

Validez interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorders Inventory en mujeres mexicanas

Eduardo García-García, MC,⁽¹⁾ Verónica Vázquez-Velázquez, Lic en Psic,⁽¹⁾
Juan Carlos López-Alvarenga, M en C,⁽¹⁾ Denise Arcila-Martínez, Lic en Psic.⁽¹⁾

García-García E, Vázquez-Velázquez V, López-Alvarenga JC, Arcila-Martínez D. Validez interna y utilidad diagnóstica del *Eating Disorder Inventory*, en mujeres mexicanas. *Salud Publica Mex* 2003;45:206-210.

El texto completo en inglés de este artículo está disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

García-García E, Vázquez-Velázquez V, López-Alvarenga JC, Arcila-Martínez D. Internal validity and diagnostic utility of the *Eating Disorder Inventory*, in Mexican women. *Salud Publica Mex* 2003;45:206-210.

The English version of this paper is available at: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Resumen

Objetivo. Determinar la utilidad diagnóstica y la validez interna del *Eating Disorder Inventory* (EDI-2) en mujeres mexicanas. **Material y métodos.** De octubre de 2000 a enero de 2001 se invitó a participar a todas las mujeres que a juicio de los psiquiatras de la consulta de anorexia del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, de la Ciudad de México, padecían *anorexia nervosa* o bulimia, sin otra patología psiquiátrica. Es un estudio observacional, comparativo, transversal y prolectivo de dos grupos de mujeres: pacientes de la Clínica de Anorexia del Instituto y de una escuela de la Ciudad de México. Se realizó una entrevista clínica estructurada como estándar de oro (SCID/Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) y la aplicación del *Eating Disorder Inventory*. El análisis estadístico incluyó *t* de Student para muestras independientes, coeficiente *alpha* de Cronbach, sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo. **Resultados.** No hubo diferencias significativas en peso, talla e índice de masa corporal entre los grupos. La edad de las mujeres sin trastorno alimentario fue menor (16.7 ± 2.8 vs. 19.9 ± 4.3 , $p=0.004$). La calificación total del *Eating Disorder Inventory* fue claramente diferente (53.8 ± 32.4 mujeres sin trastorno alimentario vs. 146.3 ± 45.6 pacientes, $p<0.001$). Para todas las subescalas los coeficientes *alpha* de Cronbach fueron superiores a 0.85. Para la calificación total se sugiere un punto de corte sensible de 80 [sensibilidad 90.9 (IC 95% 69.4-98.4, especificidad 80 (IC 95% 58.7-92.4)], y uno es-

Abstract

Objective. To assess the diagnostic utility and internal validity of the *Eating Disorder Inventory* (EDI-2) in Mexican women. **Material and Methods.** An observational, cross-sectional study was conducted between October 2000 and January 2001. The sample population consisted of two groups of women: patients diagnosed with *anorexia nervosa* or bulimia, but no other psychiatric pathology, seen by psychiatrists at the Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (National Institute of Medical Sciences and Nutrition Salvador Zubirán), and a randomly selected sample of women from a school in Mexico City. A structured interview was conducted using SCID/DSM-IV as the gold standard. Finally the EDI-2 was administered. Statistical analysis was performed using Student's *t* test for independent samples, Cronbach's alpha test, and calculation of sensitivity, specificity, and positive and negative predictive values. **Results.** No significant differences were found for weight, height, and body mass index. Women with no eating disorders were younger than those with eating disorders (16.7 ± 2.8 vs. 19.9 ± 4.3 , $p=0.004$). The EDI-2 total score was clearly different between the groups (53.8 ± 32.4 vs. 146.3 ± 45.6 respectively, $p<0.001$). All Cronbach's alpha coefficients for all subscales were over 0.85. For the total score, a sensitive cutoff point of 80 (sensitivity 90.9, 95% confidence interval [CI] 69.4 to 98.4; specificity 80, 95%CI 58.7 to 92.4) and a specific cutoff point of 105 (sensitivity 81.8, 95%CI 59 to 94; specificity 89.3, 95%CI 70.6 to 97.2)

(1) Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México, DF, México.

Fecha de recibido: 20 de junio de 2002 • Fecha de aprobado: 5 de marzo de 2003

Solicitud de sobretiros: Dr. Eduardo García-García. Departamento de Endocrinología y Metabolismo. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Vasco de Quiroga No. 15 colonia Sección XVI. Delegación Tlalpan, México, DF.
Correo electrónico: caosjegg@aol.com

pecífico de 105 [sensibilidad 81.8 (IC 95% 59-94), especificidad 89.3 (IC 95% 70.6-97.2)]. **Conclusiones.** El *Eating Disorder Inventory* es útil para investigar trastorno alimentario, con coeficientes de validez interna altos en la población estudiada. El texto completo en inglés de este artículo está disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Palabras clave: trastornos de ingestión de alimentos; *anorexia nervosa*; validez; México

are recommended. **Conclusions.** The EDI-2 has a high internal validity and should be a useful tool to assess eating disorders. The English version of this paper is available at: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Key words: eating disorder; *anorexia nervosa*; validity; Mexico

En el proceso de diagnosticar los trastornos alimentarios (TA) se ha intentado sistematizar los signos, síntomas y conductas de las pacientes para que el diagnóstico sea más preciso y reproducible. Ante la falta de marcadores bioquímicos patognomónicos el diagnóstico sigue descansando en la habilidad clínica y en el conocimiento del médico, psicólogo o nutriólogo que se encuentra frente al paciente.

Se han propuesto distintos criterios para el diagnóstico de los TA. Uno de los sistemas más utilizados es el descrito en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV).¹ Este es un método que requiere de una entrevista realizada por un experto. Pero el incremento sostenido en el número de casos diagnosticados con dichos trastornos ha creado la necesidad de usar instrumentos que permitan evaluar las conductas de riesgo y hacer el seguimiento de estos pacientes. Uno de estos instrumentos es el *Eating Disorder Inventory* (EDI-2)² de Garner, Olmsted y Polivy.

El EDI-2 no permite establecer un diagnóstico específico de *anorexia nervosa* (AN), ni de *bulimia nervosa* (BN). Sólo está dirigido a la descripción y medición precisas de ciertas características psicológicas, así como de la severidad de la sintomatología de relevancia clínica. Es un cuestionario autoaplicable que consta de 91 reactivos, con un formato de respuestas en una escala tipo Likert de seis puntos: "siempre", "casi siempre", "frecuentemente", "en ocasiones", "rara vez" o "nunca". Estos reactivos se distribuyen a lo largo de 11 escalas: 1) impulso hacia la delgadez; 2) bulimia; 3) insatisfacción corporal; 4) ineficacia; 5) perfeccionismo; 6) desconfianza interpersonal; 7) conciencia interoceptiva; 8) miedo a la madurez; 9) ascetismo; 10) regulación de impulsos, y 11) inseguridad social (Anexo).

Este instrumento posee una buena consistencia interna ($\alpha=0.80$),³ confiabilidad test-retest,⁴ validez de contenido, de concurrencia y de constructo.⁵ Al ser aplicado en diferentes poblaciones se han observado

diferencias en los puntos de corte de las escalas, por lo que se recomienda validar el instrumento en la población por evaluar.^{6,7}

El tener este instrumento validado en nuestro país posibilita estudios de tamizaje de los TA en población mexicana. El objetivo de este estudio fue determinar la exactitud diagnóstica y la validez interna del EDI-2, en una muestra de mujeres mexicanas.

Material y métodos

Durante los meses de octubre de 2000 a enero de 2001, se invitó a participar a todas las pacientes que a juicio de los psiquiatras de la consulta de anorexia, del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán de la Ciudad de México, padecían *anorexia nervosa* o bulimia, sin otra patología psiquiátrica. Se incluyeron 22 mujeres con TA (en su mayoría estudiantes de preparatoria, solteras y con un tiempo de tratamiento de aproximadamente un año dentro de la clínica del Instituto) y fueron comparadas con otras 25 mujeres sin TA (de acuerdo con los criterios del DSM-IV), seleccionadas aleatoriamente de la población estudiantil de secundaria y preparatoria de una escuela privada de la ciudad de México. Tanto las pacientes de la consulta de anorexia como las mujeres sin TA fueron evaluadas mediante una entrevista estructurada (SCID/ECED),⁸ basada en los criterios del DSM-IV, con lo que se clasificó a cada mujer de la siguiente manera: sin TA, *anorexia nervosa* de tipo restrictiva (ANR), *anorexia nervosa* de tipo purgativa (ANP), *bulimia nervosa* de tipo purgativa (BNP), *bulimia nervosa* de tipo no purgativa (BNNP) o trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE). Esta entrevista conforma el estándar de oro para establecer, posteriormente, la utilidad diagnóstica del EDI-2.

Cada sujeto fue aleatorizado para las secuencias de los procedimientos: primero, la entrevista clínica y segundo, contestar el cuestionario, o en secuencia inversa.

Se elaboró la traducción al español del cuestionario mediante una validez de consenso, y posteriormente se hizo una nueva traducción al inglés por un experto. Los cuestionarios fueron calificados con el Manual Profesional para el EDI-2.¹

Se empleó el programa Statistica versión 5.0 y el Epidat, versión 1.0, para el cálculo de los intervalos de confianza. Los grupos de sujetos fueron divididos de acuerdo con el diagnóstico obtenido, y los datos se expresaron como promedio \pm desviación estándar. Se hicieron comparaciones entre estos grupos en edad, peso, talla e índice de masa corporal (IMC= kg/estatura en m²) empleando una prueba *t* de Student para muestras independientes.

Se calculó el coeficiente *alpha* de Cronbach para determinar la validez interna del cuestionario, y se aceptó *a priori* como concordancia importante si el coeficiente obtenido era mayor de 0.6.

Se evaluaron diferencias entre los dos grupos con la calificación obtenida en el cuestionario. También se hicieron diferentes puntos de corte en las 11 subescalas del cuestionario, considerando como diagnóstico correcto (estándar de oro) el obtenido gracias a la entrevista estructurada. Se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo de los puntos de corte estudiados. Para determinar los puntos de corte con mayor sensibilidad o especificidad el criterio *a priori* fue que lograran calificación mayor de 80%, y que conservaran valores predictivos positivos o negativos lo más cercanos a esta cifra. Esto dio lugar a un punto de corte sensible, a otro punto específico para cada una de las subescalas, y a la calificación total.

Resultados

Las mujeres sin TA tenían 3.2 años menos que las pacientes (16.7 \pm 2.8 vs. 19.9 \pm 4.3 años; *p*=0.004). No hubo diferencias significativas en peso (53.2 \pm 6.3 vs. 54.4 \pm 14), talla (1.58 \pm 0.06 vs. 1.59 \pm 0.06) e IMC (21.4 \pm 2.6 vs. 21.6 \pm 5.2, mujeres sin TA y pacientes, respectivamente). Los TA investigados y su frecuencia fueron: ANP *n*=3, ANR *n*=5, BNP *n*=11, TCANE *n*=3.

En las puntuaciones del EDI-2 se observaron diferencias significativas en todas las subescalas y en la calificación total (cuadro I).

El coeficiente *alpha* de Cronbach, por reactivos, fue de 0.98 cuando se analizaron ambos grupos, y al hacer el análisis por separado fue de 0.94 para las mujeres sin TA, y de 0.94 para las pacientes. Los valores *alpha* de Cronbach para todas las subescalas fueron superiores a 0.85. Los coeficientes de correlación inter-item no son mayores de 0.60, tanto por reactivos como por sub-

Cuadro I
CALIFICACIÓN EN LAS 11 SUBESCALAS Y EN EL TOTAL, DEL EATING DISORDER INVENTORY DE LAS PACIENTES VS. MUJERES SIN TRASTORNO ALIMENTARIO. CIUDAD DE MÉXICO, 2000-2001

Subescalas del EDI-2	Pacientes (todos los diagnósticos)	Mujeres sin TA
Impulso hacia la delgadez	16.64 \pm 3.02	5.68 \pm 5.64
Bulimia	7.73 \pm 6.98	1.20 \pm 2.29
Insatisfacción corporal	19.05 \pm 6.95	7.52 \pm 6.80
Ineficacia	14.69 \pm 9.48	2.92 \pm 5.60
Perfeccionismo	12.05 \pm 5.26	7.72 \pm 4.12
Desconfianza interpersonal	10.64 \pm 4.38	3.44 \pm 4.20
Conciencia interoceptiva	18.27 \pm 7.13	4.92 \pm 4.20
Miedo a la madurez	11.27 \pm 7.02	6.36 \pm 3.80
Ascetismo	9.82 \pm 5.19	4 \pm 2.52
Regulación de impulsos	15.41 \pm 6.85	6.52 \pm 5.23
Inseguridad social	10.73 \pm 5.64	3.48 \pm 4.40
EDI-2 Total	146.27 \pm 45.56	53.76 \pm 32.44

*Todas las variables mostraron *p*<0.001

TA: trastorno alimentario

escalas; esto sugiere que cada reactivo da información diferente del otro.

Se determinaron puntos de corte por cada escala y para la puntuación total del EDI-2. El cuadro II muestra los puntos de corte con mayor sensibilidad, con el fin de captar el mayor número de sujetos en riesgo de desarrollar o padecer un TA, y los puntos de corte más específicos, para detectar a quienes sin duda tendrán un diagnóstico de TA al ser entrevistados por el clínico. Es importante aclarar que, para fines de estudios ulteriores, se sugiere que los puntos de corte se analicen de acuerdo con los objetivos que podría tener el investigador.

Discusión

La utilidad del EDI-2 en el diagnóstico y seguimiento de pacientes ha sido ampliamente descrita y constatada en otras investigaciones.⁹⁻¹¹

Existe información en relación con la capacidad de este cuestionario como herramienta de tamizaje cuando es comparado con un instrumento creado para ese fin, como es el *Eating Attitudes Test* (EAT),¹¹⁻¹³ que ha sido empleado en múltiples estudios para predecir los TA en diferentes poblaciones.¹⁴⁻¹⁶

Cuadro II
PUNTOS DE CORTE SUGERIDOS POR SUBESCALA Y CALIFICACIÓN TOTAL DEL *EATING DISORDER INVENTORY*

Subescalas EDI-2	PC más sensible	Sens 95%	Espec 95%	VPP	VPN	PC más específico	Sens 95%	Espec 95%	VPP	VPN
Impulso hacia la delgadez	12	91.0	80.0	80.0	91.0	14	86.4	84.0	82.6	87.5
Bulimia	2	77.3	76.0	73.9	79.2	3	68.2	84.0	78.9	75.0
Insatisfacción corporal	11	86.4	72.0	73.1	85.7	14	77.3	80.0	77.3	80.0
Ineficacia	5	81.8	80.0	78.3	83.3	7	77.3	84.0	81.0	81.0
Perfeccionismo	9	72.2	68.0	66.7	73.4	11	68.2	76.0	71.4	73.1
Desconfianza interpersonal	5	91.0	72.0	74.1	90.0	7	86.4	84.0	82.6	87.5
Conciencia interoceptiva	10	91.0	80.0	80.0	91.0	11	81.8	92.0	90.0	85.2
Miedo a la madurez	8	68.2	84.0	78.9	75.0	8	68.2	84.0	78.9	75.0
Ascetismo	6	81.8	76.0	75.0	82.6	7	72.7	88.0	84.2	78.6
Regulación de impulsos	8	86.4	68.0	70.4	85.0	11	77.3	80.0	77.3	80.0
Inseguridad social	5	91.0	72.0	74.1	90.0	6	77.3	84.0	81.0	80.8
Calificación total	80	86.4	84.0	82.6	87.5	105	81.8	88.0	85.7	84.6

Nota: El punto de corte más sensible se refiere a una calificación con valores de sensibilidad superiores a 80, con el fin de identificar al mayor número de sujetos en riesgo de padecer un trastorno alimentario (TA) (mayor número de falsos positivos). Y el punto de corte más específico, con valores de especificidad mayores a 80, permite identificar a los sujetos que con mayor seguridad padecen un TA (minimiza el número de falsos positivos)

PC: punto de corte; Sens: sensibilidad; Espec: especificidad; VPP: valor predictivo positivo; VPN: valor predictivo negativo

Este tipo de cuestionarios tienen limitaciones, pero permiten un primer acercamiento a grandes grupos de población.

Los puntos de corte diagnóstico establecidos en los procedimientos de tamizaje no son fijos. La elección de un punto de corte preciso depende del objetivo del tamizaje. Un punto de corte relativamente alto minimiza el número de falsos positivos, pero puede incrementar el número de falsos negativos. Garner y colaboradores utilizaron un punto de corte conservador mayor de 14 (correspondiente al percentil 94) para la subescala de impulso hacia la delgadez, con el fin de definir un grupo de mujeres universitarias y estudiantes de ballet como "preocupadas por el peso". Este punto de corte puede ser demasiado estricto para los propósitos de tamizaje.

Para futuros trabajos se sugiere que los diferentes puntos de corte establecidos en este estudio sean adaptados a los objetivos de la investigación en cuestión.

Además, es importante interpretar las puntuaciones bajas o elevadas del EDI-2 dentro del contexto del individuo. Por ejemplo, se ha demostrado que las estudiantes de ballet tienen puntuaciones altas debido a la demanda de delgadez propia de su profesión. El problema reside en la interpretación adecuada de este fenómeno. Por una parte, la profesión de bailarina de ballet podría generar presiones externas para mante-

nerse delgada, las que finalmente conducirán a conductas alimentarias peculiares, esto en ausencia de un trastorno en otras áreas emocionales. Por otra parte, las bailarinas de ballet podrían tener *a priori* una serie de condiciones que las llevara no sólo a consagrarse a esta actividad, sino también a desarrollar una *anorexia nervosa*. El EDI-2 no es capaz de identificar y precisar una u otra situación.

Otra situación potencialmente problemática es cuando existen pacientes con un supuesto TA cuyas puntuaciones son bajas en todas las subescalas del EDI-2, comparadas con el grupo de referencia de TA. ¿Esto significa que esta paciente no tiene un TA? ¿Significa que no tiene preocupaciones en ninguna de las áreas evaluadas por el EDI-2? ¿Significa que está involucrada en una marcada negación de los síntomas? ¿Significa que no coopera con la evaluación? Todas estas interpretaciones son posibles y deben ser consideradas durante la evaluación clínica.²

La evaluación clínica puede guiar al menos a tres conclusiones: a) existe un TA o una variante subclínica que requiere de tratamiento; b) las puntuaciones del EDI-2 indican una excesiva preocupación acerca del peso y de la imagen corporal que no califican para el diagnóstico de un TA, pero se recomiendan estrategias de prevención, debido a que algunos sectores de la población pueden estar en riesgo de progresar hasta

la adquisición de un TA, y c) no existe un TA y no hay una psicopatología asociada que requiera intervención terapéutica.²

Dentro de las limitaciones de este estudio se encuentra el tamaño de la muestra, además de que los grupos evaluados tuvieron una edad significativamente diferente. Para fines estadísticos, el EDI-2 fue capaz de marcar diferencias en las puntuaciones de sujetos sin TA y pacientes de una clínica; esto afirma que es un instrumento con adecuada validez interna, y el hecho de incrementar el tamaño de la muestra tendría como beneficio remarcar las diferencias y reducir las desviaciones estándar de cada grupo.

Respecto de la edad, estudios previos han cuestionado su importancia en las puntuaciones del EDI-2. La pregunta no ha sido respondida de manera concluyente; un estudio mostró que la aparición de la *anorexia nervosa* antes de los 14 años se asociaba con mayores puntuaciones en la subescala de miedo a la madurez (MM) del EDI-2. Para pacientes con *anorexia restrictiva*, las adolescentes de 17 a 19 años de edad tuvieron mayores puntuaciones en la subescala de impulso hacia la delgadez (ID) que las adolescentes de 13 a 16 años de edad y que las adultas. Los menores niveles de depresión y ansiedad se encontraron en las adolescentes menores de 14 años de edad con *anorexia nervosa*. No hubo diferencias en las otras seis subescalas del EDI-2.¹⁷ El impacto de estas diferencias por edad en la sensibilidad y especificidad diagnóstica del EDI-2 deben ser evaluadas en estudios subsecuentes, pero no parecen afectar el diagnóstico global de las pacientes.

La aplicación del EDI-2 en la población abierta puede servir como un primer paso en el proceso de tamizaje. También puede utilizarse para identificar individuos altamente preocupados con su peso; esta población puede ser adecuada para estudiar los posibles factores de riesgo de los TA.¹⁸ Este estudio demuestra que el EDI-2 es un instrumento con validez interna y utilidad diagnóstica en la población estudiada. Se sugiere que puede aplicarse como herramienta clínica o como instrumento de tamizaje de los TA en población mexicana.

Agradecimientos

Agradecemos a la licenciada en Nutrición, Iliana Manjarrez Martínez y a la doctora Gabriela Betancourt Rodríguez por su valiosa cooperación en la aplicación del EDI-2. Al doctor Jorge González Barranco, por su apo-

yo, y al Profesor Arturo Williams, por su generosa colaboración en la realización de este estudio en las instalaciones de su colegio.

Referencias

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Barcelona: Masson, 1994.
2. Garner DM. Eating Disorder Inventory-2. Professional Manual. Odesa (FA): Psychological Assessment Resources, 1991.
3. Garner DM, Olmsted MP. The Eating Disorders Inventory Manual. Odesa (FA): Psychological Assessment Resources, 1984.
4. Wear RW, Pratz O. Test-retest reliability for the Eating Disorders Inventory. *Int J Eat Dis* 1987;6:767-769.
5. Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional Eating Disorders Inventory for anorexia nervosa y bulimia. *Int J Eat Dis* 1983;2:15-34.
6. Abrams M. The Eating Disorder Inventory as a predictor of compliance in a behavioral weight-loss program. *Int J Eat Dis* 1991;10:355-360.
7. Mitchell JE, Pyle RL, Eckert ED, Hatsukami D, Pomeroy C, Zimmerman R. A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47(2):149-157.
8. Castaño-Meneses A, Santillán-Cárdenas S, Campos-Morales RM, Valencia-Flores M, trad. Entrevista clínica estructurada para DSM-IV Trastornos del Eje I – Edición para No Pacientes (ECED-I/NP). México: Facultad de Psicología, UNAM, 2000.
9. Schoemaker C, Verbraak M, Breteler R, van der Staak C. The discriminant validity of the Eating Disorder Inventory-2. *Br J Clin Psychol* 1997 Nov;36 (Pt 4):627-629.
10. Thiel A, Jacobi C, Horstmann S, Paul T, Nutzinger DO, Schussler G. A German version of the Eating Disorder Inventory EDI-2. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1997 Sep-Oct;47(9-10):365-376.
11. Berland NW, Thompson JK, Linton PH. Correlation between the EAT-26 and the EAT-40, the Eating Disorders Inventory and the Restrained Eating Inventory. *Int J Eat Dis* 1986;5:569-574.
12. Gross J, Rosen JC, Leitenberg H, Willmuth ME. Validity of the Eating Attitudes Test and the Eating Disorders Inventory in bulimia nervosa. *J Cons Clin Psych* 1986;54:875-876.
13. Raciti MC, Norcross JC. The EAT and EDI: Screening interrelationships and psychometrics. *Int J Eat Dis* 1987;6:579-586.
14. Gross J, Rosen JC. Bulimia in adolescents: Prevalence and psychosocial correlates. *Int J Eat Dis* 1988;7:51-61.
15. Allison S, Kalucy R, Gilchrist P, Jones W. Weight preoccupation among infertile women. *Int J Eat Dis* 1988;7:743-748.
16. Nevenon L, Broberg AG. Validating the Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) in Sweden. *Eating Weight Disord*. 2001;6:59-67.
17. Heebink DM, Sunday SR, Halmi KA. Anorexia nervosa and bulimia nervosa in adolescence: Effects of age and menstrual status on psychological variables. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995 Mar;34(3):378-382.
18. Garner DM, Olmsted MP, Polivy J, Garfinkel PE. Comparison between weight-preoccupied women and anorexia nervosa. *Psychosom Med* 1984; 46:255-266.