala presenta una puntuación continua y cuanto mayor sea la puntuación obtenida, mayor será la manifestación del rasgo evaluado. La puntuación de los percentiles de las escalas, en *BT* (*Impulso hacia la delgadez*), *B* (*Bulimia*), *BD* (*Insatisfacción corporal*), *I* (*Ineficacia*), *P* (*Perfeccionismo*), *ID* (*Desconfianza interpersonal*), *IA* (*Conciencia interoceptiva*), *MF* (*Miedo a la madurez*), *A* (*Ascetismo*), *IR* (*Regulación de impulsos*) y *SI* (*Inseguridad social*), varían entre 2 y 99. El rango de edad de los sujetos se sitúa en 11–17, con una media de 13,93 años y una desviación típica de 1,384. La estatura media es de 1.64, moviéndose por un rango entre 1.40 y 1.90. El peso medio de la muestra es de 55.67 kilogramos, con un rango que varía desde los 28 kg. a los 100 kg.

Como indican Herrero y Viña (2005), los datos respecto de la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria distan de ser definitivos. Además, la mayoría de los autores señalan un claro aumento (Chinchilla, 2003; García-Gamba, 2001; Polivy y Herman, 2002, etc.), valorando positivamente los grandes esfuerzos que se dedican a determinar su problemática y extensión.

*La Escala Obsesión por la delgadez* se ha utilizado como base para determinar si una persona se encuentra -o no- en situación de riesgo de desarrollar un Trastorno de Conducta Alimentaria. Aunque el punto de corte establecido por los autores del Cuestionario era de catorce, en el manual de la segunda versión (Garner, 1998), advierte que su sensibilidad y especificidad varían en función de los puntos de corte utilizados. Por ello, 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), considerando 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, se ha considerado el que se basa exclusivamente en la mencionada subescala y considera -en situación de riesgo- a quien obtiene una puntuación superior a once. 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.

En la *Tabla 1*, se presentan los porcentajes de adolescentes de ambos géneros que están en situación de riesgo, en función de los criterios señalados por los autores citados, a partir de las puntuaciones obtenidas en el EDI.

**TABLA 1. Adolescentes en situación de riesgo en la Escala *Obsesión por la delgadez***

| AUTORES                                     | CRITERIOS DE RIESGO            |     |      |                             |     |      |               |     |     |                          |     |     |
|---|--------------------------------|-----|------|-----------------------------|-----|------|---------------|-----|-----|--------------------------|-----|-----|
|   | Morandé, Celada y Casas (1999) |     |      | Gandarillas y Febrel (2000) |     |      | Garner (1998) |     |     | Norrin y Sohlberg (1988) |     |     |
|   | DT > 10                        |     |      | DT > 11                     |     |      | DT > 14       |     |     | DT > 17                  |     |     |
|   | M                              | H   | T    | M                           | H   | T    | M             | H   | T   | M                        | H   | T   |
| Shore y Porter (1990)                       |                                |     |      | 24,0                        |     |      | 12,0          |     |     | 4,0                      |     |     |
| Corral, González, Pereña y Seisdedos (1998) |                                |     |      | 23,0                        | 4,0 |      | 14,0          | 2,0 |     | 5,0                      | 0,0 |     |
| Herrero y Viña (2005)                       | 14,9                           | 6,2 | 10,4 | 18,1                        | 5,4 | 11,5 | 10,0          | 3,3 | 6,5 | 4,4                      | 0,7 | 2,5 |
| Garrote y Palomares (2011) *                | 11,4                           | 2,8 |      | 11,4                        | 2,8 |      | 5,7           | 1,8 |     | 2,4                      | 0,8 |     |

M = Mujeres; H = Hombres; T = Total; DT = Obsesión por la Delgadez.  
\* Investigación que se recoge en este artículo

Los porcentajes de adolescentes que se encuentran en situación de riesgo son mucho más altos en las mujeres que en los hombres. En esta investigación, también se evidencia dicha circunstancia (Garrote, 2009). Utilizando el criterio de riesgo de Morandé, Celada y Casas (1999), tanto en la submuestra masculina como en la femenina, sus porcentajes son mayores. En la masculina, se obtiene un 11,4% frente al 24,9%. La diferencia es menor en la femenina, del 2,8% frente al 3,4%. Respecto al criterio de Gandarillas y Febrel (2000), el porcentaje de mujeres en situación de riesgo es del 11,4%, siendo el porcentaje menor obtenido junto con Garner, Olmsted y Polivy (1983) del 11,0%; mientras que, en los hombres, es del 2,8%. Al utilizar el criterio de Garner (1998), en las mujeres, encontramos un porcentaje de riesgo del 5,7%, mientras que el de los hombres es del 1,8%. Utilizando el criterio de Norring y Sohlberg (1988), las mujeres en situación de riesgo, es del 2,4% y, en hombres, del 0,8%. Como puede comprobarse, los resultados también son similares en las investigaciones realizadas por Shore y Porter (1990), y Corral, González, Pereña y Seisdedos (1998).

En la *Tabla 2*, se indica el porcentaje de sujetos que, en función de su edad, han superado el percentil 85, puntuación que se considera como punto de corte significativo de posibles problemas. El 24 % de los varones y el 12,46% de las mujeres responden a este criterio. En los hombres, la incidencia es máxima a los 14 años y en las mujeres a los 15 años.

**TABLA 2. Porcentaje de sujetos en situación de riesgo en *Obsesión por la delgadez***

| EDAD    | 11    | 12     | 13  | 14     | 15     | 16     | 17    |
|---------|-------|--------|-----|--------|--------|--------|-------|
| VARONES | 3,33% | 23,33% | 20% | 28,88% | 12,22% | 11,11% | 1,11% |
| MUJERES | 2,50% | 10%    | 20% | 25%    | 30%    | 10%    | 2,50% |

La *Escala bulimia* evalúa las actitudes y conductas relacionadas de forma más directa con la anorexia y la bulimia. Según el manual del *EDI-2*, hace referencia a la tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones incontrolables. En la muestra estudiada, los hombres obtuvieron una puntuación media de 1,715 (percentil 57,87), y las mujeres obtuvieron una puntuación media de 1,06 (percentil 57,72).

Al comparar las puntuaciones de nuestra investigación con las obtenidas en el estudio de Herrero y Viña (2005), se demuestra que la puntuación alcanzada en mujeres es menor que la lograda en los hombres, con unas puntuaciones similares en los hombres, aunque en las mujeres es sólo dos décimas inferior (Tabla 3). Sin embargo, en otras investigaciones como las realizadas por Garner, Olmsted y Polivy (1983), Garner (1998), Rosen, Silberg y Gross (1988), Cashel, Cunnigahm, Lenderos, Cokley y Muhammad (2003), Lameiras, Calado, Rodríguez y Fernández (2003), etc. las puntuaciones logradas en mujeres es superior a las adquiridas por los hombres, por lo que resulta evidente que afecta a ambos sexos y es fundamental continuar profundizando en las investigaciones, centrándose en la influencia del contexto concreto en el que se vive.

**TABLA 3. Análisis comparativo respecto a la Escala Bulimia**

| AUTORES   | BULIMIA     |                   |             |                   |
|---|-------------|-------------------|-------------|-------------------|
|   | Mujeres     |                   | Hombres     |                   |
|   | Media       | Desviación típica | Media       | Desviación Típica |
| Garner, Olmsted y Polivy, (1983)  | 2,0         |                   | 1,0         |                   |
| Guimerá y Torrubia (1987)   | 1,0         | 1,8               |             |                   |
| Raciti y Norcross (1987)  | 1,9         | 2,8               |             |                   |
| Kurtzman, Yager, Landsverk, Wiesmeier y Bodurka (1989)                              | 1,4         | 2,8               |             |                   |
| Klemchuk, Hutchinson y Frank (1990)   | 2,0         |                   |             |                   |
| Shore y Porter (1990)   | 2,1         | 3,1               |             |                   |
| Corral, González, Pereña y Seisdedos (1998)   | 1,9         | 2,6               | 2,3         | 3,0               |
| Garner (1998)   | 1,2         | 1,9               | 1,0         | 1,7               |
| Gandarillas y Febrel (2000)   | 1,3         |                   | 1,4         |                   |
| Engelsen y Laberg (2001)  | 1,8         | 0,7               |             |                   |
| Jones, Bennet, Olmsted, Lawson y Rodin (2001)                                       | 1,3         | 2,4               |             |                   |
| Cruz y Maganto (2002)   | 1,6         | 2,6               | 1,7         | 2,4               |
| Espelage, Mazzeo, Aggen, Quittner, Sherman y Thompson (2003)                        | 1,3         | 2,5               |             |                   |
| Cashel, Cunnigahm, Lenderos, Cokley y Muhammad (2003)                               | 1,7         | 2,6               | 1,4         | 2,4               |
| Lameiras Calado, Rodríguez y Fernández (2003)                                       | 0,7         | 1,5               | 0,4         | 1,1               |
| Van Serien y Ouwens (2003)  | 0,6         | 1,7               |             |                   |
| Herrero y Viña (2005)   | 1,3         | 2,5               | 1,6         | 2,6               |
| <b>Garrote y Palomares (2011)</b><br>(Investigación que se recoge en este artículo) | <b>1,06</b> |                   | <b>1,71</b> |                   |

En la *Tabla 4*, se indica el porcentaje de sujetos que, en función de su edad, han superado el percentil 85, puntuación que se considera como punto de corte significativo de posibles problemas, a los que es necesario prestar atención (TEA Ediciones, S.A.). El 16,53 % de los varones y el 11,21% de las mujeres responden a este criterio.

**TABLA 4. Porcentaje de sujetos en situación de riesgo en la Escala Bulimia**

| EDAD    | 11    | 12     | 13     | 14     | 15     | 16    | 17    |
|---------|-------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|
| VARONES | 4,83% | 24,19% | 24,19% | 17,74% | 17,74% | 9,67% | 1,61% |
| MUJERES | 2,77% | 16,66% | 22,22% | 25%    | 25%    | 2,77% | 5,55% |

Como puede comprobarse, en los varones el grupo de edad de máxima incidencia en la Escala de Bulimia es entre los 12 y 13 años, mientras que en las mujeres aparece entre los 14 y 15 años.

## Conclusiones

Después de analizar la muestra, respecto a los objetivos específicos marcados, se ha comprobado que:

- La búsqueda incesante de la delgadez es una característica esencial de los *Trastornos de la Conducta Alimentaria* (TCA), con un porcentaje del 12,46% de las mujeres y 24% de los hombres obsesionados por la delgadez. Además, las estadísticas señalan que la prevalencia de *Anorexia nerviosa* fluctúa entre 0.2% y 0.5% y la *Bulimia* entre 2-3%, mientras que la prevalencia de los *Trastornos de la Conducta Alimentaria no especificados* es del 3-5%; aunque los casos son más frecuentes en la adolescencia, también se han detectado casos en niños, adultos y ancianos (Gómez, 1993; Unikel; Saucedo-Molina y Fleiz, 2002).
- En relación con otras Escalas que forman parte de las características de trastornos, como la *Anorexia nerviosa* y la *Bulimia nerviosa*, ha quedado demostrado que, factores como la insatisfacción corporal, el sentimiento de inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre su propia vida, así como el perfeccionismo y pensar que sus resultados personales deberían ser mejores, podrían -en muchos casos- disminuir su impacto, si en los Centros educativos desarrollaran una serie de actividades, talleres, conferencias o cursos, para fortalecer la personalidad de los alumnos, mostrándoles el camino a seguir en momentos de duda e informándoles de dónde acudir. Esta ayuda a su formación o fortalecimiento de su personalidad tendría repercusiones positivas a nivel académico, obteniendo la educación y la orientación psicopedagógica una importancia fundamental para el alumnado.
- El alumnado de los centros escolares analizados, presenta carencias en algunas áreas, a nivel personal, que les exponen a padecer un TCA. Respecto a la emocionalidad, el 7,73% de los hombres y el 9,63 % de las mujeres, se muestran ansiosos, preocupados, con cambios rápidos de humor, frecuentemente deprimidos, duermen mal, etc., obteniendo a los 13 años su mayor representatividad, lo que nos indica el momento en que se muestran más débiles y propensos a verse envueltos en un trastorno alimentario.
- La *Obsesión por la delgadez* es una característica esencial de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. En este sentido, los varones se ven afectados desde un 0'8 a un 2,8% de la muestra y, en mujeres desde un 2'4 a un 11,4% de la misma, aunque en función de la puntuación considerada por TEA como significativa de posibles problemas, se verían identificados el 24% de los varones y el 12,46% de las mujeres. Además, el 16,53 % de los varones y el 11,21% de las mujeres, muestran una tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones incontrolables. Esta conducta es una característica distintiva de la *Bulimia nerviosa*.

También resulta importante destacar que, la gran mayoría de los casos, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se ubican en la adolescencia temprana y media, en el inicio de los cambios puberales, por lo que hay una mayor fijación y conciencia del cuerpo. La dinámica

familiar tiene una gran influencia en el desarrollo saludable del adolescente, pudiendo existir serias dificultades en el manejo de problemas familiares, lo que genera nuevos conflictos entre los diferentes subsistemas, destacando el trastorno del afecto y el trastorno de ansiedad.

Resulta claro que, ante los TCA, se precisa una adecuada *orientación psicopedagógica*, desde la más temprana edad, con la participación activa y adecuada del entorno familiar y educativo. En este sentido, se coincide con Moreno (2001) sobre la necesaria complementación de las funciones educativas de la familia y la Escuela y en la necesidad de coordinación para integrar los influjos educativos que el entorno social produce, abordando temas como higiene mental y desarrollo de la personalidad, educación para la salud, así como otros aspectos educativos y escolares.

La etapa escolar es un momento muy importante para el alumnado, ya que no sólo forma y desarrolla su potencial intelectual, sino que es el momento de formar los pilares de su personalidad, donde vaya adquiriendo las herramientas necesarias para -en el futuro- hacer frente a los momentos de duda e incertidumbre y que no se deje llevar por el ritmo que marcan las modas, la sociedad, los iguales o cualquier grupo -o situación- que le merme en su desarrollo personal. Por tanto, hay una labor muy importante que realizar en los Centros, mediante actividades formativas, en las que el alumnado sea capaz de adquirir las habilidades personales necesarias para afrontar estas situaciones con éxito. En similar sentido se manifiestan Santana, Feliciano y Jiménez (2009). Además, los padres y los educadores tienen la responsabilidad de formar a los alumnos preadolescentes o adolescentes, pues de ellos depende que tomen conciencia del intento de manipulación de los medios de comunicación (Palomares, 2011), así como proveerles de herramientas que les permitan resistir a la necesidad de tener un cuerpo "perfecto".

En base a los resultados obtenidos, se pone de manifiesto que el profesorado debe asumir que las características del alumnado –positivas o negativas- están configuradas, por la sociedad que les ha tocado vivir, resultando evidente que tiene el derecho a disponer de una Escuela de calidad, garantizada por los poderes públicos y en la que no existan discriminaciones de ningún tipo. Dicha Escuela debe propiciar posibilidades reales de desarrollo social, personal y profesional para todo el alumnado, como derecho básico e inalienable (Palomares y Garrote, 2009: 341).

## Limitaciones de la Investigación y Propuestas de nuevos trabajos

En la investigación se han encontrado las limitaciones generales de toda investigación (Sierra Bravo, 1995: 358-359): *El respeto social, la aprensión evaluativa, las características de la demanda, las expectativas del investigador, el efecto Hawthorne y la dependencia de memoria.*

En relación con la Encuesta, de acuerdo con Groves, 1989 (citado por Martínez Arias, 1995: 394), se destacan posibles errores de: *no observación, no cobertura, no respuesta de muestreo, de medida, y de procesamiento* (Cook y Campbell, 1979).

Aparte de las limitaciones generales especificadas anteriormente, en esta investigación, habría que destacar:

- *Poca motivación de los sujetos.* Algunos -a la hora de rellenar los Cuestionarios- presentaban escasa motivación, bien porque se le había echado el tiempo encima y después tenían el recreo u otra clase o porque no les apetecía cumplimentarlo, dando como resultado la nulidad o invalidez del Cuestionario.
- *Dificultad en la comprensión del vocabulario de los Cuestionarios.* A pesar de que el vocabulario de los Cuestionarios era apto para las edades a las que se les pasaba, en algunas ocasiones, desconocían el significado de determinados términos.

- *Edades de los sujetos.* En algunas clases se encontraban alumnos/as que habían repetido en varias ocasiones, lo que provocó que el intervalo de edad del estudio sea más amplio.
- *La muestra.* Es limitada, por lo que en estudios posteriores se está ampliando a otros Centros y Comunidades Autónomas, a fin de que los resultados sean más representativos y ampliar el campo de estudio.

Ha quedado claro que se precisa continuar con las investigaciones iniciadas en el año 2007 e insistir en la implementación de nuevas propuestas sobre actividades para el tratamiento de la imagen corporal, dado que es un factor muy importante en la recuperación de los trastornos alimentarios.

## Referencias bibliográficas

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª Ed.). Barcelona: Masson.
- BORDA, M.; RÍO, C., TORRES, I; AVARGUEZ, M<sup>a</sup> L. Y PÉREZ, M<sup>a</sup>. A. (2009). Prevención de los trastornos de conducta alimentaria (TCA) en chicas preadolescentes. Eficacia de un programa multisesión e interactivo en el seguimiento a un año. *Psicología conductual*, 17 (3), 499-521.
- CALVO, R. (2002). *Anorexia y bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Ediciones Planeta.
- CARRETERO, A.; SÁNCHEZ, L.; RUSIÑOL, J.; RAICH, R. Y SÁNCHEZ, D. (2009). Relevancia de factores de riesgo, psicopatología alimentaria, insatisfacción corporal y funcionamiento psicológico en pacientes con TCA. *Clínica y Salud*, 20 (2), 145-157.
- 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. (2003). ¿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* (143-147). Barcelona: Masson.
- CIE 10 (1994). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- COLÁS, M<sup>a</sup>. P. Y BUENDÍA, L. (1992). *Investigación educativa*. Sevilla: Alfar.
- COOK, T. D. Y CAMPBELL, D. T. (1979). *Quasi-experimentation: design and analysis segues for field setting*. Chicago: Rand McNally.
- 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*, 69-80. Madrid: TEA.
- 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.
- 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.
- EPELAGE, 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* (3-29). Barcelona: Masson.
- GARFINKEL, P.E. Y GARNER, D.M. (1983). *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*. New York: Brunnel-Mazel.
- 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. (1985). *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York: Guilford Press.
- GARNER, D.M. (1998). *EDI-2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Manual*. Madrid: TEA.
- GARROTE ROJAS, D. (2009). *Análisis de la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en los factores de personalidad de los estudiantes de educación secundaria*. Granada: Publicaciones de la Universidad.
- GÓMEZ, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nerviosa. *Revista Mexicana de Psicología*, 10 (1), 17-24.
- 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.
- HERRERO, M. Y VIÑA, M. (2005). Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra representativa de estudiantes de secundaria. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 67-83.
- 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.
- KAPLAN, H.I. Y SADOCK, B.J. (2001). *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica*. Madrid: Panamericana.
- 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.
- LEITENBERG, H.; ROSEN, J.C.; GROSS, J.; NUDELMAN, S. Y VARA, L.S. (1988). Exposure plus response-prevention treatment of bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 535-541
- LÓPEZ-IBOR, J. J. Y VALDÉS MIYAR, M. (Dir.) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- MCCARTHY, M. (1990). The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 205-215.
- MARTÍN, F. M.; CANGAS, A. J.; POZO, E. M<sup>a</sup>; MARTÍNEZ, M. Y LÓPEZ, M. (2009). Trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Psicothema*, 21 (1), 33-38
- MARTÍNEZ ARIAS, R. (1995). El método de encuestas por muestreo: conceptos básicos. En ANGUERA, M<sup>a</sup> T., *Métodos de investigación en psicología*. Madrid: Síntesis.
- MIOTTO, P. (2003). "The spectrum of eating disorders: Prevalence in area of Northeast Italy". *Psychiatry Research*, 119, 145-154.
- MORANDÉ, G.; CELADA, J. Y CASAS, J.J. (1999). Prevalence of eating disorders in Spanish schoolage population. *Journal of Adolescent Health*, 24, 212-219.
- MORENO, M. (2001). Colaboración escuela-familia: análisis de una experiencia de escuela de padres en el I.E.S Torreblanca de Sevilla durante el curso 1998/99. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía.*, 22 (2), 341-352
- NORRING, C. Y SOHLBERG, S. (1988). Eating Disorder Inventory in Sweden: Description, crosscultural comparison, and clinical utility. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 567-575.
- PALOMARES, A. (2011). El modelo docente universitario y el uso de nuevas metodologías en enseñanza, aprendizaje y evaluación. *Revista de Educación*, 355, 591-605.
- PALOMARES, A. Y GARROTE, D. (2009). Educación, Democracia e Interculturalidad. *Ensayos*, 23, 327-343.
- 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.
- ROSEN, J.C. Y LEITENBERG, H. (1985). Exposure plus response prevention treatment of bulimia. En M.D. GARNER Y P.E. GARFINKEL (Eds.), *A Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York: Guilford Press.
- SANTANA, L., FELICIANO, L. Y JIMÉNEZ, A. B. (2009). Autoconcepto académico y toma de decisiones en el alumnado de Bachillerato. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 20 (1), 61-75.
- 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, 201-20.

- SIERRA BRAVO, R. (1995). *Tesis doctoral y trabajos de Investigación científica. Metodología general de su elaboración y documentación*. Madrid: Paraninfo.
- STRIEGEL-MOORE, R.H. (1993). Etiology of binge eating: A developmental perspective. En C.G. FAIRBURN y G.T. WILSON (Eds.), *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- TORO, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- TORO, J. Y VILARDELL, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- UNIKEL C.; MORA J. Y GÓMEZ G. (1999). Percepción de la gordura en adolescentes y su relación con las conductas anómalas del comer. *Revista Internacional de Psicología*, 33 (1), 11-29.
- UNIKEL, C.; SAUCEDO-MOLINA, T.; VILLATORO, J. Y FLEIZ, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental*, 25 (2), 49-56.
- 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.
- WILLIAMSON, D.A.; DAVIS, C.J.; DUCHMANN, E.G.; MCKENZIE, S.M. Y WATKINS, P.C. (1990). *Assessment of Eating Disorders: Obesity, Anorexia, and Bulimia Nervosa*. New York: Pergamon Press.

**Fecha de recepción: 30-07-2010**  
**Fecha de revisión: 29-07-2011**  
**Fecha de aceptación: 11-10-2011**