

ACTITUDES Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE DROGAS: UNA MUESTRA UNIVERSITARIA

Manuel Herrero¹
Conrado M. Viña

Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

RESUMEN

En este artículo se presentan los resultados obtenidos al administrar el Eating Attitudes Test (EAT) a una muestra universitaria (N = 544) de la Facultad de Psicología de La Laguna, y se comparan con los de otros estudios que aportan información a partir de esta prueba. Se observa que los resultados obtenidos en este estudio se enmarcan dentro del rango de resultados encontrado en la literatura. Se ofrece información tanto de las medias obtenidas en las dos versiones del cuestionario (EAT-40 y EAT-26) como de los porcentajes de personas en situación de riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria según los distintos puntos de corte sugeridos en la bibliografía. Además, se analizan las relaciones entre las conductas y actitudes anómalas hacia la alimentación y el consumo de sustancias, encontrándose diferencias significativas en conductas de consumo entre grupos definidos en función de las puntuaciones del EAT, sobre todo en la subescala de Bulimia y Preocupación por la Comida.

Palabras clave: EAT-40, EAT-26, TRASTORNOS ALIMENTARIOS, ANOREXIA, BULIMIA, DROGAS.

1 Correspondencia: Manuel Herrero, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Campus de Guajara, Universidad de La Laguna. C.P.: 38.200. La Laguna. S/ C de Tenerife. Islas Canarias. España. e-mail: mherrero@ull.es.

SUMMARY

In this paper the results of administering the Eating Attitudes Test (EAT) to a university sample (N = 544) from Psychology Faculty of La Laguna University, are presented, and compared with other works offering information about this test. Results from the present study are located into the rank found in the literature. We offer means obtained with the two versions of the questionnaire (EAT-40 and EAT-26), and percentages of people in risk of suffering an eating disorder according to the different cut-off points suggested in the bibliography. Moreover, relations between abnormal behaviours and attitudes toward eating, and substance consumption are analysed. We found significant differences in several consumption behaviours between groups defined according to the EAT variables, especially in the Bulimia and Food Preoccupation subscale.

Key words: EAT-40, EAT-26, EATING DISORDERS, ANOREXIA, BULIMIA, DRUGS.

INTRODUCCIÓN

El *Eating Attitudes Test* (EAT) (Garner y Garfinkel, 1979) es, actualmente, el cuestionario más conocido y utilizado para la evaluación de las actitudes y las conductas relacionadas con los trastornos alimentarios (Anstine y Grinenko, 2000; Ocker, Lam, Zhang, Jackson y Pease, 2002; Raich, 1994; Sevillano, 2001; Sierra, Buela-Casal y Ambrosio, 2001). Se trata de un instrumento económico, por su brevedad, que ha demostrado su utilidad como prueba auxiliar autoaplicada en la evaluación de estos trastornos, tanto en casos incipientes como en la detección de posteriores cambios (Sevillano, 2001), lo que permite el control de la evolución de estos problemas. A partir de una determinada puntuación (30 puntos) el EAT señala a las personas con riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria. No obstante, el grupo de trabajo de Josep Toro (Castro, Toro, Salamero y Guimerá, 1991) ha propuesto un punto de corte

claramente inferior (20 puntos), ya que comprobaron en su estudio que este criterio mejoraba de modo significativo la sensibilidad de la prueba (incrementaba la detección de verdaderos positivos). Esta modificación ha sido aceptada por otros autores (Raich, 1994), que recomiendan su uso en un primer momento debido a que, en la fase inicial de la evaluación, estas personas suelen presentar dificultades para contestar con sinceridad a cuestiones relacionadas con su problema alimentario lo que podría ocasionar la obtención de una puntuación inferior al punto de corte establecido originalmente.

Otro argumento a favor del empleo de este cuestionario, es que ha sido ampliamente utilizado tanto en investigaciones epidemiológicas como clínicas, en trabajos transculturales y en estudios de seguimiento (Channon y de Silva, 1985; Clark y Palmer, 1983; Eisler y Szmukler, 1985; Garner y Garkfinkel, 1980, 1981; Leichner, Arnett, Rallo, Srikameswaran y Vulano, 1986; Thompson y Schwartz, 1982; Toro, Castro, García, Pérez y Cuesta, 1989). No obstante, hay que señalar que el diagnóstico final de los trastornos alimentarios no debe basarse exclusivamente en este cuestionario, sino que debe ultimarse en una entrevista clínica. Esto es debido a que una alta puntuación en el EAT no implica, con el cien por cien de seguridad –aunque sí con una alta probabilidad–, que la persona sufra de un trastorno de la conducta alimentaria.

Aunque el EAT por sí solo no baste para diagnosticar de manera correcta a las personas que tienen trastornos de la conducta alimentaria (TCA), su tasa de falsos negativos es casi despreciable (Button y Whitehouse, 1981; Clark y Palmer, 1983; Mann et al., 1983; Meadows, Palmer, Newball y Kenrick, 1986; Thompson y Schwartz, 1982; Williams, Hand y Tarnopolsky, 1982).

Esta prueba cuenta con una versión abreviada, el EAT-26 (Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982), que consta de 26 ítems seleccionados a partir de la versión original. Esta versión reducida mostró ser funcionalmente equivalente al EAT-40 ($r_{xy} = .98$), ya que permite la identificación de un porcentaje muy significativo de personas con TCA y reduce al máximo el número de falsos negativos.

Para esta versión reducida, se ha propuesto una puntuación igual o superior a 20 como punto de corte. En fechas recientes, algunos autores han señalado que esta versión abreviada se ha mostrado

eficiente, válida y fiable y, por lo tanto, resulta adecuada para su uso en atención primaria y como un sustituto económico del EAT-40 (Anstine y Grinenko, 2000). La importancia del EAT-26 queda reflejada en que este cuestionario ha sido traducido a los principales idiomas del mundo y validado en distintos países.

Los estudios sobre conductas asociadas con los comportamientos de ingesta anómalos reflejan de modo reiterado que existen relaciones entre éstos, sobre todo los de tipo bulímico, y el uso o abuso del tabaco, del alcohol y de otras sustancias (APA, 1981, 1988, 1995, 2002; Gandarillas y Febrel, 2000; Garfinkel et al., 1996; Garner, 1998; Herrero, Viña, Avero, Hernández y Del Corte, 2001; Holderness, Brooks-Gunn y Warren, 1994; López, 2001; Neumark-Sztainer, Story, Dixon y Murray, 1998; Striegel-Moore, Garvin, Dohm y Rosenheck, 1999).

La comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos por consumo de sustancias ha sido constatada con relativa frecuencia durante las dos últimas décadas. Holderness et al. (1994) llevaron a cabo una revisión de la literatura desde el año 1977. De los 51 estudios que revisaron, 31 consideraban la coocurrencia en individuos, 10 eran historias familiares de uso y abuso de sustancias entre mujeres con TCA y, finalmente, 10 incluían tanto historias individuales como familiares de uso y abuso de sustancias entre mujeres con TCA. Estos autores tuvieron en cuenta los diferentes criterios que se utilizaron para la definición de los TCAs y del uso y abuso de sustancias en los estudios que revisaron.

A partir de esta revisión, Holderness et al. (1994) concluyeron que los porcentajes de consumidores de drogas que informaban de presencia pasada o presente de bulimia o de conducta bulímica, se encontraban en un rango que iba desde el 8% al 40,7%, con una media del 20%. Por otra parte, estos autores constataron que los estudios que examinaban la presencia de anorexia nerviosa entre consumidores de drogas señalaban un porcentaje de coocurrencia considerablemente más bajo, entre el 2% y el 10%.

Estos autores también concluyeron que, de todos los trastornos de la conducta alimentaria tenidos en cuenta, las asociaciones con uso o abuso de sustancias eran más fuertes con la bulimia que con la anorexia. Por otra parte, los estudios que consideraron los subtipos

de anorexia nerviosa encontraron una mayor comorbilidad con el subtipo bulímico que con el restrictivo.

Holderness et al. (1994) y Peñate (2001) han recogido distintas explicaciones para la comorbilidad de estos dos tipos de trastornos. Entre ellas se encuentra la que propone la existencia de un determinado tipo de personalidad que predispone a la adicción, en la que la comida y las drogas son funcionalmente equivalentes. La evidencia empírica para esta teoría basada en la existencia de un tipo de personalidad adictiva no es concluyente. Sin embargo, parece haber acuerdo en que la impulsividad es una característica clave tanto de la bulimia como del abuso de sustancias. Circunstancia que concuerda con la mayor comorbilidad de estos trastornos con el grupo dramático/impulsivo de los trastornos de personalidad del DSM-IV (Bulik, Sullivan, Carter y Joyce, 1997; Suzuki, Higuchi, Yamada, Komiya y Takagi, 1994).

Otras teorías mencionadas por estos autores son la denominada de “la automedicación”, la de la “interacción familiar disfuncional”, la “genética”, la “teoría de la producción de endorfinas” y la de la “perspectiva basada en el desarrollo”. La primera sugiere que los individuos con TCA comienzan el abuso de sustancias en un intento de afrontar sus problemas alimentarios y la preocupación que éstos les causan. Una variante de esta hipótesis sugiere que las personas con síntomas de depresión o ansiedad comienzan a abusar de la comida y/o de las drogas para afrontar sus problemas personales. La segunda teoría (interacción familiar disfuncional) postula que las mujeres que presentan anorexia y forman parte de familias con interacciones disfuncionales, podrían comenzar a consumir drogas en un esfuerzo más para afrontar los problemas de interacción familiar. La teoría genética plantea la hipótesis de que existen factores genéticos comunes entre ambos tipos de trastornos. La teoría de la producción de endorfinas se basa en el hallazgo de niveles elevados de estas sustancias en personas con TCAs. Esta teoría plantea que las conductas anómalas se llevan a cabo en un intento de mantener elevados dichos niveles debido a una “adicción” a los opiáceos endógenos lo que podría explicar el consumo de los exógenos. Sin embargo, los antagonistas opiáceos no han sido muy eficaces para eliminar las conductas características de los TCAs

(Williamson, Rabalais y Bentz, 1995). Finalmente, la perspectiva basada en el desarrollo enfatiza el papel que juega la presión social y cultural hacia la esbeltez, que provocaría que se utilizaran drogas para alcanzar y mantener una figura y peso ajustados a dicha presión.

En definitiva, con independencia del peso específico que tenga cada una de estas teorías en la explicación de la comorbilidad de ambos tipos de trastornos, todas ellas están indicando la necesidad de seguir explorando conjuntamente estas dos áreas de conducta anormal.

En esta línea de trabajo se incardina el presente estudio que, llevado a cabo sobre una muestra universitaria de la Universidad de La Laguna, tiene dos objetivos. En primer lugar, se trata de analizar las características de la muestra, tanto en lo que se refiere al porcentaje de personas que se hallarían en situación de riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria, como a la presencia diferencial de estas actitudes y conductas anómalas en función del género. En segundo lugar, dado el considerable volumen de investigación llevado a cabo para explorar la comorbilidad entre las conductas alimentarias anómalas y el consumo de sustancias, este trabajo tiene como objetivo comprobar el grado de relación existente entre ambos tipos de conductas en la muestra utilizada.

MÉTODO

Muestra

Está formada por un total de 544 estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Laguna. El 84% son mujeres y el 16% hombres. El rango de edad se sitúa entre los 17 y los 40 años, y su media es de 20,7 ($dt = 3,2$). Los estudiantes cursaban alguno de los cursos de dos de las titulaciones en las que la Facultad imparte docencia: Psicología y Logopedia. En concreto, participaron alumnos de los cuatro cursos de la licenciatura de Psicología y de los dos primeros cursos de la diplomatura de Logopedia. Los estudiantes de tercero de esta última titulación no participaron debido a la dificultad para reunirlos ya que no tenían ninguna asignatura a la que acudieran juntos.

Instrumentos

En este trabajo se ha utilizado el Cuestionario de Actitudes hacia la Alimentación (Eating Attitudes Test, EAT, de Garner y Garfinkel, 1979), y un conjunto de preguntas relativas al consumo de sustancias, extraído del amplio estudio epidemiológico sobre conductas alimentarias anómalas llevado a cabo en la Comunidad de Madrid por Gandarillas y Febrel (2000). El primer instrumento, el EAT, consta de 40 ítems relativos a un amplio rango de conductas y actitudes relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria. En concreto, los ítems del EAT sondan las actitudes, sensaciones y preocupaciones que se relacionan de forma importante con la comida, el peso y el ejercicio. Este cuestionario ha sido factorizado en varias ocasiones (Castro et al., 1991; Eisler y Szmukler, 1985; Garner y Garfinkel, 1979; Wells, Coope, Gabb y Pears, 1985). En este trabajo se ha utilizado la factorización de Castro et al. (1991) quienes obtuvieron tres factores: I) Dieta y preocupación por la comida; II) Presión social percibida y malestar por la comida; y III) Trastornos psicobiológicos. En cuanto a la versión reducida del cuestionario (el EAT-26), se ha empleado la factorización propuesta por sus autores (Garner et al., 1982), en la que también se obtuvieron tres factores, aunque ligeramente diferentes a los anteriores: I) Control oral; II) Dieta; y III) Bulimia y preocupación por la comida.

Las preguntas del trabajo de Gandarillas y Febrel (2000), rastrean brevemente la frecuencia y formas de uso de algunas de las sustancias más utilizadas por la población. Se trata de cuatro preguntas que señalamos a continuación, reflejando la codificación que se ha seguido con el objeto de permitir una mejor comprensión de las tablas que se presentarán en el apartado dedicado a los resultados. La primera pregunta interroga acerca de cuántos días se ha tomado al menos una bebida alcohólica durante el último mes, y su codificación es la siguiente: 0 = ningún día; 1 = 1 ó 2 días; 2 = de 3 a 5 días; 3 = de 6 a 9 días; 4 = de 10 a 19 días; 5 = de 20 a 29 días; 6 = todos los días. La segunda, se interesa en saber a qué edad se comenzó a consumir bebidas alcohólicas por lo menos una vez a la semana, con la codificación que sigue a continuación: 0 = nunca he consumido alcohol con una frecuencia de por lo menos

una vez a la semana; 1 = más de 16 años; 2 = 15 ó 16 años; 3 = 13 ó 14 años; 4 = 11 ó 12 años. La tercera pregunta intenta averiguar cuántos cigarrillos suele fumar cada día el participante y tiene la siguiente codificación: 0 = no he fumado nunca; 1 = 1 cigarrillo o caladas sueltas; 2 = de 2 a 5 cigarrillos; 3 = de 6 a 10 cigarrillos; 4 = de 11 a 20 cigarrillos; 5 = más de un paquete. Finalmente, la cuarta y última pregunta explora la frecuencia con la que se ha consumido una serie de sustancias (tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta médica, derivados del cannabis, cocaína en sus diferentes presentaciones, heroína, anfetaminas y sus derivados y, por último, otras drogas no incluidas con anterioridad). La codificación de esta última pregunta es: 0 = nunca; 1 = alguna vez en tu vida; 2 = alguna vez en los últimos 12 meses; y 3 = alguna vez en los últimos 30 días.

Procedimiento

Los dos instrumentos fueron administrados de manera colectiva en horario de clase.

Análisis estadísticos

Se han llevado a cabo correlaciones de Pearson para analizar la relación entre distintas variables y t de Student para calcular las diferencias de medias.

Todos los análisis se llevaron a cabo con el programa SPSS para Windows versión 9.0.1

RESULTADOS

Vamos a comenzar este apartado ofreciendo una comparación de los resultados obtenidos en diversos estudios con los del presente trabajo, aplicando tanto el EAT-40 como su versión reducida, el EAT-26, sobre muestras no clínicas. También presentamos información

acerca de las diferencias encontradas entre los hombres y las mujeres utilizando las dos versiones del cuestionario. Finalizaremos aportando información acerca de la relación existente entre la presencia de actitudes y conductas de riesgo hacia la alimentación y el consumo de sustancias.

Dado que hemos realizado análisis tanto con el cuestionario completo como con la versión abreviada, hemos comprobado la correlación existente entre ambas versiones, obteniendo un índice de .96, muy próximo al encontrado por los autores de la versión reducida (Garner et al., 1982) que fue de .98. En esta línea de comparar ambas versiones, hemos de mencionar que se calculó el coeficiente Kappa de Cohen con objeto de obtener un índice de fiabilidad entre ellas a la hora de detectar casos de riesgo (se utilizaron los puntos de corte más frecuentemente citados en la literatura: ≥ 20 para el EAT-26 y ≥ 30 para el EAT-40). El índice Kappa obtenido fue de 0,88 lo que indica una alta fiabilidad entre ambas.

La muestra en función del EAT y su comparación con otros estudios

En la Tabla 1 se presentan algunos datos obtenidos con las dos versiones del EAT tanto en este trabajo como en otros estudios. En concreto, ofrecemos las medias de ambas versiones y los porcentajes de personas que obtienen puntuaciones iguales o superiores a los diferentes puntos de corte propuestos en la literatura, que ya se mencionaron más arriba.

En lo que se refiere a la media obtenida con la versión original del cuestionario (EAT-40) observamos que el rango de puntuaciones de los distintos estudios oscila entre un 9,6 obtenido por Espina, Ortego, Ochoa de Alda y Alemán (2002) en población general, y un 23,5 obtenido por Leichner et al. (1986) con estudiantes de ambos sexos. Como se puede apreciar la media obtenida en nuestro estudio se sitúa más próxima al extremo inferior de dicho rango con un 11,9. Esta puntuación se acerca a la obtenida por Toro et al. (1989), también en España y con una muestra similar, quienes obtuvieron una media de 13,5. El resultado obtenido en nuestro estudio no está

muy distante de la media informada por los autores del cuestionario en su trabajo original que fue de 15,6 (Garner y Garfinkel, 1979), máxime teniendo en cuenta que ellos utilizaron una muestra de estudiantes exclusivamente femenina, lo que explicaría que obtuvieran una puntuación más alta, ya que las mujeres presentan una prevalencia superior en este tipo de conductas anómalas tal y como se refleja en la literatura (APA, 1981; 1988; 1995; 2002; Rosen, Silberg y Gross, 1988).

Respecto a la versión reducida del cuestionario, el EAT-26, vemos que los estudios consultados aportan menos datos con respecto a la media. La obtenida con esta versión del cuestionario en el presente trabajo (6,2), se sitúa en el extremo inferior del rango de estudios consultados. Es de destacar que los estudios que han empleado un tipo de muestra similar a la nuestra (estudiantes de ambos sexos), obtienen unas medias más cercanas a la de este estudio (8,5 en Rosen et al., 1988; y 8,4 en Silberstein, Striegel-Moore, Timko y Rodin, 1988). En cambio, los trabajos que utilizaron muestras exclusivamente femeninas (Garner et al, 1982; Striegel-Moore, Silberstein y Rodin, 1993) encontraron medias más altas en el EAT-26 (9,9 y 10,6, respectivamente).

Cuando en lugar de la media se analiza el porcentaje de participantes con una puntuación igual o superior al punto de corte establecido por los estudios de validación, los resultados no cambian de forma sustancial. Así, cuando se utiliza el EAT-40 con el punto de corte señalado por los creadores del cuestionario (una puntuación mayor o igual a treinta), el rango de porcentajes oscila entre el 5,1 de Toro et al. (1989) y el 18 de Fisher, Schneider, Pegler y Napolitano (1991). En nuestro estudio se obtuvo un porcentaje del 7,3 que queda dentro de los extremos señalados y se acerca más al extremo inferior del rango, marcado por el estudio de Toro et al. (1989) que utilizó un tipo de muestra similar a la empleada en el presente trabajo. Podemos ver, además, que la variabilidad en los porcentajes es la nota predominante, lo que podría explicarse por la diferente composición y origen de las muestras estudiadas.

Si en lugar del criterio establecido por los autores para el EAT-40 utilizamos el propuesto por el grupo de Toro (Castro et al., 1991), es decir, una puntuación total de 20 o más en el cuestionario, nos

Tabla 1.- Medias y porcentajes de personas en situación de riesgo, obtenidos con ambas versiones del EAT.

Autores	Tipo de muestra	Media EAT40	Media EAT26	% EAT40 ≥ 30	% EAT40 ≥ 20	% EAT26 ≥ 20
Garner y Garfinkel (1979)	****	15,6				
Garner et al. (1982)	****	15,4	9,9			
Wells et al. (1985)	****	12,4		5,5		
Leichner et al. (1986)	+	23,5				3,5
Franco et al. (1988)	***					10,4
Rosen et al. (1988)	+		8,5			
Silberstein et al., (1988)	+		8,4			
Toro et al. (1989)	+	13,5		5,1		
Castro et al. (1991)	*	18,1		14,1	30,8	
Fisher et al. (1991)	****			18		
Striegel-Moore et al. (1993)	**** y ++		10,61			
Dancyger y Garfinkel (1995)	****					15
Pastore et al. (1996)	+					11
De Barros y Nahra (1999)	+					14,4
Nakamura et al. (1999a)	**					1,5
Nakamura et al. (1999b)	****					5,4
Altug et al. (2000)	****			7,9		
Anstine y Grinenko (2000)	****					17
Pérez-Gaspar et al. (2000)	****					
Espina et al. (2002)	*	9,6		6,4		
Nuestro estudio	+	11,9	6,2	7,3	13,1	7,5

* = Población general; ** = trabajadoras fabriles; *** = Estudiantes varones; **** = Estudiantes mujeres; + = Estudiantes hombres y mujeres; ++ = Mujeres de la población general

encontramos que sólo dos estudios aportan esta información, el ya señalado y el presente trabajo. Se puede apreciar que, con este nuevo punto de corte, el porcentaje de casos en situación de riesgo que la prueba detecta se duplica en ambos estudios. El porcentaje que se ha obtenido en La Laguna (13,1) es claramente inferior al obtenido en Barcelona (30,8). La explicación de esta diferencia podría estar tanto en la procedencia de la muestra como en su composición (estudiantes vs. población general).

Finalmente, en esta Tabla 1, se ofrece información sobre los porcentajes de participantes que alcanzaron o superaron la puntuación de 20 con la versión reducida del EAT (Garner et al., 1982). Observamos que el rango de porcentajes oscila entre el 1,5 obtenido por Nakamura et al. (1999a) con trabajadoras japonesas y el 17 informado por Anstine y Grinenko (2000) con una muestra de universitarias americanas. Como ocurrió en las comparaciones precedentes, nuestro estudio se sitúa dentro del rango y más cerca del extremo inferior que del superior. Si lo comparamos con los estudios que se basaron en muestras similares (estudiantes de ambos sexos), vemos que nuestro porcentaje de personas en situación de riesgo (7,5) es inferior al 10,4 de Rosen et al. (1988), al 11 de Pastore, Fisher y Friedman (1996), ambos en Estados Unidos, y al 14,4 de De Barros y Nahra (1999) hallado en Brasil. Dado que estos tres últimos estudios han utilizado una muestra similar a la nuestra, hemos calculado las puntuaciones Z y hemos comprobado que todas las diferencias entre porcentajes alcanzan la significación estadística, a excepción de la diferencia entre el porcentaje aportado por el grupo de Pastore y el proporcionado por el grupo de Rosen.

Puntuaciones del EAT en función del género

En la Tabla 2 presentamos información, desglosada en función del género, de las medias obtenidas por algunos estudios con las dos versiones del EAT y de los porcentajes de población en situación de riesgo según estas versiones. Como puede verse en los estudios de Raich et al. (1992) y de Rosen et al. (1988) con el EAT-26, en el de Toro et al. (1989) con el EAT-40, y en el presente trabajo con

Tabla 2.- Medias y porcentajes obtenidos por hombres y mujeres en las dos versiones del EAT

	EAT-40				EAT-26			
	X		% ≥ 30		X		% ≥ 20	
	Hom.	Muj.	Hom.	Muj.	Hom.	Muj.	Hom.	Muj.
Clark y Palmer (1983)			0	11				
Leichner et al. (1986)			5,7	22,3				
Rosen et al. (1988)					5,2	11,9	2	19
Toro et al. (1989)	11,4	16,1	1,2	9,8				
Raich et al. (1992) muestra España					6,9	10,1		
Raich et al. (1992) muestra EEUU					5,1	12,1		
Pastore et al. (1996)							6	15
De Barros y Nahra (1999)							5,5	25,1
Nuestro estudio	8,6	12,5	1,3	8,5	2,9	6,8	1,2	8,7

X = Media; Hom. = Hombres; Muj. = Mujeres.

ambos, las medias obtenidas son siempre superiores en el caso de las mujeres. Por lo que respecta al porcentaje de personas en situación de riesgo, con el EAT-40 la ratio más alta mujeres/hombres es de 11/0, obtenida en el estudio de Clark y Palmer (1983), seguida por la ratio de 8,2 obtenida en el estudio de Toro et al. (1989) y, en tercer lugar, la del presente estudio que se sitúa en 6,5 mujeres por cada hombre. En cuarto y último lugar se situaría el estudio de Leichner et al. (1986) con una ratio de 3,9 mujeres por cada hombre. Con el EAT-26, la ratio más alta es de 9,5 obtenida en el estudio de Rosen et al. (1988), seguida por la encontrada en nuestro estudio (7,3). En el estudio realizado por De Barros y Nahra (1999) la ratio es de 4,6 y, finalmente, en el de Pastore et al. (1996) es de 2,5.

A la vista de estos resultados, podemos afirmar que las ratios mujer/hombre obtenidas con el EAT-40 son, en general, algo superiores a las obtenidas con el EAT-26. Esto no sucede en nuestro estudio, en el que se obtiene un índice mayor con la versión reducida del cuestionario. No obstante, dado que ningún otro estudio nos proporciona información de las dos versiones del EAT, no podemos saber si esta mayor tasa obtenida con el EAT-40 por los demás estudios, es un patrón general o bien puede deberse a otras variables como el tipo de muestra utilizado o a la procedencia de la misma. De todas formas hay que señalar que, en cuanto a la ratio mujer/hombre, los índices de este trabajo se sitúan dentro del rango definido por los estudios consultados.

En la Tabla 3 podemos ver las medias obtenidas en este estudio de las dos versiones del cuestionario y de sus respectivas subescalas en función del género. Un examen de dicha tabla nos permite constatar que las puntuaciones de las mujeres son claramente superiores a las de los hombres, tanto en las puntuaciones totales de las dos versiones del cuestionario como en las de todas las subescalas de las mismas. En esta misma tabla también presentamos las diferencias entre las medias de los dos géneros calculadas con la prueba *t* de Student. En el EAT-40 todas las diferencias obtenidas entre mujeres y hombres alcanzan una significación estadística con una probabilidad de error inferior al uno por mil, tanto con la escala total como con las tres subescalas. Las subescalas que obtienen los valores más altos de la *t* son las de "Preocupación por la dieta y

la comida" y "Trastornos psicobiológicos". Por lo que se refiere al EAT-26, también se presentan diferencias significativas entre hombres y mujeres tanto en la escala total como en las tres subescalas que la componen. La diferencia más importante se presenta en la primera subescala "Dieta", que alcanza la *t* de Student más alta de todas las subescalas de las dos versiones. La diferencia entre los dos géneros también es muy importante en la subescala de "Control oral", quedando la subescala de "Bulimia y preocupación por la comida" con un nivel de significación inferior.

Tabla 3.- Puntuaciones obtenidas por hombres y mujeres en las dos versiones del EAT y en sus respectivas subescalas (N = 544)

	Mujeres		Hombres		t
	X	Dt	X	Dt	
EAT-40	12.54	9.93	8.59	4.81	5.33***
Preocupación por la dieta y la comida	7.54	8.24	3.95	3.97	5.95***
Presión social percibida y malestar con comida	1.92	2.59	1.09	1.68	3.73***
Trastornos psicobiológicos	1.12	1.54	.45	.84	5.72***
EAT-26	6.82	8.07	2.86	3.79	6.83***
Dieta	3.77	5.80	1.05	2.48	7.01***
Bulimia y preocupación por la comida	.92	1.55	.59	.97	2.60*
Control oral	2.13	2.62	1.19	1.72	4.21***

X = Media; Dt = Desviación típica; * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

Relación entre las puntuaciones en el EAT y el consumo de sustancias

Como se indicó en la introducción, en la literatura se ha señalado de modo reiterado que determinados comportamientos de ingesta anómalos, sobre todo el bulímico, están relacionados con el uso y/

o abuso de sustancias psicoactivas. Para comprobar este punto en la muestra estudiada, se calcularon las correlaciones entre las puntuaciones de las dos versiones del EAT y de sus respectivas subescalas con el consumo de diferentes drogas. En estos análisis se comprobó que ninguna correlación alcanzaba la significación estadística, presentando la más elevada un índice de .14. No obstante, quisimos comprobar si existían diferencias en el consumo de sustancias psicoactivas entre los grupos que alcanzaban puntuaciones extremas (menor o igual al percentil veinticinco frente a un percentil igual o superior a setenta y cinco) en las dos versiones del EAT y en sus respectivas subescalas. Veamos el resultado de realizar estas comparaciones.

Tabla 4.- Consumo de sustancias por los grupos extremos del EAT-40

	≤ percentil 25 N = 104		≥ percentil 75 N = 128		t
	X	Dt	X	Dt	
Consumo de alcohol últimos 30 días	1.42	1.11	1.38	1.21	.31
Edad de comienzo de consumo de alcohol	.79	.94	1.05	1.03	-2.04*
Número de cigarrillos al día	1.17	1.42	1.51	1.56	-1.70
Tranquilizantes	.27	.63	.53	.83	-2.69**
Cocaína	.14	.51	.28	.71	-1.71
Heroína	0	0	.01	.09	-.90
Anfetaminas	.08	.36	.14	.45	-1.20
Cannabis	.85	1.11	.94	1.13	-.67
Otras sustancias	.05	.21	.09	.39	-1.14

X = Media; Dt = Desviación típica; * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

En la Tabla 4 podemos observar las diferencias de medias entre los grupos con puntuaciones extremas en el EAT-40 en las variables de consumo de diferentes drogas. Como se puede apreciar, en todas las variables la media es superior en el grupo del percentil 75, a

excepción de en la variable "Consumo de alcohol en los últimos 30 días", cuya diferencia, además, no resulta estadísticamente significativa. Aparecen dos variables con diferencias significativas. En la primera de ellas, "Edad de comienzo de consumo de alcohol", la diferencia encontrada va a favor de un comienzo más temprano en el consumo de alcohol en el grupo del percentil 75 del EAT-40 (el que la media sea superior en el grupo del percentil 75 es debido a que esta variable se ha codificado de forma inversa: a menor edad de comienzo en el consumo de alcohol, mayor puntuación). La segunda variable en la que encontramos una diferencia significativa es "Consumo de tranquilizantes", a favor de un mayor consumo en el grupo de puntuaciones altas en el EAT-40.

Tabla 5.- Consumo de sustancias por los grupos extremos del EAT-26

	≤ percentil 25 N = 82		≥ percentil 75 N = 137		t
	X	Dt	X	Dt	
Consumo de alcohol últimos 30 días	1.37	1.17	1.32	1.16	.28
Edad de comienzo de consumo de alcohol	.81	.91	1.04	1.06	-1.57
Número de cigarrillos al día	1.02	1.47	1.47	1.52	-2.09*
Tranquilizantes	.22	.54	.54	.85	-3.38**
Cocaína	.18	.57	.27	.70	-.95
Heroína	0	0	0	0	0
Anfetaminas	.11	.42	.16	.52	-.76
Cannabis	.88	1.17	.77	1.06	.69
Otras sustancias	.09	.28	.08	.36	.11
X = Media; Dt = Desviación típica; * = p < .05; ** = p < .01; *** = p < .001.					

En la Tabla 5 presentamos los mismos resultados que en la tabla anterior pero, en esta ocasión, comparando las medias de los grupos extremos de la versión reducida, el EAT-26. Como se puede ver, el patrón de diferencias encontrado es muy similar al que veíamos

con la forma original del cuestionario a excepción de que, en este caso, la diferencia en "Edad de comienzo de consumo de alcohol" es menor, perdiendo la significación estadística, mientras que la diferencia en "Número de cigarrillos al día" aumenta llegando a ser significativa al nivel de $p < .05$. Además, podemos observar que la diferencia obtenida en la variable "Consumo de tranquilizantes" es ligeramente mayor. Al comparar los resultados obtenidos con las dos versiones del EAT, observamos que existe una gran similitud entre ambas a la hora de encontrar diferencias entre grupos extremos en el consumo de sustancias.

Como se indicó más arriba, se calcularon las diferencias de medias entre los grupos extremos para todas las subescalas de las dos versiones, y no se obtuvieron diferencias significativas en ninguna de ellas, a excepción de la subescala de "Bulimia y preocupación por la comida" del EAT-26, tal y como se esperaba a tenor de los resultados de los estudios citados más arriba. Hemos de hacer constar, no obstante, que al obtener los percentiles para definir los grupos extremos en esta subescala, se dio la circunstancia de que más del sesenta por ciento de los participantes presentaba una puntuación igual a cero, siendo por tanto imposible aislar el 25% extremo con menor puntuación y cumplir, por tanto, con el criterio fijado. Tampoco se pudo aislar el 25% de los participantes con mayores puntuaciones, debido a que un porcentaje considerable de personas obtenía una puntuación de uno, superando el percentil setenta y cinco. Por lo tanto, se ha optado por dividir la muestra en dos grupos: los que puntuaban cero y los que obtenían una puntuación igual o superior a uno. Las diferencias entre ambos grupos se ofrecen en la Tabla 6. Como se puede observar, entre los dos grupos de la subescala de "Bulimia y preocupación por la comida" aparecen seis diferencias significativas, todas ellas a favor de un mayor consumo de sustancias en el grupo de mayor puntuación en esta variable. Vemos en la tabla que las diferencias más importantes se aprecian en las variables "Edad de comienzo de consumo de alcohol", "Número de cigarrillos al día" y "Consumo de cocaína", en las que el nivel de significación es de $p < .01$. También se han encontrado diferencias significativas entre los dos grupos en la subescala de "Bulimia y preocupación por la comida" en las varia-

bles: "Consumo de alcohol en los últimos treinta días", "Consumo de anfetaminas" y "Consumo de Cannabis" En estas variables las diferencias alcanzan la significación de $p < .05$. Otra variable más "Consumo de otras sustancias" se queda a las puertas de la significación estadística. Finalmente, es de destacar que sólo hay dos variables "Consumo de tranquilizantes" y "Consumo de heroína" en las que no se observan diferencias significativas entre los dos grupos de esta subescala del EAT-26.

Tabla 6.- Consumo de sustancias por los grupos criterio de la subescala del EAT-26: Bulimia y preocupación por la comida

	B = 0 N = 325		B ≥ 1 N = 205		t
	X	Dt	X	Dt	
Consumo de alcohol últimos 30 días	1.33	1.14	1.55	1.28	-2.00*
Edad de comienzo de consumo de alcohol	.80	.90	1.06	1.04	-3.09**
Número de cigarrillos al día	1.09	1.42	1.48	1.53	-2.95**
Tranquilizantes	.35	.73	.42	.71	-1.11
Cocaína	.18	.55	.35	.77	-2.65**
Heroína	.02	.18	.00	.07	.79
Anfetaminas	.11	.42	.20	.55	-2.00*
Cannabis	.81	1.09	1.03	1.18	-2.21*
Otras sustancias	.06	.29	.13	.45	-1.94

B = Bulimia y preocupación por la comida; X = Media; Dt = Desviación típica;
* = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

CONCLUSIONES

En este trabajo hemos explorado la presencia de personas en situación de riesgo de sufrir algún trastorno de la conducta alimentaria en una muestra universitaria (estudiantes de las titulaciones de Psicología y Logopedia). Esta exploración se ha llevado a cabo a

través del *Eating Attitudes Test* (EAT), en sus dos versiones de 40 y 26 ítems. Además, se ha sondeado la relación que pudiera existir entre estas conductas y actitudes anómalas hacia la alimentación, con el consumo de distintas sustancias psicoactivas.

Los resultados obtenidos con este cuestionario en los estudios revisados que han utilizado muestras de distinta procedencia y composición (en ningún caso clínicas), nos aportan un marco de referencia que nos indica que tanto las medias como los porcentajes de personas en situación de riesgo que se han obtenido en nuestro estudio, parecen encontrarse dentro del rango de lo esperable en nuestro contexto cultural, aunque tendiendo a situarse más cerca de su extremo inferior. Esta situación podría estar reflejando que los estudiantes de la facultad de psicología de La Laguna reaccionan a la presión que ejerce la sociedad hacia la delgadez manifestando unos efectos comparables, aunque quizá algo tamizados, a los que presentan los habitantes del resto de los países imbuidos de la cultura occidental.

Se comprobó que existían claras diferencias entre hombres y mujeres en las actitudes y conductas hacia la alimentación, en el sentido reflejado de modo repetido por la literatura: una prevalencia superior en las mujeres (ver p.ej., APA, 1981; 1988; 1995; 2002; Rosen et al., 1988). Este hallazgo es congruente con la mayor presión social que reciben sobre todo las mujeres de nuestra cultura para adaptarse a unos modelos de belleza que promueven un grado de delgadez perjudicial para la salud. Esta presión se manifiesta en aspectos tales como la asociación sistemática de la delgadez en la mujer con valores positivos como la belleza, la independencia económica y psicológica, el dinamismo, el éxito laboral, etc. (Williamson et al., 1995); y, por tanto, la unión de la obesidad al polo negativo de estos valores: fealdad, dependencia, apatía, inseguridad, etc. (Raich, 1994). En esta línea argumentativa, el modelo evolutivo de Striegel-Moore (1993) señala que las mujeres reciben una mayor presión social hacia la delgadez debido a las dos características que hoy en día se asocian a la feminidad en nuestra cultura, como son el que las mujeres estén más orientadas interpersonalmente que los hombres, y a que la belleza (asociada como veíamos a la delgadez) es un aspecto central de su feminidad.

La alta correlación encontrada entre las dos versiones del EAT (.96) junto con un similar porcentaje de casos de riesgo detectado por ambas pruebas (7,3% en el EAT-40 y 7,5 % en el EAT-26) y un índice de Kappa de Cohen de 0,88 entre ambas versiones, hablan a favor de la similitud entre ellas y de la utilidad de la versión reducida del cuestionario, aspecto ya señalado por los autores de ésta última (Garner et al., 1982).

Por otra parte, no se han encontrado en este estudio las correlaciones señaladas por Holderness et al. (1994) entre actitudes y conductas alimentarias y el consumo de drogas. Este resultado, quizá sea debido a la circunstancia de que en nuestro estudio se trabajó con una muestra universitaria mientras que, en los estudios revisados por Holderness et al. (1994), se utilizaron muestras clínicas. Sin embargo, cuando comparamos el grupo de personas de un percentil igual o inferior a 25 con el grupo de un percentil mayor o igual a 75 en las dos versiones del EAT, encontramos diferencias significativas en el consumo de algunas drogas: la edad a la que se comienza a consumir alcohol, la auto-prescripción de tranquilizantes y el número de cigarrillos que se fuman al día. El número de variables con diferencias significativas se amplía de modo considerable cuando se tienen en cuenta los dos grupos de la subescala de "Bulimia y preocupación por la comida", y abarca aspectos tales como la edad de comienzo del consumo de alcohol y el consumo de alcohol, número de cigarrillos, cocaína, anfetaminas y cannabis. Estas diferencias se pueden explicar por algunas de las teorías señaladas en la introducción. Así, el mayor consumo de alcohol, de tabaco y de derivados del cannabis podría enmarcarse en la hipótesis de la automedicación que explicaría que las personas con puntuaciones más altas consumen estas sustancias en mayor medida con el objeto de reducir sus niveles de tensión y ansiedad. El mayor consumo de cocaína y de anfetaminas se explicaría por la perspectiva basada en el desarrollo, según la cual consumirían estas sustancias con objeto de lograr adelgazar y reducir la necesidad de ingerir alimentos. El consumo de drogas en general, podría explicarse asimismo por la teoría que insiste en el componente impulsivo compartido por ambos tipos de alteraciones. Ya que en nuestro trabajo no se ha explorado la presencia de este componente, se

justificaría que en posteriores estudios se incluyeran medidas de impulsividad para comprobar este aspecto.

Hay que señalar que las diferencias encontradas resultan coherentes con la amplia revisión de Holderness et al. (1994) y con otros estudios también mencionados en el apartado introductorio, que hablan a favor de una mayor relación del consumo de sustancias con las conductas bulímicas que con las restrictivas, y van en la línea de lo expuesto por Peñate (2001), que recomienda la diferenciación entre bulimia y anorexia de cara al estudio de la comorbilidad de estos trastornos con el abuso de sustancias.

Como señalan Wolfe y Maisto (2000) queda mucho camino por recorrer para llegar a clarificar la relación etiológica entre ambos tipos de trastornos y, según estos autores, la investigación debe ir en la línea de encontrar las relaciones funcionales entre los patrones conductuales de uso de sustancias y las conductas de ingesta anómalas.

REFERENCIAS

- Altug, A., Elal, G., Slade, P. y Tekcan, A.** (2000). The Eating Attitudes Test (EAT) in Turkish university students: Relationship with sociodemographic, social and individual variables. *Eating and Weight Disorders*, 5(3), 152-160.
- Anstine, D. y Grinenko, D.** (2000). Rapid screening for disordered eating in college-aged females in the primary care setting. *Journal of Adolescent Health*, 26(5), 338-342.
- Asociación Psiquiátrica Americana** (1981). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (3ª ed.). Barcelona: Masson. (Orig. inglés: APA, 1980).
- Asociación Psiquiátrica Americana** (1988). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (3ª ed. Revisada). Barcelona: Masson. (Orig. inglés: APA, 1987).
- Asociación Psiquiátrica Americana** (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª ed.). Barcelona: Masson. (Orig. inglés: APA, 1994).
- Asociación Psiquiátrica Americana** (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª ed., Texto Revisado). Barcelona: Masson. (Orig. inglés: APA, 2000).

- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Carter, F.A. y Joyce, P.R.** (1997). Lifetime comorbidity of alcohol dependence in women with bulimia nervosa. *Addictive Behaviors*, 22, 437-446.
- Button, E.J. y Whitehouse, A.** (1981). Subclinical anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 11, 509-516.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E.** (1991). The eating attitudes test: Validation of the spanish version. *Psychological Assessment*, 7(2), 175-190.
- Channon, S. y de Silva, P.** (1985). Correlates of weight gain in anorexics. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 267-271.
- Clark, M.G. y Palmer, R.L.** (1983). Eating attitudes and neurotic symptoms in university students. *British Journal of Psychiatry*, 142, 299-304.
- Dancyger, I.F. y Garfinkel, P.E.** (1995). The relationship of partial syndrome eating disorders to anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 25, 1019-1025.
- De Barros, C.A.S.M. y Nahra, C.L.** (1999). O padrao alimentar anormal em estudantes de Porto Alegre: Levantamento epidemiológico medido pelo EAT-26. *Aletheia*, 9, 27-38.
- Eisler, I. y Szukler, G.I.** (1985). Social class as a confounding variable in the Eating Attitudes Test. *Journal of Psychiatry*, 19, 171-176.
- Espina, A., Ortego, A., Ochoa de Alda, I. y Alemán, A.** (2002). Alexitimia en los trastornos alimentarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28(117), 25-42.
- Fisher, M., Schneider, M., Pegler, C. y Napolitano, B.** (1991). Eating attitudes, health risk behaviors, self-esteem, and anxiety among adolescent females in a suburban high school. *Journal Adol. Health*, 12(5), 377-384.
- Franco, K.S., Tamburrino, M.B., Carrol, B.T. y Bernal, G.A.** (1988). Eating attitudes in college males. *International Journal of Eating Disorders*, 7(2), 285-288.
- 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.
- Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D.S., Kennedy, S., Kaplan, A.S. y Woodside, D.B.** (1996). Purging and non purging forms of bulimia nervosa in a community sample. *International Journal of Eating Disorders*, 20(3), 231-238.
- Garner, D.M.** (1998). *EDI-2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Manual*. Madrid: TEA ediciones.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E.** (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.

- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E.** (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 103, 647-656.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E.** (1981). Body image in anorexia nervosa: Measurement, theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 11, 263-284.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y. y Garfinkel, R.E.** (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Herrero, M., Viña, C.M., Avero, P., Hernández, G.L. y Del Corte, R.** (2001, noviembre). Evaluación de los trastornos alimentarios, primeros resultados en una muestra universitaria. Póster presentado en el *I Simposium Canario sobre Adicciones*. La Laguna.
- Holderness, C.C., Brooks-Gunn, J. y Warren, M.P.** (1994). Co-morbidity of eating disorders and substance abuse: review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 16(1), 1-34.
- Leichner, P., Arnett, J., Rallo, J.S., Srikameswaran, S. y Vulano, B.** (1986). An epidemiologic study of maladapted eating attitudes in a Canadian school age population. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 969-982.
- López, I.** (2001). Comorbilidad en los trastornos de la conducta alimentaria. En E. García-Camba (Ed.), *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Barcelona: Masson.
- Mann, A.H., Wakeling, A., Wood, K., Monck, E., Dobbs, R. y Sz mukler, G.L.** (1983). Screening for abnormal eating attitudes and psychiatric morbidity in an unselected population of 15-year old schoolgirls. *Psychological Medicine*, 13, 573-580.
- Meadows, G.N., Palmer, R.L., Newball, E.U.M. y Kenrick, J.M.T.** (1986). Eating attitudes and disorder in young women: A general practice based survey. *Psychological Medicine*, 16, 351-357.
- Nakamura, K., Hoshino, Y., Watanabe, A., Honda, K., Niwa, S. y Yamamoto, M.** (1999a). Eating problems and related weight control behaviour in adult Japanese women. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68(1), 51-55.
- Nakamura, K., Hoshino, Y., Watanabe, A., Honda, K., Niwa, S., Tominaga, K., Shimai, S. y Yamamoto, M.** (1999b). Eating problems in female Japanese high school students: A prevalence study. *International Journal of Eating Disorders*, 26(1), 91-95.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Dixon, L.B. y Murray, D.M.** (1998). Adolescents engaging in unhealthy weight control behaviors: Are they at risk for other health compromising behaviors? *American Journal of Public Health*, 88, 952-955.

- Ocker, L.B., Lam, E.T.C., Zhang, J.J., Jackson, A.S. y Pease, D.G. (abril, 2002). Confirmatory Factor Analysis of the Eating Attitudes Test. Poster presentado en el *Sport Management, Measurement, Sociocultural Aspects of Physical Activity Posters*. San Diego.
- Pastore, D.R., Fisher, M., Friedman, S.B. (1996). Abnormalities in weight status, eating attitudes, and eating behaviors among urban high school students: Correlations with self-esteem and anxiety. *Journal of Adolescent Health, 18*(5), 312-319.
- Peñate, W. (2001, noviembre). Adicciones y trastornos de la alimentación. Ponencia presentada en el *I Simposium Canario sobre Adicciones*. La Laguna.
- Pérez-Gaspar, M., Gual, P. de Irala, J., Martínez, M.A., Lahortiga, F. y Cervera, S. (2000). Prevalence of eating disorders in a representative sample of female adolescents from Navarra (Spain). *Med. Clin., 114*, 481-486.
- Raich, R.M. (1994). *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R.M., Rosen, J.C., Deus, J., Pérez, O., Requena, A. y Gross, J. (1992). Eating disorder symptoms among adolescents in the United States and Spain: A comparative study. *International Journal of Eating Disorders, 11*(1), 63-72.
- 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*(2), 305-308.
- Sevillano, J.P. (2001). Evaluación y motivación en los trastornos de la conducta alimentaria. En García-Camba (Ed.), *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad* (pp. 75-92). Barcelona: Masson.
- 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.
- Silberstein, L.R., Striegel-Moore, R.H., Timko, C. y Rodin, J. (1988). Behavioral and psychological implications of body image dissatisfaction: Do men and women differ? *Sex Roles, 19*, 219-232.
- Striegel-Moore, R.H. (1993). Etiology of binge-eating: A developmental perspective. En C.G. Fairburn y W.T. Wilson (Eds.), *Binge-eating: Nature, assessment and treatment* (pp. 144-172). Nueva York: The Guilford Press.
- Striegel-Moore, R.H., Garvin, V., Dohm, F.A. y Rosenheck, R.A. (1999). Eating disorders in a national sample of hospitalized female and male veterans: Detection rates and psychiatric comorbidity. *International Journal of Eating Disorders, 25*, 405-414.

- Striegel-Moore, R.H., Silberstein, L.R., y Rodin, J.** (1993). The social self in bulimia nervosa. Public self-consciousness, social anxiety, and perceived fraudulence. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(2), 297-303.
- Suzuki, K., Higuchi, S., Yamada, K., Komiya, H. y Takagi, S.** (1994). Bulimia nervosa with and without alcoholism a comparative study in Japan. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 137-146.
- Thompson, M.G. y Schwartz, D.M.** (1982). Life adjustment of women with anorexia nervosa and anorexic-like behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 47-60.
- Toro, J., Castro, J., García, M., Pérez, P. y Cuesta, L.** (1989). Eating attitudes socio-demographic factors and body shape evaluation in adolescence. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 61-70.
- Wells, J.E., Coope, P.A., Gabb, D.C. y Pears, R.K.** (1985). The factor structure of the Eating Attitudes Test with adolescent schoolgirls. *Psychological Medicine*, 15, 141-146.
- Williams, P., Hand, D. y Tarnopolsky, A.** (1982). The problem of screening for uncommon disorders: A comment on the Eating Attitudes Test. *Psychological Medicine*, 12, 431-434.
- Williamson, D.A., Rabalais, J.Y. y Bentz, B.G.** (1995). Trastornos de la alimentación. En V.E. Caballo, G. Buela-Casal y J.A. Carroble (Dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (Vol. 2, pp. 241-266). Madrid: Siglo XXI.
- Wolfe, W.L. y Maisto, S.A.** (2000). The relationship between eating disorders and substance use. Moving beyond co-prevalence research. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 617-631.