

# **TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

**Mónica Pando y Margareth Hurtado**  
**Universidad Católica Boliviana**

En Bolivia hay una gran influencia de los países desarrollados, a partir de los medios de comunicación como ser la televisión, el Internet, las revistas y otros, los cuales promueven patrones de belleza inadecuados, que pueden impulsar a las jóvenes a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, sin embargo también se piensa que dichos trastornos vienen asociados con características patológicas de personalidad (Garner, 1998).

Actualmente, hay que entender por trastorno de la conducta alimentaria aquellas alteraciones en las que la conducta alimentaria está alterada, pero fundamentalmente como consecuencia de los dramáticos intentos que las pacientes hacen para controlar su peso y su cuerpo. Las características que forman la personalidad de los seres humanos modulan, en mayor o menor grado, todas sus reacciones ante las distintas situaciones que se le presentan en la vida, cuando éstas son patológicas hacen sufrir tanto a la persona que la padece como a las personas que la rodean (Fernández, 1999).

En la actualidad se ha optado por un modelo pluricausal en el que interactúan diferentes tipos de variables biológicas, psicológicas y relacionales, dando lugar a una serie de factores predisponentes precipitantes y de mantenimiento que permiten explicar la aparición y cronificación de los trastornos de la conducta alimentaria.

En la bulimia el cuadro se inicia habitualmente a partir de la adolescencia, los bulímicos refieren que sus mentes están casi constantemente ocupadas en pensamientos referentes a la comida, dificultando incluso la concentración. Los excesos de comida se dan normalmente en solitario y en secreto. Muchas veces ritualizan la compra de comida y este hecho suele producirles al mismo tiempo excitación y ansiedad. La cantidad de comida que se ingiere en un episodio bulímico puede llegar hasta 20.000 calorías, cuando normalmente el cuerpo humano requiere entre 2.000 y 2.500 calorías.

Para impedir ganar peso pueden utilizar mecanismos diversos como provocarse vómitos, utilizar frecuentemente purgantes y diuréticos, hacer mucho ejercicio y/o tomar anfetaminas. Todos estos excesos pueden llegar a tener complicaciones de salud siendo uno de los más peligrosos la provocación de vómitos que puede dar lugar a depleción de los niveles de potasio, infecciones urinarias, problemas renales, y pérdida importante de peso. Los rasgos psicopatológicos más importantes se refieren a la preocupación relacionada con la comida, el peso y los síntomas depresivos. Los bulímicos presentan conductas depresivas, con fases intercaladas de ayuno y atracones, suelen ser acomplejadas, se sienten ineficaces e indefensas, carentes de autoestima y elevada ansiedad, con falta de asertividad y con una deficiente imagen corporal, también hay que tener en cuenta las metas de estos pacientes ya que el alejarse de la meta les provoca depresión, esto les produce ansiedad, seguido de atracones, y para compensar estas conductas realizan conductas inapropiadas, como ser ejercicio en exceso, ayunos o la provocación de vómitos.

En los anoréxicos hay una idea sobrevalorada de la imagen corporal, que puede tomar proporciones delirantes. Los pacientes ven algunas partes de su cuerpo muy gruesas, incluso a pesar de la pérdida de peso, por lo cual deben continuar sin comer. Generalmente manifiestan fuertes sentimientos de asco y desagrado ante su propio cuerpo. Les falta reconocer adecuadamente, los signos de hambre y saciedad. Se sienten hinchados, tienen náuseas, después de haber comido poquísimo. A pesar de su gran inanición, no se sienten cansados ni fatigados. Estos pacientes al igual que en la bulimia nerviosa tienen metas altísimas que en situaciones no controladas pueden dar lugar a episodios recurrentes de anorexia nerviosa. El estado de ánimo de los anoréxicos suele ser bastante variable. Es común la labilidad emocional y los sentimientos de desamparo y depresión. Pierden todo interés en el sexo y evitan los contactos con personas del sexo opuesto. En el caso de actividad sexual, no disfrutan de ella.

Dentro de los cambios cognitivos están las distorsiones cognitivas sobre el peso y la ingesta y alteraciones de la imagen corporal (sigue encontrándose gorda a pesar de haber perdido peso). Dentro de los cambios conductuales hay una dieta restrictiva auto impuesta, frecuente provocación de vómitos, uso abusivo de laxantes (estas conductas son más frecuentes si la anorexia cursa con episodios de bulimia); elevado interés por la

gastronomía, hiperactividad, relaciones familiares gravemente alteradas y un importante retraimiento social. Dentro de los cambios biológicos se presenta alteración del sistema hipotalámico y endocrino que tiene como consecuencia la aparición de la amenorrea. Desaparecen las curvas típicas femeninas, la piel se torna seca, hay pérdida de pelo, bradicardia, hipotensión, baja temperatura y deshidratación.

Se han realizado pocos estudios rigurosos acerca de la personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA), aunque si aparece abundante literatura sobre la comorbilidad entre los trastornos de personalidad y los TCA (Murcia M, 2001). Siguiendo a Garner (1988), pensamos que los factores de personalidad podrían jugar un importante rol en la expresión sintomática de los trastornos de la conducta alimentaria.

Una investigación de tipo descriptiva y comparativa que permita saber las características de personalidad que tienen un grupo de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria de la ciudad de la Paz, en mujeres mayores de 18 años es de vital importancia con el objeto de entender y explicar dichos fenómenos, además estos datos servirían enormemente para el diagnóstico y la aplicación de una terapia adecuada.

El objetivo general de esta investigación es “Determinar las características patológicas de la personalidad en un grupo de mujeres mayores de 18 años que padecen trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia), en la ciudad de la Paz”.

## **Método**

### Tipo de investigación

Es una investigación de tipo descriptiva, comparativa ya que mide de manera independiente las sub escalas con las que tiene que ver, integrando las mediciones de cada una de dichas sub escalas para poder explicar como se manifiesta los trastornos de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad y transversal, ya que se recolectan los datos en un solo momento, en un tiempo único. (Hernández, Fernández y Baptista, 2000).

### Participantes

La presente investigación se realizará con mujeres mayores de 18 años de edad, actualmente en consulta psicológica, o que asisten a consultorios de nutricionistas,

endocrinólogos o psiquiatras, reconocidos en la ciudad de la Paz, diagnosticadas con trastorno de la conducta alimentaria, basándonos en los criterios diagnósticos del DSM-IV y en el test del EDI 2.

#### Ambiente

La investigación se llevará a cabo, en los consultorios privados de los psicólogos clínicos, nutricionistas, psiquiatras y endocrinólogos en la ciudad de La Paz.

#### VARIABLES

Variable 1: Trastornos de la conducta alimentaria.

Componentes: Impulso a la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad, inseguridad social.

Variable 2: Características patológicas de personalidad.

Componentes: Personalidad paranoide, Personalidad esquizoide, Personalidad esquizotípico, Personalidad antisocial, Personalidad límite, Personalidad histriónica, Personalidad narcisista, Personalidad por evitación, Personalidad dependiente, Personalidad pasivo-agresivo.

#### Instrumentos

EDI-2.

Este instrumento se utilizará para evaluar la variable 1, trastornos de la conducta alimentaria y para determinar cual es la sintomatología relevante que presentan las pacientes diagnosticadas con dicha enfermedad. En el EDI-2 se evalúan 11 escalas que constan de 91 reactivos, a partir de esto se ubican a los sujetos en tres grupos:

- Casos con bajo riesgo
- Casos de riesgo moderado
- Casos con un riesgo elevado.

Son reactivos con respuestas:

Nunca	0
Pocas veces	1
A veces	2
A menudo	3
Casi siempre	4
Siempre	5

Este instrumento fue validado para su utilización en la ciudad de la Paz gracias a la tesis de Erika Freudenthal.

#### Cuestionario IPDE, módulo DSM-IV (Modificado)

Este cuestionario se utilizará para evaluar la variable 2, características patológicas de personalidad. En el Cuestionario IPDE, se evalúan 11 trastornos de personalidad, el cuestionario cuenta con 85 ítems, a responder: Verdadero o Falso, esta compuesto por una serie de incisos en los que se transformo a preguntas, los síntomas que en el DSM-IV(1995) considera propios de cada trastorno.

Este cuestionario fue utilizado, modificado y validado para la tesis de “Violencia conyugal y trastornos de personalidad” por Eiza Irazoque.

#### Procedimiento

##### Fase 1

*Etapa A:* Obtención del listado de nombres de profesionales y centros hospitalarios relacionados con los TCA.

*Etapa B:* Distribución de cartas de solicitud de apoyo a la investigación con los profesionales y centros hospitalarios correspondientes.

*Etapa C:* Entrevistas con los especialistas para una explicación detallada de los objetivos de la investigación.

Fase 2

*Etapa A:* Aplicación de los instrumentos por los especialistas.

*Etapa B:* Recolección de los instrumentos aplicados.

Fase 3

*Etapa A:* Elaboración de la base de datos.

*Etapa B:* Procesamiento de datos empleando métodos estadísticos

*Etapa C:* Elaboración de tablas, gráficos y figuras para la descripción y correlación de datos.

Fase 4

*Etapa A:* Análisis de los resultados obtenidos.

*Etapa B:* Elaboración de las conclusiones.

## **Resultados**

Los resultados de la investigación reflejan el estudio realizado a catorce mujeres mayores de 18 años con trastornos de la conducta alimentaria (TCA); anorexia nerviosa de tipo restrictivo y bulimia nerviosa de tipo purgativo, mediante una evaluación diagnóstica realizada a través de los cuestionarios EDI 2 y IPDE Módulo DSM IV. Ésta intentó investigar las características patológicas de la personalidad en un grupo de mujeres mayores de 18 años que padecen trastornos de la conducta alimentaria en la ciudad de La Paz; así como realizar un inventario de síntomas asociados a los TCA en cada grupo y además detectar las diferencias y similitudes entre éstos.

Por último para conseguir éstos resultados, se realizó la correlación entre la variable 1 (TCA) y la variable 2 (Características patológicas de personalidad), tanto positiva como negativa. Se analizaron las relaciones más relevantes entre las características patológicas de la personalidad y los TCA que corresponden a:

Características patológicas de la personalidad	TCA
Trastorno histriónico de la personalidad	Bulimia
Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad	Anorexia
Trastorno límite de la personalidad	Bulimia
Trastorno Esquizotípico de la personalidad	Bulimia
Trastorno Evitativo de la personalidad	Anorexia y Bulimia
Trastorno Narcisita de la personalidad	Bulimia

Los resultados responden a los objetivos planteados en la investigación y guían la dirección del análisis e interpretación de resultados.

#### 1. TCA y Trastornos de la personalidad.

La figura 1 nos muestra los resultados encontrados en cuanto a la relación existente entre los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de la personalidad, se tomaron en cuenta solamente los trastornos de personalidad que tenían relación con los TCA.

En cuanto a anorexia nerviosa restrictiva se refiere, se observa una relación con el trastorno obsesivo-compulsivo en un 100%, pero cabe resaltar que se presentan como trastornos de la personalidad asociados en un 50% de las mujeres, el trastorno de la personalidad esquizotípico(25%), y el trastorno de la personalidad Evitativo(25%).

En la bulimia nerviosa purgativa se observa una relación del 50% con el trastorno de la personalidad histriónico, una relación del 20% con el trastorno de la personalidad límite y un 30% con el trastorno de la personalidad evitativo. Como trastorno de la personalidad secundario se observa que un 40% de las mujeres con bulimia nerviosa tienen el trastorno de la personalidad límite (20%) y el trastorno de la personalidad narcisista (20%). Por lo tanto en la figura podemos observar que las relaciones mas significativas son la relación de la anorexia nerviosa restrictiva con el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo (100%), y la relación entre

la bulimia nerviosa purgativa y el trastorno de la personalidad histriónico (50%). También es importante resaltar que el trastorno de la personalidad evitativo es el único trastorno que se relaciona tanto con la anorexia nerviosa restrictiva (25%) y con la bulimia nerviosa purgativa (30%).

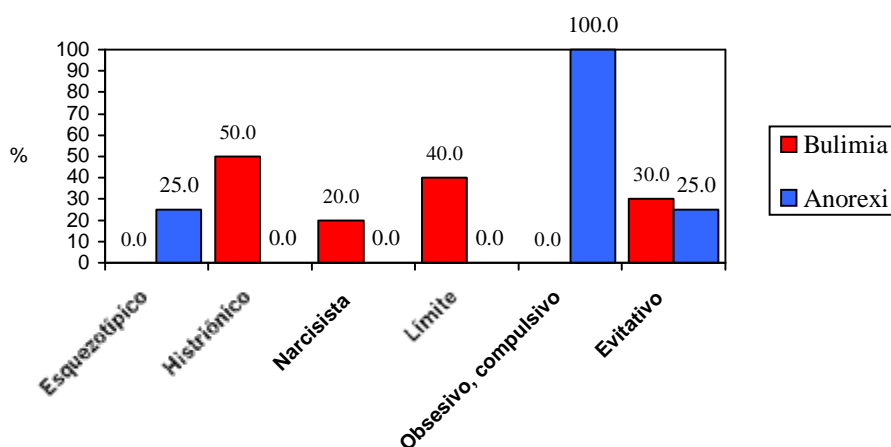


Figura 1. Relación entre TCA y trastornos de la personalidad

## 2. Anorexia nerviosa restrictiva y su sintomatología asociada.

La figura 2 nos muestra los resultados obtenidos en alto, moderado y bajo riesgo en cuanto a la sintomatología asociada a la anorexia nerviosa restrictiva. En esta figura podemos observar que el síntoma asociado mas importante en este trastorno es el perfeccionismo con un 100% de alto riesgo, este dato es altamente significativo ya que se relaciona con el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, y como vimos en la figura.1 las mujeres con AN presentan en un 100% características patológicas de dicho trastorno. Como otros síntomas importantes están la obsesión por la delgadez (50% alto riesgo) y la desconfianza interpersonal (50% alto riesgo). Con un 25% de alto riesgo se encuentra el miedo a la madurez y la inseguridad social.

En la categoría de riesgo moderado el 100% de las mujeres con AN presentan insatisfacción corporal, en un 75% ascetismo e inseguridad social, en un 50% obsesión por la delgadez y en un 25% desconfianza interpersonal, miedo a la



madurez e ineficacia. En bajo riesgo las mujeres con AN presentan impulsividad en un 100%, bulimia, miedo a la madurez e ineficacia en un 50% y desconfianza interpersonal y ascetismo en un 25%.

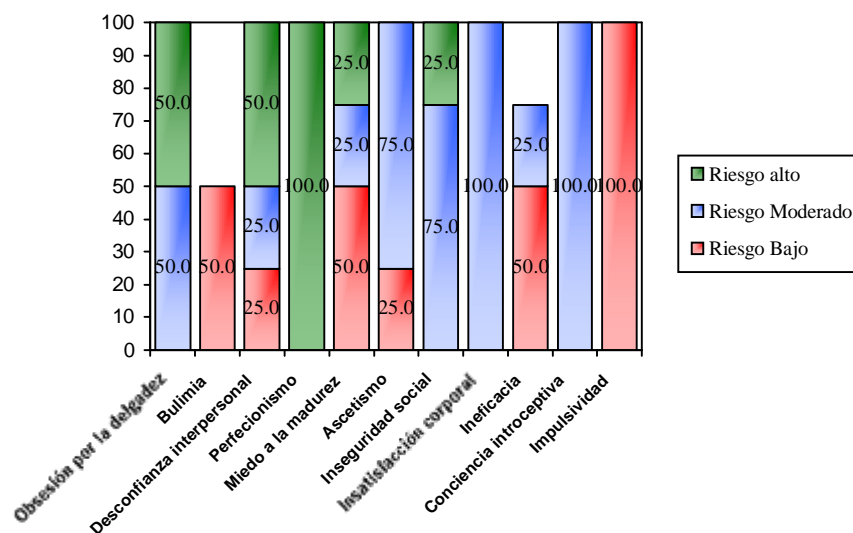


Figura 2 Sintomatología asociada a la Anorexia Nerviosa restrictiva.

### 3. Bulimia nerviosa purgativa y su sintomatología asociada.

La figura 3 nos muestra la sintomatología asociada a la Bulimia Nerviosa purgativa en alto, moderado y bajo riesgo.

Las mujeres con BN presentan un alto riesgo en obsesión por la delgadez con un 70%, bulimia como sintomatología asociada en un 30%, perfeccionismo en un 20%; e inseguridad social, insatisfacción corporal e impulsividad en un 10%. Presentan riesgo moderado en bulimia como sintomatología asociada, miedo a la madurez e insatisfacción corporal con un 50%, impulsividad en un 40%, obsesión por la delgadez, perfeccionismo y conciencia introceptiva con un 30%, en un 20% inseguridad social; y desconfianza interpersonal, ascetismo e ineficacia en un 10%. En bajo riesgo las mujeres con BN presentan ascetismo en un 80%; desconfianza interpersonal, inseguridad social, ineficacia y conciencia introceptiva en un 70%; perfeccionismo, miedo a la madurez e impulsividad en un 50%; insatisfacción corporal en un 40% y bulimia como sintomatología asociada en un 20%.

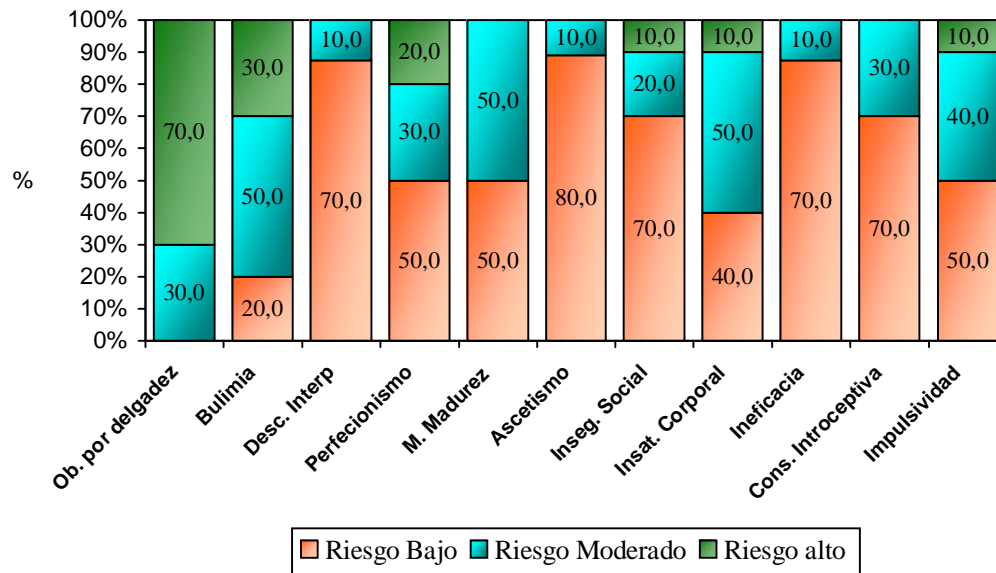


Figura 3. Sintomatología asociada a la Bulimia Nerviosa purgativa.

### Correlaciones

Cuando dos variables correlacionan positivamente, covarían entre sí de manera que las puntuaciones altas en una de las variables se asocian con puntuaciones altas en la otra variable, mientras que las puntuaciones bajas en una variable se asocian con puntuaciones bajas en la otra. Se observa una correlación positiva entre:

- Trastorno de Personalidad Histriónico con Bulimia como sintomatología asociada de los TCA.
- Trastorno de la Personalidad Obsesivo – Compulsivo con Perfeccionismo, Desconfianza Interpersonal, Ascetismo e Inseguridad Social.

Cuando dos o mas variables correlacionan negativamente, covarían entre si de manera que las puntuaciones altas en una de las variables se asocian con puntuaciones bajas en la otra, y viceversa. Se observa una correlación negativa entre:

- Trastorno de la Personalidad Paranoide con Insatisfacción Corporal.
- Trastorno de la Personalidad Histriónico con Perfeccionismo, Desconfianza Interpersonal y Ascetismo.

- Trastorno de la Personalidad Antisocial con Ineficacia.
- Trastorno de la Personalidad Narcisista con Insatisfacción corporal e Ineficacia.
- Trastorno de la Personalidad Límite con Desconfianza Interpersonal.
- Trastorno de la Personalidad Obsesivo – Compulsivo con Bulimia como sintomatología asociada de los TCA.

## **Conclusiones**

La anorexia nerviosa restrictiva y la bulimia nerviosa purgativa presentan manifestaciones comunes y características distintivas, lo que caracteriza a ambos trastornos es su extrema preocupación en torno al peso y la forma corporal, sobre todo su idea sobrevalorada de delgadez. Son trastornos multidimensionales en los que interactúan factores fisiológicos o biológicos, evolutivos, psicológicos y socioculturales, el objetivo general de esta tesis es “Determinar las características patológicas de la personalidad en un grupo de mujeres mayores de 18 años que padecen trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia), en la ciudad de la Paz”. En base a los resultados obtenidos con el cuestionario IPDE, DSM-IV Modificado podemos concluir que todas las pacientes con anorexia nerviosa restrictiva presentaron características patológicas de la personalidad obsesiva-compulsiva, y que la mitad de las mujeres con bulimia nerviosa purgativa presentaron características patológicas del trastorno histriónico de la personalidad, y la otra mitad presentaron características patológicas de la personalidad límite y evitativo. Estos datos son altamente significativos ya que concuerdan con la teoría, y con las investigaciones que se realizaron en otros países, así por ejemplo en el estudio de Jonson y Wonderlich,(1992) en el cual llegaron a la conclusión de que los rasgos de personalidad límite e histriónica parecen tener una mayor prevalencia en pacientes que presentan un cuadro de bulimia. En cambio las pacientes diagnosticadas con anorexia nerviosa restrictiva presentan con mas frecuencia rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva. Según Herzog (1992) las diferencias encontradas entre anorexia y bulimia se centran en la preponderancia de determinados rasgos que caracterizan los trastornos de personalidad patológica. Kennedy, Mc Vey y Katz (1990) hicieron una investigación en 44 mujeres diagnosticadas

con trastornos de la conducta alimentaria y encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Las mujeres diagnosticadas con AN puntuaron alto en los rasgos de personalidad esquizoide, esquizotípica y obsesivo-compulsivo, mientras que las diagnosticadas con BN puntuaron alto en el rasgo de personalidad límite.

Como dice en el DSM-IV, el uso del sistema multiaxial facilita una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales, y del nivel de actividad, que podrían pasar desapercibidos si el objetivo de la evaluación se centrara en el simple problema objeto de la consulta. Un sistema multiaxial proporciona un formato adecuado para organizar y comunicar información clínica, para captar la complejidad de las situaciones clínicas y para describir la heterogeneidad de los individuos que presentan el mismo diagnóstico, por lo tanto si el motivo de consulta es un trastorno de la conducta alimentaria clasificado en el eje I, el individuo debe ser evaluado en los otros ejes, como en este caso que se evaluó el eje II, que son los trastornos de la personalidad, y se debe trabajar tomando en cuenta ambos trastornos.

## 1. Limitaciones

Aunque encontramos que en la ciudad de La Paz en Bolivia la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria es significativa, gracias a la tesis de Daroca, se puede observar que la mayoría de las mujeres con estos trastornos no asisten a profesionales para su recuperación, por lo tanto la muestra no es muy grande, ni puede ser generalizable a toda la ciudad, sin embargo este estudio confirma las teorías de investigaciones mas grandes que se realizaron en otros países y nos puede dar una idea de por donde va la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento.

Aunque encontramos en la revisión de la literatura que la anorexia y la bulimia nerviosas son trastornos antiguos, la investigación sobre estas patologías es relativamente reciente. Esto se ve reflejado en la evolución de los criterios diagnósticos, la falta de consenso para decidir que requisitos son necesarios para diagnosticar el cuadro y el hecho de que en la mayor parte de los casos se solapan los criterios diagnósticos de un trastorno con el otro. Todo ello hace que en muchas ocasiones los profesionales opten por centrarse en las conductas, tanto de patrón de ingesta como en las conductas purgativas y peso del

paciente, dejando en un plano secundario un diagnóstico “claro” tipo DSM-IV (A.P.A., 1993) o CIE-10 (O.M.S., 1992). Como efecto de esta confusión encontramos que un buen número de personas con conductas de alto riesgo quedan sin diagnosticar y lo que es más grave, sin tratar (Shisslak, Crago y Estes,1995).

### **Referencias bibliográficas**

ACACIA, (2000). Centro Integral de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, La Paz – Bolivia.

Abraham S. F. (1982). “Desordenes alimentarios”, New York-Estados Unidos.

American psychatric association (1991) “Manual de estilo de publicaciones de la american psychological Association, adaptado al español por El Manual Moderno, México,D.F.

Daroca C (2003) “Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Bolivia (La Paz, Santa Cruz y Tarija)” Tesis de grado, Universidad Católica Boliviana, Departamento de Psicología. La Paz-Bolivia.

Donoso C., (1998). “Modelo cognitivo-comportamental de evaluación e intervención terapéutica aplicado a los trastornos de la ingesta de comida.” Tesis de grado, Universidad Católica Boliviana, Departamento de Psicología. La Paz-Bolivia.

Dorch F. (1981). Diccionario de Psicología. España, Barcelona. Ed : Herder.

Dowson Jh. (1992). “Asociación en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y desordenes de personalidad”. Acta Psychiatric Scan.

Feinstein, Sh. y Sorosky, A. (1988). Trastornos en la alimentación. Buenos Aires: Nueva Visión.

Fernandez F., Turon V. (1998). “Trastornos de la alimentación”. España, Barcelona. Masson, S.A.

Freudenthal E. (2000) “Prevalencia de síntomas asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes escolarizadas de 16 a 18 años, en la zona Sur de La Paz”, Tesis de grado. La Paz - Bolivia.

- Garfinkel, P.(1982),” Anorexia nervosa” .Nueva York: Bruner-Mazel.
- Garner D. M. (1998) EDI 2 “Inventario de trastornos de la conducta alimentaria”, manual. España, Madrid. TEA Ediciones, S.A.
- Irazoque E (2002) “Violencia conyugal”. Universidad Católica Boliviana, Departamento de psicología. La Paz-Bolivia.
- Johnson C, Wonderlich S. (1992) “Características de la personalidad en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria”. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Kleifield EI, (1994). “Estudio de la personalidad en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria”. J Psiquiatric.
- Losantos M (2003) “Autoeficiencia en el comportamiento interpersonal de mujeres adolescentes con indicadores de trastornos alimentarios” Tesis de grado, Universidad Católica Boliviana, Departamento de Psicología. La Paz-Bolivia.
- Montaño C., (2003) “Prevención de Anorexia y Bulimia en preadolescentes de sexo femenino”. Universidad Católica Boliviana, Departamento de psicología. La Paz-Bolivia.
- Perpiña C. (1997) “Trastornos alimentarios”, Barcelona, España. Masson, S.A.
- Pichot P. (1996) DSM IV “Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”. España, Barcelona. Masson, S.A.
- Sampieri R., Fernandez C., Baptista P. (1991) “Metodología de la Investigación”. Colombia: McgrawHill.
- Tannentaus N. (1992) “Anorexia y bulimia”. Ed. Plaza & Janés,Barcelona .
- Tapia D., (2002) “Estructura familiar de hijas anoréxicas”. Universidad Católica Boliviana, Departamento de psicología. La Paz-Bolivia.
- Toro J. (1996) “El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad”. Ed. Ariel, Barcelona .
- Toro J., Villardel E. (1987) " Anorexia nerviosa". Ed. Martínez Roca, Barcelona.

Wilson A (2000) “Cómo superar la adicción a las dependencias afectivas” España, Madrid, graficas COFAS.S.A.

### **Fuentes electrónicas**

Andersen, A. E., Morse, C., & Santmyer, K. (1985). Inpatient treatment for anorexia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia, New York: Guilford Press. (en red). disponible en: <http://www.tpronline.org/read.cfm?ID=52>

Díaz J (1997) “Rasgos multifactoriales de personalidad” . (en red) . disponible en : [www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)

Fundación CADAB (Centro de Ayuda De Anorexia, Bulimia, Obesidad y Patologías Asociadas) (1999). (en red). Disponible en <http://members.tripod.com/funcadab/>.

Gull W., (1873). “La bulimie historique”. (en red). Disponible en : [http://www.boulimie.com/fr/dossier\\_historique.htm](http://www.boulimie.com/fr/dossier_historique.htm)

Jones, D. J, Fox, M. M., Babigian, H. M., & Hutton, H. E. (1980). Epidemiology of anorexia nervosa in Monroe County, New York: 1960-1976. Psychosomatic Medicine. (en red). disponible en: <http://www.tpronline.org/read.cfm?ID=52>.

Lasègue. (1873). “Disturbi del comportamento alimentare”. (en red). disponible en: <http://www.studiopsicoterapia.it/dalimentari.asp>.

Morton, R. (1689). Phthisiologica: Or, a treatise of consumptions, London: Smith & Walford, 4-10. Muuss, R.E. (1986). Adolescence eating disorder: Bulimia. Adolescence. (en red). disponible en: <http://www.tpronline.org/read.cfm?ID=52>.

Rosen y Leitenberg, (1984)., “Trastornos de la alimentación”. Psicología online (en red). disponible en: <http://www.psicologiaonline.com/formacion/online/clinica/talimentacion/talimentacion.htm>