

Bulimia nerviosa, depresión, auto-estima, actitudes disfuncionales y perfeccionismo en adolescentes puertorriqueños/as

María Philippi, Ph. D. y Vanessa Lora, B.A.
Universidad de Puerto Rico
Recinto de Río Piedras San Juan, Puerto Rico

Abstract

As it has been documented in the literature, Bulimia Nervosa (BN) has serious physical and psychological consequences. In Puerto Rico, very few studies have focused on this disorder. The present study was designed with the objective of learning more about BN and associated psychological characteristics. The study aimed to evidence the presence of bulimic behavior and its relationship to depression, self-esteem, perfectionism and cognitive distortions. One hundred and forty two adolescents from the San Juan metropolitan area participated in this study. They completed the following instruments: Bulit-R, Children's Depression Inventory, Piers-Harris Children's Self-Concept Scale, Frost Multidimensional Perfectionism Scale, and the Dysfunctional Attitude Scale. The presence of bulimic behavior was evidence at 22% when the 85 cut-off point was used and at 7% when the stricter cut-off point of 104 was used. A positive and significant relationship was found between BN and the following variables: depression, perfectionism and dysfunctional attitudes. A negative significant relationship was revealed between BN and self-esteem. The implications of these findings are discussed.

La bulimia nerviosa (BN) es un trastorno alimentario que ha ido en dramático aumento durante los últimos años (Willcox & Sattler, 1996, Mizes, 1994). La palabra bulimia contiene la unión de dos raíces griegas: *bus* significa buey y *limos* significa hambre. Esto implica la presencia de un hambre desmesurada (Perpiña, 1995). La definición de este trastorno incluye los siguientes síntomas: episodios recurrentes de ingesta voraz caracterizados por comer en exceso en un período discreto o la pérdida de control sobre la ingesta; conducta compensatoria inapropiada para prevenir el aumento de peso (uso de vómitos, diuréticos, enemas, ayunos o ejercicio excesivo); y auto-evaluación que depende en la forma y peso del cuerpo (American Psychiatric Association, 1994). Se indica que los primeros dos síntomas deben ocurrir un promedio de por lo menos dos veces a la semana por los últimos 3 meses.

La prevalencia de la BN en los Estados Unidos se ha estimado entre el 1 y 18% (Mizes, 1994). Cuando se utilizan criterios estrictos para definir la BN, la prevalencia baja a 1% (Fairburn, Phil & Beglin, 1990) o a 2.8% (Kendler, McLean, Neale, Kessler, Heath & Eaves, 1991). En Europa se ha calculado la prevalencia entre el 1 al 3% (Cervera, 1996). Se piensa que la prevalencia real puede ser mayor pues los síntomas de la BN son más difíciles de reconocer en comparación a los de la anorexia nerviosa. También las personas con BN sienten vergüenza y culpabilidad por la condición viviéndola mayormente en secreto (Cervera, 1996).

La relación por género en la BN se reporta como de un varón por cada 9 o 10 mujeres (Cervera, 1996). Se ha dicho que la BN es un trastorno de mujeres pues solamente de 10 a 13% del total de personas con BN son varones (Mizes, 1994). Esta proporción ha sido cuestionada. En primer lugar, es más aceptable que los varones ingieran grandes cantidades de comida. En segundo lugar, los varones que están preocupados

por su apariencia física lo expresan menos que las mujeres (Cervera, 1996); y tercero, los varones tienden a utilizar exceso de ejercicio como método purgativo, lo cual no se registra tan fácilmente como patológico.

En Puerto Rico son pocos los estudios sobre BN. Lebrón y Reyes (1993) realizaron una investigación donde evaluaron 156 estudiantes universitarias. Utilizando el Bulit-R, encontraron una prevalencia de 3.8%. Luego, Santos (1996) estudió la BN en 1,972 mujeres residentes en áreas pobres de Puerto Rico y reportó una prevalencia de 1.5%. Reyes (1997) evaluó 135 adolescentes féminas y 74 varones de escuelas superiores del área metropolitana en San Juan. Esta vez obtuvo una prevalencia de 8.61% para el grupo total, 3.35% para los adolescentes y 5.26% para las adolescentes. Los resultados de estos estudios tienden a reflejar lo mismo que otros estudios con poblaciones similares a excepción de que en Puerto Rico los varones muestran una prevalencia mayor a lo presentado en la literatura.

La BN está asociada a problemas serios de salud física entre los cuales se encuentran: problemas cardíacos, irregularidad menstrual, fatiga/cansancio y daño al sistema digestivo (Woodside, 1995; Mitchel, 1986). El problema más serio es una baja en potasio que puede resultar en hipokalemia con síntomas de debilidad muscular y fatiga crónica. Esto puede causar también irregularidades en los latidos del corazón y hasta puede paralizarlo (Mizes, 1994). En los casos más severos puede ocurrir la muerte (Mizes, 1994). Aunque pueden existir complicaciones de salud severas, por lo general éstas no son comunes. Los problemas más sobresalientes son dolor de garganta, cachetes hinchados a nivel de la quijada, caries, erosión del esmalte dental, reflujo gastrointestinal, frío en las extremidades, piel reseca, úlceras en la boca, pérdida de pelo y estreñimiento (Mizes 1994; Cervera, 1996). La

deshidratación puede ocurrir con síntomas de mareos, debilidad y retención de líquidos al comer. Sin embargo, la mayoría de las personas con BN tienen un peso promedio y una salud adecuada (Bennet, Williamson, & Powers, 1989).

En cuanto a consecuencias psicológicas, la BN se caracteriza por angustias (Cervera, 1996), depresión (Santos, 1996), ansiedad (Reyes, 1997), baja auto-estima, pobre imagen corporal (Rivera & Rosselló, 1998; Cervera, 1996) y perfeccionismo (Katzman & Wolchik, 1984). Cervera (1996) elabora las características psicológicas. Indica que las personas con BN se odian y no aceptan su apariencia física. Esto les causa ansiedad y un gran empeño por cambiar. Al ingerir vorazmente los alimentos, sienten culpabilidad y vergüenza. Por esta razón, es usual que los atracones sean actividades solitarias y que se mantengan en secreto. Se sienten mal "por los atracones, por los vómitos, por tener unas conductas tan extrañas, por los problemas que causan a los demás (p. 35)." Al verse sin control, sufre su auto-imagen y confianza propia. Tienden a admirar a los anoréxicos porque erróneamente piensan que poseen una gran fuerza de voluntad y control propio. También son inestables emocionalmente pasando de un estado de ánimo alegre al desánimo o a la tristeza. Luego de incidentes de vómitos experimentan cansancio físico, apatía general y desinterés. Experimentan ideas obsesivas relacionadas a la comida. También distorsionan su imagen corporal viéndose y sintiéndose más gruesos/as de lo que son. Se enfocan en la imagen corporal como único aspecto de auto-valoración e ignoran otros aspectos de su persona. Otra de las características es que pierden la sensación del hambre y la saciedad.

En Puerto Rico, profesionales han observado el aumento de la BN en sus pacientes (Fajardo, 1997). Los tres estudios realizados en Puerto Rico evidencian porcentajes

significativos de BN entre los/as adolescentes y las estudiantes universitarias de esta población. Las consecuencias físicas y psicológicas asociadas a la BN son serias. La literatura revisada establece que en el ámbito psicológico se encuentran la depresión, auto-estima negativa, perfeccionismo y distorsiones cognitivas. Con el propósito de explorar estas variables psicológicas en la BN se diseñó la presente investigación. Se espera poder evidenciar la presencia de conductas bulímicas en un grupo de adolescentes puertorriqueños/as. Se plantean las siguientes hipótesis:

1. Habrá una relación significativa y positiva entre conductas bulímicas y las siguientes variables: depresión, perfeccionismo y distorsiones cognitivas.
2. Habrá una relación significativa y negativa entre conductas bulímicas y auto-estima.
3. Se observarán diferencias significativas entre el grupo de alta conducta bulímica y el grupo de ausencia de conducta bulímica en las variables de depresión, auto-estima, perfeccionismo y distorsiones cognitivas. Se espera que los/as jóvenes con conductas bulímicas puntúen mas alto en depresión, perfeccionismo y distorsiones cognitivas; y más bajo en auto-estima.

Método

Participantes

Los/as participantes fueron 142 adolescentes de escuelas públicas (n=54, 38%) y privadas (n=88, 62%) del área metropolitana. Los/as adolescentes se encontraban entre las edades de 12 a 18, siendo 88 (62%) féminas y 54 (38%) varones.

Tabla 1**Características Demográficas de la Muestra**

Género	n	Por ciento
Femenino	88	62.0
Masculino	54	38.0
Edad		
12	7	4.9
13	48	33.8
14	20	14.1
15	10	7.0
16	17	12.0
17	28	19.7
18	12	8.5
Grado		
7	20	14.1
8	45	37.7
9	13	9.2
10	9	6.3
11	14	9.9
12	41	28.9
Escuelas		
Privada	88	62.0
Pública	54	38.0

Instrumentos

Para esta investigación se utilizaron 5 instrumentos de auto-informe, que fueron administrados en grupos. A continuación se describen las pruebas utilizadas.

Prueba de Bulimia Revisada (Bulit-R)

Esta prueba fue creada inicialmente por Smith y Thelen (1984) para identificar los síntomas de bulimia según esta-

blecidos por el DSM III. Fue revisado por Thelen y colaboradores (1991) para adecuarlo al DSM-III-R. La versión revisada consiste de 28 reactivos a contestarse en escala tipo Likert del 1 al 5. A mayor puntuación, mayor conducta bulímica. Las posibles puntuaciones fluctúan entre 28 y 140. Para estudios epidemiológicos sugieren los autores usar un punto de corte de 85. Establecen un punto de corte más estricto, 104, para estudios clínicos. El Bult-R sirve para establecer un diagnóstico preliminar. Los autores informaron un índice de confiabilidad de 0.95 y mostraron validez concurrente al correlacionar el Bult-R a otros instrumentos que miden bulimia (Williamson, Anderson, Jackman & Jackson, 1995; Williamson, Anderson & Gleaves, 1996).

La adaptación y traducción al español fue realizada por Acevedo-Cruz, Lebrón-Hernández y Reyes-Rodríguez quienes obtuvieron un índice de confiabilidad interna de 0.93 (Lebrón & Reyes, 1993). Utilizando este instrumento, otro investigador posteriormente informó un índice de confiabilidad de 0.88 (Santos, 1996). Más tarde, Reyes (1997) reportó un índice de 0.91 para una población de adolescentes puertorriqueños/as. La confiabilidad de Bult-R para el presente estudio fue 0.84 revelando una consistencia interna adecuada.

Inventario de Depresión para Niños/as (Children's Depression Inventory, CDI)

El CDI es una escala de 27 reactivos desarrollada por Kovacs (1985) para evaluar síntomas depresivos incluyendo disturbios en el estado de ánimo, capacidad para disfrutar actividades, funciones vegetativas, auto-evaluaciones y conducta interpersonal. Existe la posibilidad de obtener puntuaciones entre 0 y 54 de forma que a mayor puntuación más severa es la depresión. Kovacs (1985) estableció 12 como el punto de corte para una depresión entre leve y moderada y 19 para una depresión severa. Kovacs (1985) informó una confiabilidad 0.86 para el CDI.

En Puerto Rico, el CDI fue traducido y adaptado para niños/as y adolescentes puertorriqueños/as (Rosselló, Guisasola, Ralat, Martínez y Nieves, 1996). La consistencia interna se estableció en 0.83. La consistencia prueba-reprueba en un intervalo de 4 meses resultó en una de 0.63, demostrando estabilidad temporal aceptable. Para el presente estudio se obtuvo una confiabilidad para el CDI de 0.90, siendo esto consistente con otros estudios sobre esta prueba con adolescentes puertorriqueños/as (Bernal, Rosselló & Martínez, 1997). Rivera, Rosselló y Bernal (1998) establecieron el 20 como punto de corte que mayor especificidad y sensibilidad mostraba con el diagnóstico de depresión mayor en adolescentes puertorriqueños/as.

Escala de Auto-concepto Piers Harris para Niños/as (Piers Harris Children's Self-Concept Scale, PHCSCS)

Esta es una escala de 79 reactivos a contestarse con sí o no, desarrollada para medir auto-estima, conducta, facultades intelectuales y escolares, apariencia física, ansiedad, popularidad y satisfacción (Piers, 1972; Piers & Harris, 1984). Los autores reportaron un coeficiente de confiabilidad de 0.94.

El instrumento fue traducido y adaptado por Ramos (1984) quien obtuvo un índice de confiabilidad de 0.94. Se ha utilizado esta versión en otras investigaciones donde se han mostrado índices similares de confiabilidad (Rosselló & Bernal, 1999). Para la presente investigación el PHCSCS mostró una consistencia interna de 0.91.

Escala de Actitudes Disfuncionales (Dysfunctional Attitude Scale, DAS)

Esta escala creada por Weissman y Beck (Weissman, 1980) consiste de 40 reactivos para medir actitudes y pensamientos irracionales que subyacen condiciones como la depre-

sión. La escala se contesta de acuerdo a un formato Likert entre 1 y 7, siendo el número mayor indicativo de disfuncionalidad en pensamientos. Las puntuaciones finales fluctúan entre un mínimo de 40 hasta un máximo de 280. Para la versión original se reportó un índice de confiabilidad de 0.70.

Sanz y Vázquez (1993) realizaron la adaptación y traducción al español. Estos autores encontraron que el DAS puede distinguir entre no pacientes (quienes tienden a puntuar 80 y 120) y pacientes (quienes puntúan entre 120 y 200).

En Puerto Rico, se realizó otra traducción y adaptación (Bonilla, Bernal, Portell, Arce y Santos, 1995). Obtuvieron una confiabilidad interna de 0.85. Esta escala contiene las siguientes sub-escalas: logro, dependencia-necesidad de aprobación, y actitud autónoma. En el presente estudio se obtuvo una consistencia interna alta de 0.89.

Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost (Frost Multidimensional Perfectionism Scale, FMPS)

Esta escala fue diseñada por Frost, Martin, Lahart y Rosenblatt (1990) para proveer varias medidas de perfeccionismo y constructos relacionados. Consiste de 35 reactivos que proveen una puntuación total de perfeccionismo. Se dividen en 6 sub-escalas: preocupación por errores, estándares personales, expectativas de los padres, crítica de los padres, dudas sobre sus acciones y organización. Este instrumento se ha considerado útil en investigaciones mostrando una confiabilidad de 0.90 para la escala total y de 0.77 a 0.93 para las sub-escalas. Ha demostrado buena validez concurrente al correlacionar significativamente con otros instrumentos.

En Puerto Rico, se realizó una adaptación y traducción del instrumento (De Jesús & Rosselló, 1998). Para ésta se obtuvo una confiabilidad aceptable. En el presente estudio, el instrumento reveló una confiabilidad adecuada de 0.88.

Procedimiento

Se obtuvieron los permisos de las escuelas privadas y del Departamento de Educación para poder realizar la presente investigación. Las escuelas utilizadas, tanto públicas como privadas, se eligieron por disponibilidad del área metropolitana de San Juan y Bayamón. Una vez seleccionadas las escuelas, se acudió a las mismas para orientar a los/as directores/as, trabajadores/as sociales u orientadores sobre el propósito del estudio y la selección de los/as participantes. Luego se obtuvo el consentimiento informado de los/as estudiantes y sus padres. Se acordó día y hora para la administración de las pruebas. Esta se realizó grupalmente con los/as estudiantes que habían entregado las hojas de consentimiento firmada por sus padres.

Diseño y análisis

El diseño utilizado fue uno descriptivo y correlacional no experimental. Se utilizaron análisis de frecuencias, correlaciones (Pearson) y comparaciones por grupos (pruebas t).

Resultados

Frecuencias de Conductas Bulímicas

Para los 142 participantes de este estudio se encontró que el 22% ($n=31$) puntuaron sobre el punto de corte de 85 (Thelen et al., 1991). Esto quiere decir que estos/as jóvenes identificaron tener conductas bulímicas. De éstos, 20 eran féminas (14%) y 11 eran varones (7.75%), estableciendo una relación de 2:1. Si se utiliza el punto de corte de 104 (Thelen et al., 1991), 10 (7%) adolescentes, incluyendo ambos sexos, tendrían probablemente bulimia nerviosa clínica.

Diferencias por Género

Se realizaron pruebas t para auscultar si existían diferencias significativas por género en sintomatología de bulimia

nerviosa, depresión, auto-estima, actitudes disfuncionales y perfeccionismo. No se evidenciaron diferencias significativas por género para estas variables. Relación entre Bulimia, Depresión, Auto-estima, Actitudes Disfuncionales y Perfeccionismo

Se computaron correlaciones Pearson entre las variables evaluadas (véase Tabla 2). La bulimia nerviosa correlacionó positiva y significativamente ($p < .001$) con depresión, actitudes disfuncionales y perfeccionismo. Esto significa que a mayor sintomatología de bulimia nerviosa mayores síntomas de depresión, actitudes disfuncionales y perfeccionismo. La bulimia nerviosa correlacionó negativamente ($p < .001$) con auto-estima. Por lo tanto, se evidenció que a mayor sintomatología de bulimia nerviosa, mas baja la auto-estima.

Tabla 2

Coeficientes de Correlación Pearson entre Bulimia Nerviosa, Depresión, Auto-estima, Actitudes Disfuncionales y Perfeccionismo

Escala	Bulimia (Bulit-R)	Depresión (CDI)	Auto-estima Disfunc. (PHCSCS)	Actitudes (DAS)
Depresión (CDI)	.616*			
Auto-estima (PHCSCS)	-.583*	-.818*		
Actitudes Disfuncionales (DAS)	.528*	.674*	-.616*	
Perfeccionismo (EMPS)	.359*	.318*	-.348*	.361*

* $p < .001$

Comparaciones entre Participantes sin y con Sintomatología de Bulimia Nerviosa

Se realizaron pruebas t para comparar el grupo de participantes sin y con sintomatología de bulimia nerviosa (véase Tabla 3). Los análisis arrojan diferencias significativas ($p < .001$) en depresión, actitudes disfuncionales y perfeccionismo donde los/as participantes con sintomatología de bulimia nerviosa puntuaron más alto. Para auto-estima los/as participantes con síntomas de bulimia nerviosa puntuaron significativamente ($p < .001$) más bajo.

Tabla 3

Promedio, Desviaciones Típicas y Valores de t de los/as Participantes sin y con Sintomatología Bulímica para las Variables de Sintomatología Depresiva, Auto-estima, Actitudes Disfuncionales y Perfeccionismo

Variable	Participantes	x	DT	t
Depresión (CDI)	sin sintomatología de bulimia nerviosa	9.49	4.99	6.76*
	con sintomatología bulimia nerviosa	20.71	8.70	
Auto-estima (PHCSCS)	sin sintomatología de bulimia nerviosa	64.68	7.38	-7.10*
	con sintomatología de bulimia nerviosa	48.27	11.66	
Actitudes Disfuncionales (DAS)	sin sintomatología de bulimia	111.03	22.23	5.15*
	con sintomatología de bulimia nerviosa	143.4	31.64	
Perfeccionismo (MPS)	sin sintomatología de bulimia nerviosa	21.70	3.62	4.14*
	con sintomatología de bulimia nerviosa	25.58	4.04	

* $p < .001$

Discusión

Los resultados de esta investigación evidencian la presencia de conductas bulímicas entre un 10% a un 30% en un grupo de 142 adolescentes puertorriqueños/as. Estos porcentajes son relativamente altos, lo cual confirma las especulaciones de profesionales puertorriqueños y los resultados de investigaciones previas (Reyes, 1997). En comparación con otros estudios, esta prevalencia tiende a ser alta. La literatura norteamericana e internacional señala que para adolescentes, la prevalencia para las féminas es de 4.8 a 9.6% y para los varones de 1.2%, estableciendo la BN como un trastorno femenino. En este estudio no se encontraron diferencias significativas por género. Los resultados de este estudio confirman los obtenidos por Reyes (1997) con adolescentes puertorriqueños/as donde tampoco surgieron diferencias significativas aunque si una prevalencia un poco mayor para las féminas (5.26% vs. 3.35%) al igual que en el presente estudio (14% vs 7.75%).

Estos resultados justifican el que se le preste mayor atención tanto a féminas como a varones adolescentes en cuanto a la aparición sintomatología de BN. Aunque no hay datos para Puerto Rico, en Estados Unidos se ha establecido que los médicos no detectan los trastornos alimentarios en 50% de los pacientes que los tienen (De Angelis, 1992). Es importante que los/as médicos generalistas y pediatras se familiaricen con los síntomas y dinámicas asociadas a la BN.

Las influencias sociales de ideales corporales y la difusión de éstos en los medios de comunicación deben revisarse. A niveles sociales y preventivos deben ofrecerse campañas de educación pública en: (1) conductas alimentarias saludables; (2) aceptación de la diversidad de pesos y constituciones corporales; (3) el análisis crítico de los anuncios para perder peso, especialmente aquellos destinados para niños/as; (4) la

que sus padres son sumamente críticos de ellos/as. También demostraron gran necesidad de logro, aceptación y aprobación. Los esfuerzos preventivos y psicoterapéuticos deben dirigirse a la comprensión de estas ideas como unas irrealistas y disfuncionales. Es importante enfocar estos esfuerzos en el desarrollo del potencial de estos/as adolescentes. La multiplicidad de tipos corporales debe ser comprendida y aceptada, de este modo se combaten los prejuicios por peso corporal. También se debe hacer énfasis en el valor de la salud y la personalidad a diferencia de los atributos físicos. El fortalecimiento de valores espirituales versus los consumeristas debe ser considerado. En el caso de las féminas, quienes han aumentado su nivel educativo y laboral incluyendo el político, deben reconocer que los trastornos de ingesta disminuyen su productividad y capacidad de razonamiento.

Se espera que el presente estudio contribuya a entender mejor la BN en la juventud puertorriqueña, que se fomenten otras investigaciones relacionadas y se comiencen programas preventivos y terapéuticos para esta población. Una juventud psicológicamente saludable es una de las metas de la psicología clínica actual.

Nota de las Autoras

Marta Philippi, Vanessa Lora, Centro Universitario de Servicios y Estudios Psicológicos, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, Puerto Rico.

Deseamos agradecer a Carmen Rivera su ayuda en los análisis estadísticos.

Referencias

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual-IV*. Washington: Autor.

Bennett, S.M., Williamson, D.A. & Powers, S. K. (1989). Bulimia nerviosa and resting metabolic rate. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 417-424.

Bernal, G., Rosselló, J., & Martínez, A. (1997). El Inventario de Depresión para Niños/as: propiedades psicométricas en dos muestras puertorriqueñas. *Revista de Psicología Contemporánea*, 4, 12-23.

Bonilla, J., Bernal, G., Portell, Y., Arce, V. & Santos, A. (1995). *La evaluación de procesos cognoscitivos asociados a la depresión. La Escala de Actitudes Disfuncionales*. Ponencia presentada ante el XXV Congreso Interamericano de Psicología, San Juan, Puerto Rico, 9-14 de julio.

Cervera, M. (1996). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Barcelona: Martínez Roca.

De Angelis, T. (1992). APA co-sponsors briefing on anorexia. *APA Monitor*; 49, 51.

De Jesús, J. & Rosselló, J. (1998, noviembre). *Depresión, perfeccionismo y pensamientos disfuncionales en adolescentes puertorriqueños/as*. Ponencia presentada en la Cuadragésima Quinta Convención de la Asociación de Psicólogos de Puerto Rico, Hotel Ponce Hilton, Ponce, Puerto Rico.

Fairburn, C.G., Phil, M. & Beglin, S.J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 403-419.

Fajardo, R. (1997, diciembre) Eating ills have women literally dying to be thin. *The San Juan Star*; 4-5.

Frost, R.O., Martin, P., Lahart, C., & Rosenblatt, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.

Katzman, M.A. & Wolchik, S.A. (1984). Bulimia and binge eating in college women: A comparison of personality and behavioral characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 423-428.

Kendler, K.S., Mac Lean, C., Neale, M., Kessler, R., Heath, A., & Eaves, L. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1627-1637.

Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory, *Psychopharmacology Bulletin*, 21 (4), 995-998.

Lebrón, D.A. & Reyes, M. (1993). *Estudio sobre conductas bulímicas en mujeres estudiantes de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras*. Tesis de maestría sin publicar, Universidad de Puerto Rico, Río Piedras.

Mitchel, J.E. (1986). Bulimia: Medical and physiological aspects (pp. 379-388). En K.D. Brownell & J.P. Foreyt (Eds.), *Handbook of eating disorders* (pp.379-388). New York: Basic Books.

Mizes, J.S. (1994). Eating disorders (pp. 253-270). En V.B. Van Hasselt & M. Hersen, *Advanced abnormal psychology*. New York: Plenum Press.

Perpiña, C. (1995). Trastornos alimentarios (pp. 531-557). En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos, *Manual de psicopatología*. Madrid: Mc Graw Hill.

Piers, E.V. (1972). Prediction of children's self-concept. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, 428-433.

Piers, E.V., & Harris, D.B.(1984). *The Piers-Harris Children's Self-Concept Scale*. Los Angeles: Western Psychological Services.

Reyes, M. (1997). *Bulimia Nerviosa y depresión en estudiantes de escuela superior: una perspectiva cognoscitiva*. Disertación doctoral sin publicar, Universidad de Puerto Rico, Río Piedras.

Rivera, C., Rosselló, J. & Bernal, G.(1998). *CDI and Beck Inventories: Their validity as screening measures for major depression in a sample of Puerto Rican adolescents*. Conference presented at the 106th Annual Convention of the American Psychological Association, San Francisco.

Rivera, G., & Rosselló, J. (1998, noviembre). *La relación entre depresión, bulimia e imagen corporal*. Ponencia presentada en la Cuadragésima Quinta Convención de la Asociación de Psicólogos de Puerto Rico, Hotel Ponce Hilton, Ponce, Puerto Rico.

Rosselló, J., & Bernal, G. (1999). Treatment of depression in Puerto Rican adolescents: The efficacy of Cognitive-behavioral and interpersonal treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67,734-745.

Rosselló, J., Guisasola, E., Ralat, S., Martínez, S., & Nieves, A. (1996). La evaluación de la depresión en un grupo de jóvenes puertorriqueños. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 8, 155-167.

Santos, D. (1996). *Prevalencia de bulimia nerviosa en una muestra probabilística de mujeres que residen en áreas pobres en Puerto Rico*. Disertación doctoral sin publicar, Universidad de Puerto Rico, Rio Piedras.

Sanz, J., & Vázquez, C. (1993). Adaptación española de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS): Propiedades psicométricas y clínicas. *Análisis y Modificación de Conductas*, 19,(67), 709-749.

Smith, M.C. & Thelen, M. H. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(15), 863-872.

Thelen, M. H., Farmer, J., Wonderlich, S. & Smith, M.C. (1991). A revision of the bulimia test: The Bulit-R. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3,(1), 119-124.

Weissman, A.N. (1980). *Assesing depressogenic attitudes: A validation study*. Ponencia presentada en la Convención Anual de la Eastern Psychological Association, Hartford, Connecticut.

Willcox, M. & Sattler, D.N.(1996). The relationship between eating disorders and depression. *The Journal of Social Psychology*, 136, 269-271.

Williamson, D.A., Anderson, D.A., & Gleaves, D. H. (1996). Anorexia nervosa and bulimia nervosa: Structured interview methodologies and psychological assessment. En J.K. Thompson (Ed.), *Body image, eating disorders and obesity* (pp. 205-224). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Williamson, D.A., Anderson, D.A., Jackman, L.P., & Jackson, S.R. (1995). Assessment of eating disordered thoughts, feelings and behaviors. En D.B. Allison (Ed.), *Methods for the assessment of eating behaviors and weight related problems* (pp. 347-386). Newbury Park, CA: Sage.