

Perfiles sociales, alimentación y predicción de trastornos de la alimentación en adolescentes urbanos andaluces

Eugenia Gil García^a, Teresa Ortiz Gómez^b y María Luisa Fernández Soto^c

Objetivo. Conocer el perfil social de los adolescentes urbanos andaluces y analizar las similitudes y diferencias que muestran con los que están en riesgo de presentar trastornos alimentarios.

Diseño. Estudio transversal, comunitario. Muestra estratificada por conglomerados.

Emplazamiento. Centros educativos públicos y privados de ciudades andaluzas de más de 100.000 habitantes (Sevilla, Málaga, Granada, Córdoba, Cádiz, Huelva, Almería, Jaén, Algeciras y Jerez).

Participantes. Alumnado de 12 a 16 años, escolarizado en el curso académico 2002-2003 (n = 1.667).

Mediciones principales. Para comparar los resultados de la muestra con los adolescentes que están en riesgo de presentar trastornos alimentarios (los que puntúan más de 20 en la Escala de Actitud Alimentaria 26 [EAT-26]) utilizamos el test de la χ^2 para las variables nominales y la correlación de rho de Spearman para las variables de intervalo, con un nivel de significación de $p < 0,05$.

Resultados. No hay diferencias significativas entre ambos grupos con respecto a la estructura familiar, la relación de amistad, el rendimiento académico y las prácticas deportivas. Las diferencias se centran en las prácticas disciplinarias, el número de amigos y amigas diagnosticados de trastorno de la conducta alimentaria, los objetivos para practicar deporte y el tipo de dieta que realizan. Las personas que puntúan más alto en el EAT-26 son las que tienen mayor índice de masa corporal y menor posición social.

Conclusiones. Es conveniente contemplar las alteraciones alimentarias como una respuesta a determinadas condiciones sociales. Resulta aventurado considerar como incluidas en población de riesgo de anorexia a las personas que obtienen altas puntuaciones de la EAT-26.

Palabras clave: Anorexia. Bulimia. Perfil social.

SOCIAL PROFILES, DIET, AND PREDICTION OF EATING DISORDERS IN URBAN ANDALUSIAN ADOLESCENTS

Objective. To know the social profile of Andalusian urban adolescents and analyse the similarities and differences they have with those at risk of presenting with eating disorders.

Design. Cross-sectional community study. Stratified cluster sampling.

Setting. Public and private education institutions in Andalusian cities with more than 100 000 inhabitants (Sevilla, Malaga, Granada, Cordoba, Cadiz, Huelva, Almeria, Jaen, Algeciras, and Jerez).

Participants. Pupils from 12 to 16 years, attending an academic course in the year 2002-2003 (N=1667).

Main measurements. To compare the results of the sample with adolescents who are at risk of presenting with eating disorders (those who scored more than 20 in the 26-item Eating Attitudes Test [EAT-26]) we used the χ^2 test for the nominal variables and the Spearman rho for the interval variables, with a significance level of $P=0.05$.

Results. There were no differences between either group as regards family structure, friend relationships, academic performance, and sporting activities. The differences centred on disciplinary practices, the number of friends diagnosed with an eating behavioural disorder, the objectives for practicing sports, and the type of diet that they followed. The subjects who scored highest on the EAT-26 were those who had a higher body mass index and a lower social status.

Conclusions. It appears that diet changes are a response to certain social conditions. It would be speculative to include subjects who obtain high EAT-26 scores in the population at risk of anorexia.

Key words: Anorexia. Bulimia. Social profile.

English version available at

www.atencionprimaria.com/188.790

A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 12)

^aDepartamento de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén. Jaén. España.

^bAnatomía Patológica e Historia de la Ciencia. Instituto de Estudios de la Mujer. Universidad de Granada. España.

^cServicio Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico San Cecilio. Universidad de Granada. Granada. España.

Correspondencia:
E. Gil García.
Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén.
Campus de las Lagunillas, s/n.
Edificio B-3, despacho 239. 23071 Jaén. España.
Correo electrónico: egil@ujaen.es

Manuscrito recibido el 16-11-2005.
Manuscrito aceptado para su publicación el 4-9-2006.

Los resultados que aquí presentamos forman parte de un proyecto financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias del Ministerio de Sanidad y Consumo durante los años 2001-2003. Instituto de Investigación Carlos III, expediente 01/1093.

Introducción

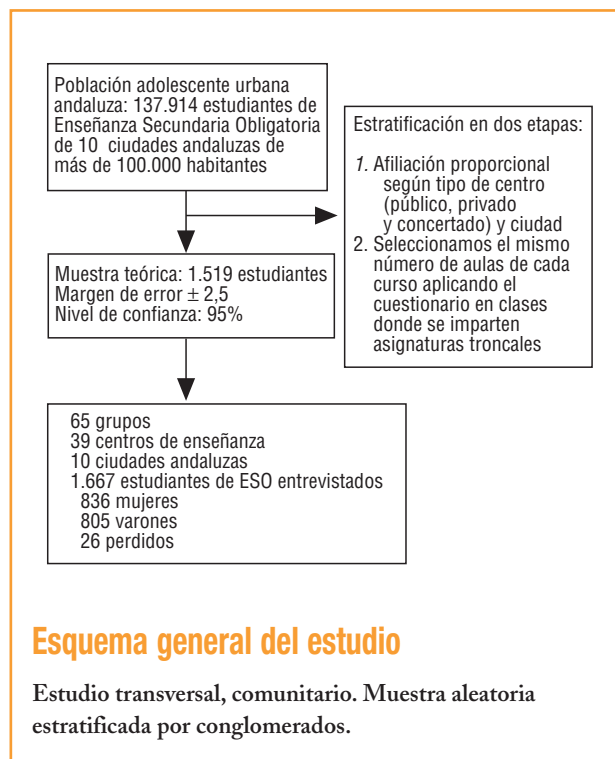
En la categoría trastornos del comportamiento alimentario (TCA) se agrupan alteraciones conductuales que varían en cuanto a sus manifestaciones, gravedad y sintomatología. Los factores socioculturales se han mostrado como agentes etiopatogénicos fundamentales en el origen de los TCA y en el desarrollo de las enfermedades psiquiátricas asociadas¹. Entre ellos se citan la edad², la imagen corporal³, el sexo⁴, el nivel socioeconómico familiar⁵, las prácticas dietéticas y deportivas⁶ o las relaciones y dinámicas que se establecen entre los grupos familiares o de iguales⁷. En España, estudios epidemiológicos recientes estiman una alta prevalencia de TCA entre las mujeres. El instrumento que utilizan para medirla es la Escala de Actitud Alimentaria (EAT) diseñada por Garner y Garfinkel en 1979 y validada en España por Castro et al en 1991⁸. Si bien la versión original de la EAT consta de 40 ítems, hay una versión abreviada, EAT-26, diseñada por Garner et al⁹ en 1982, de la que sus autores mantienen que la reducción de ítems «no afecta a su validez como elemento predictivo, ya que mantiene una robustez en la correlación entre EAT-40 y EAT-26 de $r = 0,98$ »⁹.

La prevalencia de anorexia nerviosa en España se sitúa entre el 0,1 y el 1,5%, y la de bulimia nerviosa, entre el 0,5 y 1,5%²; los TCA no especificados constituyen los casos más frecuentes, con una prevalencia estimada del 1,7-3,8%¹⁰. Estas cifras han favorecido la discusión en torno a la existencia de una epidemia de TCA y la necesidad de afrontar la prevención de la enfermedad y planificar los recursos sanitarios¹¹. Para diseñar campañas de prevención y promoción de salud y planificar la asistencia es necesario conocer el grupo de riesgo, determinar sus características sociales y establecer en qué medida se parece y/o diferencia de la población. Para contribuir a ello, nuestro objetivo ha sido conocer el perfil social y cultural de los adolescentes urbanos andaluces, detectar las similitudes y/o diferencias que presentan con respecto a la población que obtiene altas puntuaciones en la EAT-26 y analizar el uso de la EAT-26 como elemento predictor de los TCA.

Métodos

Estudio transversal, comunitario, sobre una muestra representativa de la población.

La población del estudio estaba formada por adolescentes de 12 a 16 años escolarizados entre primero y cuarto curso de Enseñanza Secundaria Obligatoria durante el curso académico 2002-2003, residentes en ciudades andaluzas de más de 100.000 habitantes (Sevilla, Málaga, Granada, Córdoba, Cádiz, Huelva, Almería, Jaén, Algeciras y Jerez). El tamaño de la población es de 137.914 alumnos de ambos sexos (listado facilitado por la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía).



Se seleccionó una muestra de 1.667 alumnos, 836 mujeres y 805 varones, con un margen de error de $\pm 2,5\%$ y nivel de confianza del 95%; 26 no respondieron.

Se realizó una estratificación por conglomerados en 2 fases:

- Fase 1: muestreo aleatorio proporcional a partir del listado de centros educativos. Se ordenan por ciudad y titularidad (concertados, privados y públicos).
- Fase 2: estratificación por cursos asegurando el mismo número de aulas de cada uno de los cursos. Las aulas se seleccionaron de forma aleatoria teniendo en cuenta que en ellas se impartieran asignaturas troncales. Se aplicaron los cuestionarios autoadministrados en horas de clases a todo el alumnado presente en el aula.

Instrumento

Se utilizó un cuestionario, diseñado por el equipo de investigación¹², que consta de: a) variables demográficas; b) variables clínicas (diagnósticos de anorexia y/o bulimia comunicados por la persona entrevistada), y c) variables sociales: estructura familiar, posición social¹³, relaciones de amistad, amistades con diagnóstico de anorexia y/o bulimia, rendimiento académico y práctica deportiva. Para conocer la alimentación construimos la variable de intervalo «dieta» a partir de la frecuencia de consumo de 23 productos alimentarios habituales y los agrupamos teniendo en cuenta el aporte calórico y la frecuencia de consumo semanal. La actitud alimentaria se analizó con la EAT- 6, escala validada en España⁸. Los autores proponen una puntuación ≥ 20 para catalogar a una población con riesgo de TCA.

Establecemos 2 grupos de estudio: muestra y grupo 20.

El grupo muestra es el conjunto de la población estudiada que denominamos, y el grupo 20 es el conjunto de adolescentes que puntúa ≥ 20 en la EAT-26.

TABLA 1
Distribución en percentiles de variables demográficas

	Grupo 20 n = 194		Grupo muestra n = 1.667	
	Varones 65 (33%)	Mujeres 124 (64%)	Varones 805 (49,1%)	Mujeres 836 (50,9%)
Percentiles edad (años)				
25	13	13	13	13
50	14	14	14	14
75	15	15	15	15
Percentiles peso (kg)				
25	48	50	50	47
50	63	55	58	52
75	71,5	60	66	58
Percentiles talla (m)				
25	1,56	1,59	1,63	1,59
50	1,68	1,63	1,70	1,63
75	1,78	1,67	1,77	1,67
Percentiles IMC				
25	19,2	18,8	18	17,9
50	22,0	20,6	20	19,5
75	24	22,6	22,2	21,7

IMC: índice de masa corporal.

Análisis estadístico

Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 10.0. Las pruebas estadísticas utilizadas para comparar los grupos fueron el test de la χ^2 para las variables nominales y la prueba de correlación de la rho de Spearman de rangos ordenados para conocer la relación entre las variables de intervalo. Se consideraron significativos los valores de $p < 0,05$.

Resultados

Análisis descriptivo de los grupos

La muestra está compuesta por 1.667 adolescentes, 836 mujeres (50,9%) y 805 varones (49,1%). El grupo 20 está compuesto por 124 mujeres (64%) y 65 varones (33%) (tabla 1). Del conjunto de la muestra, 28 adolescentes refieren estar diagnosticados de anorexia y/o bulimia, 14 de anorexia, 8 de bulimia y 6 comparten el diagnóstico de anorexia y bulimia. En el grupo 20, el número de personas diagnosticadas es de 14, de las que 5 lo están de anorexia, 4 de bulimia y 5 de anorexia y bulimia.

Estructura familiar

Se observan estructuras muy parecidas entre ambos grupos. El 74,8% de la muestra y el 72,6% del grupo 20 viven en familias nucleares con más de un hijo y son hijos únicos el 10,4% de la muestra y el 12,8% del grupo 20. Las relaciones con los padres son buenas o muy buenas, mejores con la madre en ambos grupos. Al comparar los resultados con la muestra obtenemos diferencias estadísticamente significativas en las relaciones del grupo 20 con el padre y en las prácticas disciplinarias. No hay diferen-

TABLA 2
Estructura y relaciones familiares

	Grupo 20 N = 194	Grupo muestra n = 1667
Composición de la familia		
Hijos únicos	25 (12,8)	173 (10,4)
Familia nuclear	121 (72,7)	1.246 (74,8)
Familia extensa	8 (4,1)	176 (10,5)
Familias recombinadas	8 (4,1)	65 (3,9)
Viviendas colectivas	2 (1,0)	4 (0,2)
Relación con la madre		
Muy buena o buena	177 (91,2)	1.532 (92,5)
Regular	12 (6,2)	98 (5,9)
Mala o muy mala	3 (1,5)	17 (1,0)
No tengo relación	1 (0,5)	8 (0,5)
Relación con el padre^a		
Muy buena o buena	144 (75,8)	1.358 (83,7)
Regular	27 (14,2)	182 (11,2)
Mala o muy mala	9 (4,7)	35 (2,1)
No tengo relación	10 (5,2)	48 (3)
Control que ejerce la familia en distintos ámbitos^b		
Control en estudios	4,1 ± 0,9	4,0 ± 0,9
Control en alimentación	4,1 ± 0,9	4,1 ± 0,9
Control en horarios	3,7 ± 0,3	3,6 ± 1,0
Sanción	4,5 ± 1,8	4,1 ± 1,7
Rango valores de 0 a 10		

^aLa relación es significativa, $p = 0,002$, al comparar ambos grupos.

^bEstos valores se expresan en media ± desviación estándar.

Los resultados se expresan en valores absolutos y entre paréntesis los porcentajes.

cias significativas en el control que ejerce la familia en la alimentación, pero sí observamos diferencia con respecto al índice de sanción. El grupo 20 vive en familias en las que se observan prácticas disciplinarias familiares más estrictas (tabla 2).

Posición social

Observamos que las madres ocupan posiciones algo inferiores que los padres y no se aprecian diferencias significativas entre los 2 grupos (tabla 3).

Relaciones de amistad

Las relaciones de amistad son muy fluidas en ambos grupos, tanto con las personas del mismo sexo como con las del otro. En el grupo 20, el 84,7% dice tener más de 7 amigos del mismo sexo y en la muestra el porcentaje se sitúa en el 82,7%. Con respecto al número de amigos de diferente sexo, los porcentajes disminuyen, pero sin llegar a ser estadísticamente significativos. Encontramos diferencias con significación estadística en el grupo 20 con respecto a la muestra en el mayor contacto que tienen, o han tenido, con personas diagnosticadas de trastornos alimentarios. El 29% del grupo 20 tiene o ha tenido amigos con anorexia, frente al 18% de la muestra ($p = 0,000$). El 18,7% del gru-

TABLA 3 Posición social de la madre y del padre

	Grupo 20 n = 194		Grupo muestra n = 1.667	
	Madre	Padre	Madre	Padre
Clase 1	3 (0,2)		8 (0,5)	
Clase 2	12 (6,2)	7 (3,6)	145 (8,7)	47 (2,8)
Clase 3	20 (10,3)	8 (4,1)	141 (8,5)	57 (3,4)
Clase 4	59 (30,4)	21 (10,8)	520 (31,2)	152 (9,1)
Clase 5	37 (19,1)	48 (24,7)	254 (15,2)	444 (26,6)
Clase 6	20 (10,3)	32 (16,5)	157 (9,4)	226 (13,6)
Clase 7	9 (4,6)	17 (8,8)	160 (9,6)	193 (11,6)
Clase 8	15 (7,7)	12 (6,2)	121 (7,3)	110 (6,6)
Clase 9	5 (2,6)	8 (4,1)	35 (2,1)	87 (5,2)
Clase 10	7 (3,6)	13 (6,7)	61 (3,7)	171 (10,3)

La clase 1 es la más baja y la 10, la más alta. Los resultados se expresan en valores absolutos y entre paréntesis los porcentajes.

TABLA 4 Correlación entre variables

	Prestigio ocupación padre	Dieta	IMC	EAT-26
Prestigio ocupación madre	0,499 ^b	-0,138 ^b	-0,031	-0,040
Prestigio ocupación padre		-0,131 ^b	-0,072 ^a	-0,083 ^a
Dieta			-0,246 ^b	-0,212 ^b
IMC				0,111 ^b
EAT-26				

IMC: índice de masa corporal; EAT: Escala de Actitud Alimentaria.
^aLa correlación es significativa con un valor de p = 0,05 bilateral.
^bLa correlación es significativa con un valor de p = 0,01 bilateral.

po 20 tiene o ha tenido contacto con alguien con bulimia, frente al 11,7% de la muestra (p = 0,007).

Rendimiento académico

No hay diferencias significativas entre el grupo 20 y la muestra en las horas que dedican a los estudios ni en el rendimiento académico, valorado como la nota media del curso anterior.

Deporte

Los 4 deportes que más practican en ambos grupos son la gimnasia (el 19,4% en la muestra frente al 29,9% en el grupo 20), el fútbol (el 20,7 frente al 10,3%), correr (el 8,2 frente al 6,2%) y montar en bicicleta (el 5,2 frente al 5,7%). Los objetivos que les llevan a practicar deporte difieren significativamente entre los 2 grupos (p = 0,000). El motivo principal para practicar deportes en la muestra y el grupo 20 es divertirse (el 56,4 frente al 28,9%), pero en el grupo 20 el objetivo de perder peso (el 26,6 frente al 9,5%) y de mejorar ciertas partes del cuerpo obtiene porcentajes más elevados que en la muestra (el 28,9 frente al 17,6%).

Actitud alimentaria

En la EAT-26 la muestra obtiene una puntuación media ± desviación estándar (DE) de 9,04 ± 8,6 y en el grupo 20, de 27,5 ± 7,5.

Relación entre variables

Hay una relación negativa entre la dieta que sigue el alumnado y el índice de masa corporal (IMC) autopercebido (-0,246) y la puntuación obtenida en la EAT (-0,212). Las puntuaciones de la EAT se relacionan positivamente con el IMC (0,111) y negativamente con la posición social del padre (-0,083). Es decir, en las estructuras familiares con mayor posición social se realizan más dietas hipocalóricas. Al repetir el cálculo de los coeficientes de correlación bivariable con el grupo 20, observamos que no se producen correlaciones entre la dieta, el IMC autopercebido y la EAT-26 (tabla 4).

Discusión

El 11% de la población adolescente urbana andaluza puntúa más de 20 en la EAT, lo que supone una proporción similar a la obtenida en otras investigaciones¹⁴⁻¹⁷. Las posiciones sociales del padre y/o la madre y el rendimiento académico no son distintos de los que presenta el total de la población, datos que cuestionan la asociación entre riesgo de TCA y clase social¹⁸. Hemos encontrado algunos rasgos diferenciadores entre nuestros 2 grupos de estudio, según los cuales el grupo 20 tiene una mayor insatisfacción con su cuerpo, practica deportes con el objetivo de mejorar ciertas partes del cuerpo y realiza con más frecuencia una dieta hipocalórica. Estos hallazgos coinciden con los de otros autores, que relacionan la insatisfacción corporal con conductas y actitudes problemáticas hacia la comida¹⁹. Asimismo, observamos que el grupo 20 vive en familias con prácticas disciplinarias más estrictas, mantiene relaciones más conflictivas con el padre y establece relaciones más frecuentes con personas diagnosticadas de anorexia y/o bulimia. Estos resultados ponen el acento en la anorexia y la bulimia como enfermedades favorecidas por el contexto²⁰. A nuestro juicio, habrá que considerar a las personas que puntúan alto en la escala dentro de su sistema de relación social y estudiar las alteraciones alimentarias como una respuesta ante determinadas condiciones sociales, como ponen de manifiesto algunas investigadoras feministas^{21,22}. Al detenernos en las puntuaciones que obtienen en la EAT-26 las personas que dicen estar diagnosticadas de anorexia y/o bulimia, observamos que tan sólo un tercio supera el punto de corte. Con respecto a las asociaciones entre la EAT-26, el IMC y la dieta, los resultados muestran que, a medida que aumentan las puntuaciones de la escala, se incrementan el IMC y la posibilidad de hacer dieta hipocalórica. Estos hallazgos cuestionan el valor predictivo de la escala²³ e indican la necesidad de matizar la

Lo conocido sobre el tema

- En el origen de los trastornos de la conducta alimentaria hay factores socioculturales implicados, como la edad, la imagen corporal, el género, el nivel socioeconómico familiar, las prácticas dietéticas y deportivas y las relaciones entre los grupos familiares o de iguales.
- En España, estudios epidemiológicos muestran una alta prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las mujeres. Los índices de prevalencia se establecen, fundamentalmente, a partir de la Escala de Actitud Alimentaria.

Qué aporta este estudio

- El perfil social de las personas que puntúan más de 20 en la escala de actitud alimentaria es el siguiente: mujer, de clase social media, insatisfecha con su cuerpo, que practica deporte con el objetivo de mejorarlo y realiza una dieta hipocalórica, vive en una familia con prácticas disciplinarias estrictas y mantiene relaciones conflictivas con el padre.
- Hay relación entre altas puntuaciones de la EAT y altas puntuaciones en el índice de masa corporal, lo que nos lleva a matizar la asociación entre altas puntuaciones en la EAT y enfermedades como la anorexia nerviosa y/o la bulimia nerviosa.
- La EAT es un instrumento que puede indicar alteraciones en los patrones alimentarios, pero no indica una psicopatía subyacente.
- Es necesario abrir líneas de investigación que traten de profundizar en la relación entre las alteraciones alimentarias y el contexto social en el que éstas se producen e incorporar al análisis una perspectiva de género.

relación entre altas puntuaciones de la EAT con la anorexia y la bulimia²⁴. Se pone de manifiesto la necesidad de abrir líneas de investigación que traten de profundizar en la relación entre las alteraciones alimentarias y el contexto social en el que éstas se producen.

Bibliografía

1. Wardle J, Watters R. Sociocultural influences on attitudes to weight and eating: results of a natural experiment. *Int J Eat Disord.* 2004;35:584-96-
2. Toro J. La epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. *Med Clin (Barc).* 2000;14:543-4.
3. Cash TF, Deagle GA. The nature and extend of body-image disturbances in Anorexia and Bulimia Nervosa: a meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 1997;22:107-25.
4. Meyer C, Blissett J, Oldfield C. Sexual orientation and eating psychopathology: The role of masculinity and femininity. *Int J Eat Disord.* 2001;29:314-8.
5. Lindberg L, Hjern A. Risk factors for anorexia nervosa: a national cohort study. *Int J Eat Disord.* 2003;34:397-408.
6. Burn MB. *The social psychology of gender.* New York: McGraw-Hill; 1996.
7. Davis C, Shuster B, Blackmore E, Fox J. Looking good - family focus on appearance and the risk for eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2004;35:136-44.
8. Castro J, Toro J, Salameo M, Guimera E. Cuestionario de actitudes ante la alimentación: validación de la versión española. *Psychol Assess.* 1991;7:175-90.
9. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med.* 1982;12:871-8.
10. Ruiz Lázaro PM. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. *Actas Esp Psiquiatr.* 2003;31:85-94.
11. Toro J, Canto TJ, Castro J, et al. Trastornos del comportamiento alimentario. *Jano.* 1999;56:37.
12. Gómez C, Gil E, Hernández D, Morales JA. Análisis cuantitativo de los trastornos del comportamiento alimentario. Granada: Universidad de Granada; 2004.
13. Carabaña J, Gómez C. Escalas de prestigio profesional. Madrid: Cuadernos Metodológicos. CSIC; 1996.
14. Pérez-Gaspar M, Gual P, De Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Med Clin (Barc).* 2000;114:481-6.
15. Vega Alonso TA, Rasillo Rodríguez MA. Perfil de riesgo en población escolarizada en Enseñanza Secundaria de Castilla y León. III Congreso Virtual de Psiquiatría [consultado 3 Oct 2004]. Disponible en: <http://www.interpsiquis.com/2002>
16. Ballester Ferrando B. Actitudes alimentarias y satisfacción corporal en adolescentes: un estudio de prevalencia. *Actas Esp Psiquiatr.* 2002;30:207-12.
17. Gandarillas A, Zorrilla B, Sepulveda AR, Muñoz P. Prevalencia de casos de trastornos del comportamiento alimentario en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. Madrid: Instituto de Salud Pública; 2003.
18. Gard MC, Freeman CP. The dismantling of a myth: a review of eating disorders and socioeconomic status. *Int J Eat Disord.* 1996;20:1-12.
19. Stice E. Body image and bulimia nervosa. En: Cash TF, Pruzinsky T, editors. *Body image. A handbook of theory research, and clinical practice.* New York: Guilford Press; 2002. p. 306-8.
20. Benedito MC, Perpiña C, Botella C, Baños R. Imagen corporal y restricción alimentaria en adolescente. *An Pediatr.* 2003;58:268-73.
21. Katzman M. Enfoques feministas sobre los trastornos de la alimentación. En: Rojo Moreno L, Cava G, editores. *Anorexia nerviosa.* Barcelona: Ariel Ciencias Médicas; 2003. p. 235-42.
22. Fallon P, Katzman M, Wooley S. *Feminist perspectives in eating disorders.* New York: Guilford Press; 1994.
23. Freitas S, Gorenstein C, Appolinario JA. Instrumentos para la avaliação dos trastornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002; 24:34-48.
24. Cordas TA, Neves JE. Escalas de avaliação de trastornos alimentares. *Rev Psiquiatr Clin.* 1999;26:19-28.