

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

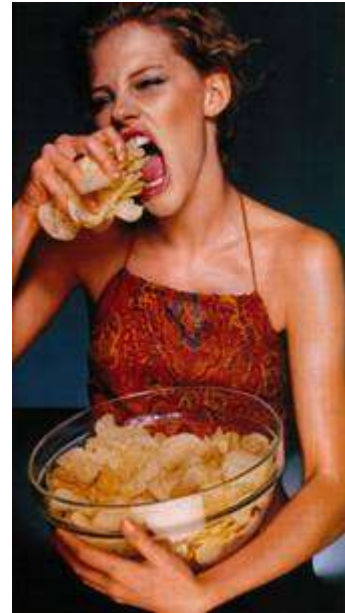
María del Carmen Iñárritu Pérez, Verónica Cruz Licea e Isabel Cristina Morán Álvarez

Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México (México)
E-mail: mcip@servidor.unam.mx

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un conjunto de patologías clasificadas en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales IV de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV). (1) Los TCA son poco comunes en la población general pero son considerados como uno de los principales problemas psiquiátricos en mujeres jóvenes; además, están asociados con un alto riesgo de mortalidad, una tasa baja de recuperación, una co-morbilidad alta y un alto riesgo de recaídas. (2)

Los diversos signos y conductas que presentan las personas que padecen este tipo de trastornos hacen difícil un diagnóstico oportuno; por lo que en los últimos años se han descrito numerosos instrumentos para la exploración de los mismos. Los cuestionarios autoaplicados y las entrevistas estructuradas son los dos principales instrumentos para la evaluación de los TCA; existen además otras mediciones relacionadas, como es la preocupación por la imagen corporal, el índice de masa corporal, la ingesta dietética, entre otras. Los cuestionarios autoaplicados reportan síntomas o conductas de riesgo para TCA, no dan un diagnóstico específico, cuando un individuo obtiene una puntuación que indique la presencia de algún TCA es necesario verificar el diagnóstico por medio de entrevistas estructuradas. Las entrevistas estructuradas son más precisa para evaluar un TCA, ya que pueden definirse los diferentes conceptos de cada pregunta; sin embargo, tienen la desventaja de necesitar entrevistadores entrenados debiéndose aplicar individualmente y, por consiguiente, aumento en el costo y en el tiempo. Mientras que los cuestionarios autoaplicados son relativamente económicos, consumen menos tiempo y pueden aplicarse a grupos grandes de personas; sin embargo, existe mayor dificultad en cuanto a la definición e interpretación de los conceptos, por lo que hay que tener cautela en pretender generalizar los resultados. (3, 4)



En el caso de aplicar un cuestionario, es importante, tomar en cuenta la validez interna (cómo las personas interpretan cada pregunta del cuestionario), la sensibilidad, la especificidad, entre otras características; con el fin de seleccionar el más conveniente de acuerdo a los propósitos del estudio. Este trabajo presenta una revisión de los diferentes cuestionarios de autoaplicación que con mayor frecuencia se utilizan en la evaluación de los TCA; además se mencionan algunos de los instrumentos que evalúan características relacionadas a los TCA pero que no son en sí mismos mediciones para detectar TCA.

Instrumentos para la evaluación de los TCA

Eating Attitudes Test (EAT)

Descripción. La prueba de conductas alimentarias, su objetivo es identificar síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas. Algunos investigadores describen al EAT como una medición general de síntomas de anorexia (AN) y bulimia (BN), mientras que otros, lo clasifican como un instrumento diseñado para evaluar un conjunto de actitudes y conductas asociadas con AN. (5) El EAT fue elaborado por Garner y Garfinkel en el año de 1979, contiene 40 reactivos (EAT-40), agrupados en siete factores: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso. (6) Posteriormente, diseñaron una versión corta con 26 reactivos (EAT-26), en el que se suprimieron 14 reactivos, ya que se consideró que eran redundantes y no aumentaban la capacidad predictiva del instrumento. (7) En 1988, Maloney y colaboradores, desarrollaron una versión para niños, CHEAT-26, la cual es similar al EAT-26 pero utilizando palabras más simples. (8) El EAT en sus dos versiones, es tal vez, el cuestionario autoaplicado más utilizado y requiere de un nivel de lectura para contestarlo de quinto año de primaria.

Evaluación. Los reactivos del EAT se contestan a través de una escala de seis puntos tipo Likert. Los autores del EAT sugieren utilizar los siguientes puntos de corte para identificar a los individuos con algún TCA: más de 30 puntos para el EAT-40 y más de 20 puntos para el EAT-26 y CHEAT-26. La confiabilidad de prueba-postprueba en un periodo de dos a tres semanas es del 84%. La sensibilidad y especificidad de la prueba para ambas versiones es del 77% y 95%, respectivamente; el poder predictivo positivo es del 82% para EAT-40 y del 79% para EAT-26; el poder predictivo negativo del 93% para EAT-40 y del 94% para EAT-26. (9) El EAT-40 ha sido validado en mujeres mexicanas por Álvarez y colaboradores en el año 2002, sugiriendo un punto de corte de más de 28 puntos. (10)

Recomendaciones. El EAT puede utilizarse como un índice de la severidad de las preocupaciones típicas entre mujeres con TCA, particularmente en cuanto a la motivación para adelgazar, miedo a ganar peso y restricción alimentaria. Mintz y O'Hallaron, recomendaron el EAT como una herramienta de evaluación a gran escala, como prueba de filtro, para determinar la presencia de cualquier TCA pero advierten sobre la posibilidad de perder algunos individuos con trastornos de la conducta alimentaria no específico (TANE); también puede servir como una medida global de evaluación del resultado de un tratamiento. (11)

Disponibilidad. El EAT-40 y 26 pueden obtenerse de manera gratuita en la siguiente dirección electrónica: www.stuaff.niu.edu.

Eating Disorder Inventory (EDI)

Descripción. El inventario para trastornos de la alimentación, desarrollado en el año de 1983 por Garner y colaboradores, (12) fue diseñado para evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales de la AN y BN. El EDI contiene 64 reactivos agrupados en ocho subescalas que se correlacionan positivamente: motivación para adelgazar, sintomatología bulímica, insatisfacción con la propia imagen corporal, ineffectividad y baja autoestima, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia o identificación interoceptiva y miedo a madurar. Las tres primeras subescalas miden comportamientos y actitudes hacia la comida, el peso y la imagen corporal; los desajustes expresados en estas áreas no son específicos de la AN, ya que aparecen respuestas similares en grupos de personas preocupadas por su dieta. Mientras que las otras cinco subescalas evalúan características psicológicas generales asociadas con trastornos alimentarios, que son aspectos fundamentales de la AN. Posteriormente se desarrolló el EDI-2, (13) que consiste en los mismos 64 reactivos del EDI original, pero además introduce 27 reactivos adicionales clasificados en otras tres subescalas: ascetismo, regulación de los impulsos e inseguridad social. El nivel de estudios requerido para contestarlo es de quinto año de primaria.

Evaluación. Cada reactivo se evalúa de acuerdo a una escala de seis puntos, se pueden sumar todas las subescalas para un puntaje global o utilizar cada subescala por separado; clínicamente

posee mayor relevancia el valor cuantitativo de cada una de las ocho subescalas que la puntuación global. La puntuación total máxima de este cuestionario es de 192, el punto de corte es arriba de 42 puntos en las ocho subescalas originales para diagnosticar un TCA. Algunos autores argumentan que la especificidad del EDI es baja, ya que no se puede diferenciar adecuadamente a los individuos con TCA de aquellos que tienen otros trastornos psicológicos. (14) En un estudio realizado a mujeres, se observó que las subescalas que mejor diferencian la AN de la BN son las de: sintomatología bulímica y la de insatisfacción con la imagen corporal, aunque esta última es alta en ambos trastornos alimentarios. Mientras que subescalas como baja autoestima, miedos interpersonales, miedo a madurar, identificación interoceptiva y la motivación para adelgazar, que aparecen comúnmente altas en ambas patologías, diferencian a pacientes con algún TCA de los sujetos control. Subescalas como insatisfacción con la imagen corporal, motivación para adelgazar y realización de dietas aparecen comúnmente altas tanto en pacientes con algún TCA como en la población general. (15) El EDI-2 fue validado para mujeres mexicanas en el año 2001 por García y colaboradores, concluyendo que éste instrumento tiene una alta validez interna y puede ser usado para medir TCA. (16)

Recomendaciones. Hay diversas opiniones en cuanto a la utilidad del EDI, varios autores sugieren que puede ser utilizada como prueba de tamizaje en muestras no clínicas, pero se debe tener en cuenta que su habilidad para diferenciar entre los tipos de TCA es cuestionable. Sin embargo, se sugiere que el EDI es capaz de discriminar entre individuos con TCA e individuos sin padecimientos psiquiátricos. Este cuestionario ha mostrado ser sensible a los cambios registrados en individuos cuando se administra un tratamiento.

Disponibilidad. El EDI y EDI-2 pueden adquirirse, por una cuota, en la siguiente dirección electrónica: www.parinc.com.

Bulimia Test – Revised (BULIT-R)

Descripción. La prueba de bulimia fue diseñada para detectar en la población general quién o cuáles son los riesgos para presentar bulimia. (17) Posteriormente se diseñó la versión revisada (BULIT-R) que fue desarrollada por Thelen y colaboradores en el año de 1991, (18) actualmente más utilizada que la versión original. El BULIT-R contiene 36 reactivos diseñados para medir los síntomas de acuerdo al DSM III para BN, pero tiene validez para medir BN de acuerdo a los criterios del DSM-IV. El nivel de estudios requerido para contestarlo es medio-superior o quinto año de Bachillerato.

Evaluación. Los reactivos del BULIT-R se evalúan de acuerdo a una escala de cinco puntos tipo Likert. De los 36 reactivos, sólo 28 son utilizados para determinar el puntaje final, el cual se obtiene sumando los 28 reactivos, cuyo total puede fluctuar entre 28 y 140. El punto de corte para BN es de 104 puntos. El autor del instrumento informa que tiene una confiabilidad de prueba-postprueba del 95%, con una alta consistencia interna (98%); y una habilidad predictiva de falsos negativos del 80% y de falsos positivos del 40%. La sensibilidad es del 91% y la especificidad del 96%; con un poder predictivo positivo del 81% y un poder predictivo negativo del 98%. (19)

Recomendaciones. El BULIT-R puede utilizarse como una medida global para evaluar el tratamiento en pacientes con BN o como medida de la severidad de la sintomatología bulímica. Este instrumento se puede utilizar como prueba de tamizaje, con el fin de identificar a mujeres que cubran los criterios del DSM-IV para BN, donde los falsos positivos probablemente presentarán un TANE. Se sugiere que los investigadores que utilicen el BULIT-R como prueba de tamizaje deberían utilizar un punto de corte más bajo (>85 puntos) para reducir el potencial de falsos negativos. La utilidad del BULIT-R como prueba de filtro se ve aumentada por la facilidad de su aplicación, la cual toma únicamente diez minutos para contestarse.

Disponibilidad. Copias del BULIT-R pueden solicitarse a su autor en la siguiente dirección: Mark Thelen. 210 McAlester Hall, Psychology Department, University of Missouri-Columbia, Columbia, MO 65211.

Bulimia Test of Edimburg (BITE)

Descripción. La prueba de bulimia de Edimburgo fue desarrollada por Henderson y Freeman en el año de 1987. (20) Consta de 33 reactivos y está indicada para identificar a personas que presentan síntomas bulímicos.

Evaluación. Se compone de dos escalas: la escala de síntomas, con una puntuación superior a 20 indica que se cumple con los criterios para BN, siendo la puntuación máxima de 30; y la escala de intensidad, la cual evalúa la gravedad en función de la frecuencia con la que aparecen los síntomas, valores entre cinco y diez indican una intensidad significativa, mientras que valores mayores a diez son indicativos de gravedad. (21)

Recomendaciones. Este instrumento puede utilizarse para la detección precoz de personas que puedan padecer algún TCA en población en general; también se utiliza para valorar la intensidad de la enfermedad y la respuesta al tratamiento.

Disponibilidad. Se encuentra publicado en la revista British Journal of Psychiatry. (22)

Questionnaire of Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R)

Descripción. El cuestionario de patrones de alimentación y peso versión revisada, fue desarrollado por Spitzer y colaboradores en el año de 1992. (23) Se utiliza para identificar individuos con trastorno por atracones recurrentes con un sentimiento de pérdida de control y de culpa, en ausencia de conductas compensatorias inapropiadas típicas de la BN de acuerdo al DSM-IV. Esta compuesto por 13 reactivos, donde se indaga acerca de la cantidad de comida consumida en el atracón, la duración del mismo y sobre sentimientos de culpa con respecto a la comida, la dieta y el peso. Debido a que los TCA se presentan a edades cada vez más tempranas, este trastorno puede aparecer en los niños y adolescentes, por lo que Johnson y colaboradores en el año de 1999 desarrollaron versiones del QEWP -R para adolescentes (QEWP-A) y para padres (QEWP-P). (24)

Evaluación. Los reactivos se califican de acuerdo a la regla de decisión propuesta por Spitzer. De esta manera, los individuos pueden ser diagnosticados con trastorno por atracón o con Bulimia Nerviosa. El QEWP-R es capaz de identificar de manera precisa a individuos con probabilidad baja y alta para trastorno por atracón y a discriminar entre niveles clínicos y no clínicos de este trastorno. El QEWP puede ser tomado como una medida válida de la presencia o ausencia de trastorno por atracón, pero se sugiere que se sobre valora este acercamiento dicotómico, de todo o nada, que puede dejar pasar algunos individuos clínicamente significativos.

Recomendaciones. Tiene una adecuada confiabilidad y validez en mujeres europeas y americanas. Se utiliza en la investigación como prueba de filtro para identificar individuos que podrían tener trastorno por atracón. También puede utilizarse para verificar la efectividad de las diversas formas de tratamiento de los trastornos por atracón.

Disponibilidad. El QEWP-R y su manual pueden solicitarse a su autor en la siguiente dirección: Robert Spitzer. New York State Psychiatric Institute. 722 W. 168th St., New York, New York, 10032.

Eating Disorder Examination-self-report questionnaire (EDE-Q)

Descripción. El examen para trastornos de la alimentación cuestionario autoaplicado, desarrollado por Fairburn y Beglin en el año de 1994. (25) Elaborado a partir del EDE, que es una entrevista semiestructurada diseñada como medida de la psicopatología específica de AN y BN; se le puede considerar como estándar de oro para la evaluación de los TCA (26) y se utiliza para corregir los problemas en las mediciones autoaplicadas, como es dar una adecuada definición de la palabra atracón, así como la incapacidad para evaluar ciertas creencias como es el miedo enfermizo a engordar. El EDE-Q evalúa aspectos como: preocupación por el peso, la figura y la alimentación, así como restricción alimentaria.

Evaluación. Se califica por una escala de siete puntos: entre más alto es el puntaje, mayor es la severidad del trastorno. Luce y Crowther, (27) encontraron en esta prueba una consistencia interna excelente. Sin embargo, el EDE-Q se vuelve menos confiable al aumentar la severidad de la sintomatología del trastorno alimentario.

Recomendaciones. El EDE-Q es una buena prueba de filtro para identificar individuos con conductas de riesgo para algún TCA.

Disponibilidad. El EDE-Q se puede solicitar a su autor en la siguiente dirección: Christopher G. Fairburn, Oxford University, Department of Psychiatry, Warneford Hospital, Oxford OX3 7JX, United Kingdom.

SCOFF

Descripción. Es un cuestionario elaborado por Morgan y colaboradores, (28) que consta únicamente de cinco preguntas, de las cuales se obtienen las iniciales que dan nombre a este cuestionario. Este instrumento fue desarrollado de acuerdo a los criterios del DSM-IV.

Evaluación. Se da un punto para cada respuesta positiva en las cinco preguntas, una puntuación > 2 indica un caso probable de algún TCA. Sus autores reportan una sensibilidad del 92 al 96% y una especificidad del 87.5%, con una probabilidad de falsos positivos del 12.5%. (29)

Recomendaciones. El SCOFF es un instrumento efectivo para detectar conductas de riesgo para TCA, no para dar diagnóstico. Es un instrumento sencillo, fácil de recordar, aplicar y evaluar, ya que consta únicamente de cinco preguntas. El SCOFF puede aplicarse de forma oral o escrita. Se considera un instrumento conciso, válido y confiable para detectar TCA. (30)

Disponibilidad. Se encuentra publicado en la revista British Medical Journal. (31)

Mediciones relacionadas a los TCA

Una de las características importantes en los TCA es la percepción de la imagen corporal, para su evaluación existen diversos instrumentos, entre ellos están: Body Image Detection (BIDD), Contour Drawing Rating Scale (CDRS), Body Attitudes Test (BAT), Body Image Testing System (BITS), Body -Self Relations Questionnaire (MBSRQ), Body Shape Questionnaire (BSQ). Todos ellos evalúan la satisfacción con la propia imagen corporal, así como el nivel de ansiedad que las pacientes experimentan con relación a su cuerpo y a su peso corporal. También es importante evaluar en los TCA la interiorización de las influencias culturales sobre el modelo estético corporal (la cultura de la delgadez). Para este fin existe el CIMEC-26 (Cuestionario de las Influencias sobre los Modelos Estéticos Corporales) desarrollado por Toro y colaboradores en el año 1994, (32) y existe una modificación para púberes, que es el CIMEC-12, elaborado por Saucedo. (33) Otro aspecto que es necesario evaluar en los TCA es la restricción alimentaria con el fin de perder o mantener el peso; algunos instrumentos que comúnmente se utilizan para medir esta variable son: Three-Factor Eating Questionnaire (TEFQ-R) (34) y Dutch Restrained Eating Scale (DRES). Con respecto a la dieta existen diversas técnicas para evaluar la ingesta dietética, entre ellas están:

recordatorio de 24 horas, registro directo de consumo, registro de pesos y medidas, encuestas de duplicación, frecuencia de consumo e historia dietética. (35) Cada una de estas técnicas tiene ayuda a evaluar diferentes aspectos de la dieta y debe tenerse en cuenta al seleccionar cualquiera de ellas sus ventajas y debilidades. En cuanto al peso y la adiposidad pueden evaluarse a través del índice de masa corporal, el porcentaje de grasa corporal, la medición de pliegues cutáneos, resistencia bioeléctrica, entre otras. En la evaluación de la actividad física existen también problemas, ya que los métodos usados tienen fallas en la confiabilidad y validez, por lo que se recomienda utilizar varios métodos, entre ellos están: cuestionarios, diarios, observación directa y monitoreo mecánico o electrónico.

Conclusiones

La mayoría de los estudios de prevalencia de TCA han basado su diagnóstico exclusivamente en cuestionarios autoaplicados, por lo que es importante seleccionar el instrumento dependiendo de lo que deseamos obtener, considerando el cuestionario que tenga mayor confiabilidad, que sea breve y específico para los diferentes tipos de TCA y después se debe verificar el diagnóstico con entrevistas estructuradas.

Los cuestionarios que se utilizan para evaluar las conductas alimentarias y su diagnóstico: EAT y BULIT-R son los más efectivos para evaluar el progreso del paciente, ya que se administran y califican con facilidad. Estos cuestionarios aplicados antes y al final del tratamiento, así como una o dos veces durante el mismo, pueden ayudar al terapeuta en la evaluación del progreso del paciente. Si el investigador desea estudiar a individuos con un TCA diagnosticable (identificar conductas de riesgo), así como diferenciar a los participantes en el estudio en las diversas categorías diagnósticas de los TCA, entonces el instrumento autoaplicado adecuado sería el EDE-Q, ya que es más preciso. Cuando lo que se pretende es únicamente separar a las personas que tienen sintomatología de algún trastorno alimentario de las que no lo tienen, pueden ser apropiados algunos de los siguientes cuestionarios autoaplicados: EDI, EAT y EDE-Q. Cuando la investigación se enfoca a la identificación de individuos con sintomatología bulímica, entonces el instrumento de elección es el BULIT-R.

Unas últimas sugerencias, en el caso de aplicar un cuestionario para TCA o alguna otra medición relacionada con el mismo, es necesario poner especial atención a factores culturales que pueden afectar el comportamiento y la forma de responder a los cuestionarios; entre estos factores se pueden mencionar algunos como son las normas de atractivo en la cultura, el significado que se le da a los alimentos y las ideas referentes a compartir los problemas con personas que no forman parte de la familia. Por lo que se tienen que validar los cuestionarios para las diferentes culturas, ya que la mayoría de los cuestionarios están validados únicamente para la población europea-americana. Tener en cuenta que algunas preguntas de los instrumentos pueden verse afectadas por prácticas culturales (como el ayuno por razones religiosas). Por último, se sugiere importante anotar en los cuestionarios las definiciones de conceptos que pudieran ser mal interpretadas, como es el concepto de atracón.

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria son un conjunto de enfermedades (Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Trastornos Alimentarios no especificados) que se caracterizan por una seria alteración en la conducta alimentaria, debido a una excesiva preocupación por la imagen corporal y a un miedo intenso a subir de peso. En los últimos años, se han descrito numerosos instrumentos que permiten evaluar los diversos signos y conductas de riesgo que presentan las personas que padecen este tipo de trastornos. Los cuestionarios autoaplicados y las entrevistas estructuradas son dos de los principales instrumentos para la evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria. En este trabajo se describen los siguientes instrumentos: EAT, EDI, BULIT-R, BITE, QEWP-R, EDE-Q y SCOFF, sus características generales, la manera en como se evalúan, donde se pueden conseguir y se proporcionan algunas recomendaciones. También se describen otras

mediciones que pueden ser utilizadas junto con los instrumentos para evaluar trastornos de la conducta alimentaria, como es la percepción de la imagen corporal y la ingesta dietética.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, instrumentos de evaluación.

Abstract

Eating disorders (Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Eating Disorders not otherwise specified) are complex disorders characterized by deviations in eating behavior, due to an altered body image and an intense fear of gaining weight. In recent years many authors have developed assessment methods to identify eating disorder symptoms, self-report inventories and structured interviews are the two major types of assessment procedures specific to eating disorders. This paper briefly describes: EAT, EDI, BULIT-R, BITE, QEWP-R, EDE-Q and SCOFF, their general characteristics, scoring method, availability and suggestions on their use. It also describes related measures, that can be used together with eating disorder assessment instruments, such as body image and food intake.

Key words: Eating disorders, assessment methods.

Referencias

1. APA. American Psychiatric Association. 1994. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition. Washington D.C.
2. Hoek H. and D. Van Hoeken. 2003. Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. *Int J Eat Disord.* 34:383-396.
3. Carter J. A. Aimé and J. Mills. 2001. Assessment of Bulimia Nervosa: A comparison of interview and self-report questionnaire methods. *Int J Eat Disord.* 30:187-192.
4. Black C., and T. Wilson. 1996. Assessment of Eating Disorders: Interview versus Questionnaire. *Int J Eat Disord.* 20:43-50.
5. García-Camba E. 2001. Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad. Editorial Masson. 79 pp.
6. Garner DM And PE. Garfinkel. 1979. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of Anorexia Nervosa. *Psychol Med.* 9:273-279.
7. Garner DM., MP. Olmsted, Y. Bohr and PE. Garfinkel. 1982. The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med.* 12:871-878.
8. Maloney MJ., JB. McGuire, SR. Daniels and B. Specker. 1989. Dieting behavior and attitudes in children. *Pediatrics.* 84:482-489.
9. Mintz LB. and MS. O'Halloran. 2000. The eating attitudes test: validation with DSM-IV eating disorder criteria. *J Pers Assess.* 74:489-503.

10. Álvarez G., AR. Vázquez, JM. Mancilla y G. Gómez. 2002. Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. *Rev Mex Psicolog.* 19:147-156.
11. Mintz L., A. Mulholland and S. O'Halloran. 1997. Questionnaire for eating disorder diagnoses: reliability and validity of operationalizing DSM-IV criteria into a self-report format. *J Couns Psychol.* 44:63-79.
12. Garner D. and M. Olmsted. 1983. Development and validation of a multi-dimensional Eating Disorder Inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia. *Int J Eat Disord.* 2:15-34.
13. Garner DM. 1991. Eating disorder inventory – 2. Professional Manual (FA): Psychological Assessment Resources.
14. Cooper Z., PJ. Cooper and CG. Fairburn. 1985. The specificity of the eating disorder inventory. *Br J Clin Psychol.* 24:129-130.
15. Bennett K. and R. Stevens. 1997. The internal structure of the eating disorder inventory. *Health Care Women Int.* 18:495-504.
16. García-García E., V. Vázquez, J. López y D. Arcila. 2003. Validez interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorder Inventory, en mujeres mexicanas. *Salud Publica Mex.* 45:206-210.
17. Smith MC. and MH. Thelen. 1984. Development and validation of a test for bulimia. *J Consult Clin Psychol.* 21:167-179.
18. Thelen MH., J. Farmer, D. Wonderlich and M. Smith. 1991. A revision of the bulimia test: the BULIT-R. *J Consult Clin Psychol.* 3:119-124.
19. Welch G., L. Thompson and A. Hall. 1993. The BULIT-R its reliability and clinical validity as a screening tool for DSM-III-R bulimia nervosa in a female tertiary education population. *Int J Eat Disord.* 14:95-105.
20. Henderson M. and A. Freeman. 1987. Self-rating Scale for Bulimia. The BITE. *Br J Psychiatry.* 150:18-24.
21. King M. and P. Williams. 1987. BITE: self-rating scale for bulimia. *Br J Psychiatry.* 150:714-715.
22. Henderson M. and A. Freeman., *Op. cit.*
23. Spitzer R., M. Devlin, B. Walsh, D. Hasin, R. Wing, M. Marcus, A. Stunkard, T. Wadden, S. Yanovski, S. Agras, J. Mitchell and C. Nonas. 1992. Binge eating disorder: A multi-site field trial of the diagnostic criteria. *Int J Eat Disord.* 11:191-203.
24. Johnson W., F. Grieve, C. Adams and J. Sandy. 1999. Measuring Binge Eating in adolescents: Adolescent and parent version of the Questionnaire of Eating and Weight Patterns. *Int J Eat Disord.* 26:301-314.
25. Fairburn CG and SJ. Beglin. 1994. Assessment of eating disorders:interview or self report questionnaire?. *Inter J Eat Disord.* 16:363-370.
26. Fairburn CG. and Z. Cooper. The eat disorder examination. En: Binge eating: nature, assessment and treatment. Fairburn CG, Wilson GT. Editorial Guilford Press. Pag:317-360.

27. Luce K., and J. Crowther. 1999. The reliability of the Eating Disorder Examination-self-report Questionnaire version (EDE-Q). *Int J Eat Disord.* 25:349-351.
28. Morgan J., F. Reid and H. Lacey. 1999. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ.* 319:1467-1468.
29. Perry L., J. Morgan, F. Reid, J. Brunton, A. O'Brien, A. Luck and H. Lacey. 2002. Screening for symptoms of eating disorders: Reliability of the SCOFF screening tool with written compared to oral delivery. *Int J Eat Disord.* 32:466-72.
30. *Idem.*
31. Morgan J., *et al.*, *Op. cit.*
32. Toro J., M. Salamero and E. Martínez. 1994. Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand.* 89:147-151.
33. Saucedo T. y N. Cantú. 2000. Trastornos de la Conducta Alimentaria: Influencia sociocultural en púberes de ambos sexos. *Psicol Soc Mex.* 9:128-133.
34. Stunkard A. and S. Messick. 1985. The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *J Psychosom Res.* 29:71-83.
35. Hadigan C., E. Anderson, K. Miller, J. Hubbard, D. Herzog, A. Klibanski and S. Grinspoon. 2000. Assessment of macronutrient and micronutrient intake in women with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 28:284-292.