

# Trastornos disociativos en mujeres con trastornos alimentarios

Úrsula Oberst<sup>1</sup>  
Mariona Baltà<sup>1</sup>  
Lluís Sánchez  
Planell<sup>2</sup>  
Teresa Rangil<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad Ramon Llull  
Barcelona  
<sup>2</sup>Hospital Universitario Germans Trias i Pujol  
Badalona

Correspondencia:  
Úrsula Oberst  
Universidad Ramon Llull  
C/ Cister, 34  
08022 Barcelona

## Resumen

El presente artículo estudia la relación entre los trastornos alimentarios y los trastornos disociativos en un grupo de pacientes con trastornos alimentarios, comparado con voluntarias normales, y explora la influencia que pueden tener experiencias de abuso sexual en la infancia para el desarrollo de ambos trastornos.

**Palabras clave:** Trastornos disociativos. Trastornos alimentarios. Abuso sexual.

## Summary

This paper deals with the relationship between eating disorders and dissociative disorders in a group of eating disordered patients compared with normal subjects, and explores the possible influence of sexual abuse experiences in childhood in the development of both kinds of disorders.

**Key words:** Dissociative disorders. Eating disorders. Sexual abuse.

## Introducción

### *Los trastornos disociativos*

Los trastornos disociativos consisten en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Esta alteración puede ser repentina o gradual, transitoria o persistente. Las manifestaciones de los trastornos disociativos pueden ser de forma muy variada. Siguiendo la clasificación del DSM-IV, distinguimos entre la amnesia y la fuga disociativa, el trastorno de despersonalización, el trastorno de identidad disociativa y el trastorno disociativo no especificado. En la amnesia disociativa, el paciente presenta una incapacidad para recordar información personal importante o para un lapso de tiempo determinado de su vida, como una especie de laguna en la memoria o "tiempo perdido". Esta laguna

no puede ser explicada por el olvido normal. La fuga disociativa parece estar relacionada con esta amnesia; el paciente emprende viajes repentinos e inesperados, de los cuales más tarde no tiene recuerdo. A veces, estos viajes se acompañan con confusión acerca de la propia identidad o incluso con la adopción de otra. En el trastorno de identidad disociativo puede tratarse, según Steinberg y Schnall (2000), de una mera confusión de la propia identidad (una sensación de confusión o inseguridad sobre quién es uno, incluyendo el género) o directamente de la alteración del estado de la identidad, un cambio definido de la identidad, asumiendo un rol, un nombre, una personalidad, una conducta diferente. Las personas afectadas viven este trastorno como un cambio en su personalidad o como si otra persona dentro de ellos toma el control. Pueden existir una o varias identidades en lo que antes se llamaba "trastorno de personalidad múltiple" y generalmente la persona afectada no recuerda los episodios de las alteraciones. La despersonalización se caracteriza por sensaciones de irrealidad, tanto como una alteración en la percepción del self, una sensación persistente y recurrente de distanciamiento de los procesos del propio cuerpo, mientras el sentido de la realidad permanece intacto. Característicamente, los pacientes hablan de una sensación de "como si" todo fuese irreal (Oberst, 1987), pero son conscientes de que es su propia percepción la que es alterada. Cuando la sensación de irrealidad afecta sólo la percepción del entorno, del mundo exterior (y no de la propia persona), se habla de desrealización.

Mientras la amnesia y la fuga disociativa y el trastorno de identidad disociativo parecen ser problemáticas muy definidas y relacionadas entre sí -se han interpretado como consecuencias de experiencias traumáticas en la infancia, especialmente el abuso físico y sexual- la despersonalización es un caso aparte. Mientras un trastorno de despersonalización aislado parece raro, síntomas de despersonalización y des-

realización son muy frecuentes, se presentan en asociación a otras enfermedades psiquiátricas como ansiedad y depresión, y se dan, de forma transitoria, incluso en personas normales; estudios epidemiológicos hablan de hasta un 50 u 80% en determinadas poblaciones (para una revisión, véase Oberst 1987, Oberst 1998, o Luque, Villagrán, Valls y Díez 1995). A pesar de que las personas aquejadas de DP suelen vivir estas experiencias como muy desagradables, no existe ni confusión de identidad ni amnesia para los episodios.

En lo que atañe a los trastornos disociativos en general, el DSM-IV habla de un aumento de casos en Estados Unidos en los últimos años, aparentemente debido a traumas infantiles olvidados, pero advierte contra la posibilidad de un "sobrediagnóstico" de este trastorno en personas sugestionables. En cambio, Steinberg y Steinberg y Schnall (2000) consideran los trastornos disociativos como un fenómeno infravalorado e infradiagnosticado. Según estos autores, los trastornos disociativos son mucho más frecuentes y debidos a experiencias traumáticas infantiles, generalmente el abuso sexual.

La idea de los trastornos disociativos como un mecanismo psicológico de defensa o evasión mental contra las experiencias traumáticas ya fue promovida por Janet en 1889 y se ha perpetuado a lo largo de toda la literatura científica sobre el tema, sea de índole psicoanalítica o no. Especialmente la despersonalización parece ser un "mecanismo pre-formado del cerebro" (Meyer-Gross, 1935) para reaccionar delante de toda una serie de factores desencadenantes, entre ellos experiencias traumáticas agudas, como por ejemplo un accidente de tráfico, formando así parte del conglomerado de síntomas que componen el trastorno de estrés postraumático, incluso en personas adultas sin psicopatología previa conocida. Los trastornos relacionados con amnesia y confusión o alteración de identidad parecen estar relacionados con experiencias traumáticas en el pasado, generalmente en la infancia. Según la teoría promovida por los defensores de los trastornos disociativos como consecuencia del abuso sexual en la infancia, el niño o la niña, para poder soportar la experiencia traumática, empieza a disociar estas experiencias de su vida habitual y adopta poco a poco otra identidad; de esta manera, estas cosas horribles no le pasan realmente a él o a ella. Steinberg y Schnall (2000) advierten contra el riesgo de no tomar en serio los recuerdos de los pacientes sobre abuso en la infancia, por temor a que se pueda tratar de "recuerdos falsos", inventados adrede o por sugestión. Según estas autoras, el abuso sexual en la infancia es demasiado doloroso para ser recordado de forma rea-

lista y a veces se disfraza de recuerdos distorsionados sobre algo que representa un hecho real; en una psicoterapia, estos recuerdos pueden ser reconstruidos y elaborados.

### **Trastornos disociativos y trastornos alimentarios**

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son una problemática de etiología múltiple y que aparentemente va en aumento. El DSM-IV distingue entre anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TANE). Mientras la AN se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, el miedo intenso a ganar peso, la alteración de la percepción acerca de la silueta corporal y la ausencia del ciclo menstrual, la bulimia se caracteriza por la presencia de atracones recurrentes y conductas compensatorias inapropiadas con el fin de perder peso, sean de tipo no purgativo (como el ejercicio exagerado) o de tipo purgativo (como la provocación del vómito y el uso de laxantes). La AN puede ser de tipo restrictivo que se basa en comer lo menos posible o de tipo compulsivo/purgativo, en el cual la paciente alterna la restricción de comida con atracones y/o purgas. El diagnóstico de TANE se da cuando el/la paciente presenta trastornos de la conducta alimentaria pero no cumple claramente con los criterios de bulimia o anorexia, por ejemplo el empleo de conductas compensatorias purgativas después de ingerir cantidades muy pequeñas de comida. La inmensa mayoría de las personas afectadas de TCA son mujeres, con inicio del trastorno en la adolescencia. Se ha asociado la anorexia con factores culturales que influyen en la adolescente.

Recientemente (Vanderlinden, Vandereycken, van Dyck y Vertommen, 1993), los TCA se han relacionado con otras problemáticas psiquiátricas, especialmente los trastornos disociativos. Además, Vanderlinden y cols. revisan la literatura publicada sobre el tema y concluyen que las experiencias traumáticas en el pasado juegan un papel importante en la etiología y el desarrollo de trastornos alimentarios, especialmente bulimia nerviosa. En un estudio anterior (citado en Vanderlinden y cols., 1993), estos autores desarrollaron un cuestionario específico diseñado para detectar trastornos disociativos, el DIS-Q, consistiendo en 63 ítems y cuatro subescalas: confusión de la identidad y fragmentación (despersonalización), pérdida de control (a nivel conductual, emocional y de pensamiento), amnesia disociativa y absorción (experiencias de elevada con-

centración). Luego, este cuestionario es aplicado (Vanderlinden y cols., 1993) a 98 pacientes (96 de ellos mujeres) con TCA (anorexia restrictiva, anorexia mixta, bulimia y TANE). La presencia de experiencias traumáticas (incesto, abuso sexual y/o físico, negligencia seria por parte de los padres) fue diagnosticada mediante un cuestionario sobre experiencias sexuales en el pasado. Comparado con un grupo de mujeres normales, los/las pacientes con TCA muestran valores significativamente más altos en todas las subescalas. Entre los subgrupos de pacientes, las bulímicas y las anoréxicas restrictivas tenían valores más altos en pérdida de control que las anoréxicas restrictivas (lo cual parece lógico, ya que la pérdida de control es una característica de los atracones). Por otro lado, el grupo de TANE y de bulimia también presentan valores más altos en la subescala amnesia que el de la anorexia restrictiva. En cuanto a las experiencias traumáticas, los autores encontraron mayor incidencia en el grupo de bulimia y TANE y una relación estadísticamente significativa entre trauma y valor total en el DIS-Q, especialmente entre amnesia y abuso físico y/o sexual. Además, según estos autores, los resultados sugieren una relación entre la gravedad del trauma y la ocurrencia de experiencias disociativas. Los autores indican que los datos confirman las experiencias clínicas y terapéuticas, según las cuales la patología alimentaria muchas veces empieza como mecanismo de supervivencia para escapar del daño psicológico de un trauma severo (por ejemplo, los atracones como compensación de las sensaciones asociadas al recuerdo del trauma), y concluyen que la presencia de amnesia disociativa en trastornos alimentarios puede ser un indicador de un trauma (especialmente abuso en la infancia) como factor etiológico de la problemática.

Valdiserri y Kihlstrom (1995a) utilizan las ocho subescalas del Eating Disorder Inventory EDI (versión original), un cuestionario sobre actitudes de conducta alimentaria, que consiste en ocho subescalas: DT (drive for thinness, obsesión por la delgadez), IA (lack of interoceptive awareness, falta de conciencia introspectiva), BU (bulimia), BD (body dissatisfaction, insatisfacción corporal), IE (ineffectiveness, insuficiencia), MF (maturity fears, miedo a la madurez), PE (perfectionism, perfeccionismo), ID (interpersonal distrust). Además, un cuestionario de experiencias disociativas, una versión modificada de la Dissociative Experiences Scale (DES), desarrollado por Bernstein y Putnam (1986). La validez del DES para diagnosticar síntomas disociativos en pacientes con TCA fue establecida por Gleaves y Eberenz (1995).

Valdiserri y Kihlstrom (1995a) aplican el DES y el EDI a una muestra de 656 sujetos normales (estudiantes universitarios). Un análisis factorial revela dos factores principales en el EDI: uno llamado Ego Dysfunction (disfunción del ego) compuesto por las subescalas IA, IE, MF e ID, y otro llamado Abnormal Eating (ingesta anormal) compuesto por DT, BU y BD. Según los valores del M-DES, los sujetos fueron divididos en dos grupos: los individuos con valores inferiores a 20 fueron considerados "de bajo riesgo" y los otros de "alto riesgo" de padecer un trastorno disociativo. Las correlaciones de las subescalas del EDI con los valores de los dos grupos de riesgo indican resultados diferentes para hombres y mujeres: para hombres, el porcentaje de sujetos "de alto riesgo" para trastornos disociativos es significativamente mayor en los que tienen altos niveles de disfunción del ego, pero bajos niveles de ingesta anormal, mientras para mujeres, el porcentaje es mayor en el grupo que tienen valores altos tanto en disfunción del ego como en ingesta anormal. En su resumen, los autores concluyen una correlación moderada entre experiencias disociativas y conducta alimentaria anormal en sujetos no-clínicos. De todas maneras, las experiencias disociativas parecen estar más relacionadas a lo que los autores llaman disfunción del ego que a la conducta alimentaria anormal per se. En un estudio posterior donde se aplican diferentes cuestionarios sobre tendencias psicopatológicas a otro grupo de estudiantes además del EDI y del M-DES, los mismos autores (Valdiserri y Kihlstrom, 1995b) confirman estos hallazgos, pero también encuentran que los trastornos disociativos no son un problema específico de los trastornos alimentarios, sino que la ingesta anormal parece estar más relacionada a tendencias psicopatológicas en general, especialmente depresión y ataques de pánico.

Meyer y Waller (1995) utilizan un procedimiento similar a Valdiserri y Kihlstrom y aplican el DES y una versión diferente del EDI que incluye dos escalas más, impulse regulation (control de impulsos, IR) y social insecurity (inseguridad social, SI) a otro grupo de estudiantes. Las correlaciones fueron similares a los resultados de Valdiserri y Kihlstrom. Además, en las mujeres, la obsesión por la delgadez y el factor disfunción del ego están más asociados a DP y DR, mientras en los hombres la bulimia y el factor disfunción del ego se asocian a experiencias de absorción y amnesia; esto lleva a los autores a la conclusión de que la disociación en su asociación con TCA no es un constructo unitario, sino que puede haber diferentes influencias etiológicas en el desarrollo de TCA en mujeres y en hombres.

En cuanto a la relación entre trastornos alimentarios y síntomas disociativos por un lado, y estos dos trastornos y experiencias traumáticas por otro, la literatura científica al respecto no llega a una conclusión clara (para una revisión, véase Connors y Morse, 1993, Gleaves, Eberenz y May, 1998, y Vanderlinden, Vandereycken, van Dyck y Vertommen, 1993). Por un lado, la mayoría de los autores concluye que la sintomatología del trastorno por estrés postraumático (entre otros, síntomas disociativos) es una problemática frecuente en mujeres con trastornos de conducta alimentaria, pero no está directamente relacionado con la severidad ni con el tipo del trastorno alimentario. Los síntomas del trastorno por estrés postraumático (PTSD) parecen más claramente asociados con psicopatología comórbida, incluyendo depresión y ansiedad (Gleaves, Eberenz y May, 1998). Harrison, Pope y Hudson (1992) no encuentran más abuso sexual en pacientes con bulimia que en la población normal. Por otro lado, Vanderlinden y cols. (1993) aportan muchos estudios que hablan de experiencias traumáticas en la infancia de pacientes con TCA, especialmente en los subgrupos de bulimia y trastorno atípico (TANE). Los autores advierten que estas experiencias traumáticas (sobre todo abuso) muchas veces no son relatadas por las pacientes, porque puede haber amnesia para estos acontecimientos. Por lo tanto, la presencia de experiencias disociativas en pacientes con TCA puede indicar una posible experiencia traumática en la infancia, olvidada o no relatada, que juega un papel etiológico en el trastorno alimentario y por lo tanto requiere un tratamiento diferencial. Vanderlinden y Vandereycken (1997) llegan a la conclusión que hasta un 50% de mujeres con TCA, especialmente las bulímicas, tienen una historia de abuso sexual en la infancia. Por otro lado, un abuso sexual en la infancia y en la adolescencia, es un factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno de conducta alimentaria. Cuanto más joven es el sujeto que sufre abuso sexual, más severo es el trauma infringido, ya que a menor edad, los mecanismos de defensa son más primitivos.

El objetivo del presente estudio es replicar algunos de los hallazgos de Vanderlinden y su grupo en una muestra clínica española intentando demostrar una mayor prevalencia de sintomatología disociativa en pacientes con trastornos alimentarios. De la misma manera se espera encontrar más pacientes con una historia de abuso sexual en el subgrupo de bulimia nerviosa\*.

\*Los datos fueron recogidos por una de los autores - M.B. En el marco de su Proyecto de Licenciatura de Psicología.

## Método

### Sujetos

La muestra clínica se compone de 34 mujeres diagnosticadas de TCA ingresadas para tratamiento, 20 en el Hospital Universitario Germans Trias i Pujol de Badalona, y 14 en el Institut de Trastorns Alimentaris de Catalunya de Cabrils; 14 de ellas padecían anorexia nerviosa, 12 bulimia nerviosa y 8 trastorno alimentario no especificado. El grupo control consiste en 20 mujeres voluntarias, recién licenciadas en medicina que trabajan en el hospital Germans Trias i Pujol.

### Material y procedimiento

Se les informa a las pacientes y a las voluntarias del grupo control sobre las características del estudio y se les pide consentimiento para formar parte de ello.

A ambos grupos se les administra la traducción española estandarizada del Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) de Garner (1998), a las pacientes para determinar el TCA y a las voluntarias para excluirlo. Además, a las dos muestras se les administra la traducción española del DIS-Q de Vanderlinden y col. (1992), con sus subescalas confusión de identidad y fragmentación (Disq-1), pérdida de control (Disq-2), amnesia (Disq-3) y absorción o "estar ensimismado" (Disq-4). Antes de la administración de los cuestionarios, cada paciente es entrevistada respecto a posibles experiencias traumáticas. Muchas pacientes relatan experiencias traumáticas, pero se clasifican como "abuso" sólo los casos en los que la paciente indica abuso sexual con penetración por algún miembro de la familia.

## Resultados

### Análisis descriptivo de los valores patológicos

El DIS-Q indica como valor límite patológico un valor igual o superior a 2,5 para cada subescala y para el test completo. Mientras sólo una sujeto del grupo control (A 14) muestra un valor patológico (>2,5) en el DIS-Q total, 15 de las 34 pacientes (el 41%) tienen un valor patológico. Respecto a las subescalas, una sujeto normal tiene un valor patológico en el Disq-4 y otra en el Disq-2, frente a un número muy elevado de sujetos clínicos (Tabla 1).

### Diferencia entre los grupos respecto a síntomas disociativos

El análisis de varianzas muestra un efecto significativo de todas las subescalas del Dis-Q y del valor del test total (Tabla 2).

Las comparaciones post-hoc (Test de Scheffé) se aprecian diferencias significativas en el DIS-Q (valor total) en los siguientes grupos: control vs. BN, control vs. TANE (control vs. AN no significativo). Respecto a las cuatro subescalas, los resultados más significativos se pueden resumir de la siguiente manera:

1. Confusión de identidad: control vs. todos los subgrupos (los grupos clínicos tienen valores más altos que el grupo control).
2. Pérdida de control: control vs. BN, AN vs. BN (valores significativamente más altos en BN respecto a su grupo de comparación).
3. Amnesia: control vs. BN (BN más alto)
4. Absorción: control vs. AN y control vs. TANE (pacientes más altos) Todos estos resultados son significativos a un nivel  $\alpha < 0,01$ .

### Influencias del abuso sexual

El tamaño de la muestra resulta demasiado pequeño (especialmente cuando se divide en subgrupos clínicos) para aplicar tests de significancia respecto a la presencia o no de abuso sexual. De todas maneras, 7 de los 34 sujetos clínicos (21%) indican abuso sexual en la entrevista, 5 de ellas con bulimia (41%), 1 con anorexia (7%) y 1 con TANE (12%). Todas estas pacientes menos una (P36) presentan un valor patológico en el DIS-Q-total. En otro orden de cosas, 6 de las 15 pacientes con valores patológicos en el DIS-Q presentan abuso sexual (47%), pero hay más pacientes (8) con valores patológicos que NO tienen abuso sexual (53%); por lo tanto, parece no haber diferencia entre pacientes con síntomas disociativos con o sin abuso sexual.

Sin embargo, cuando se mira sólo el subgrupo de bulimia, 5 de los 12 pacientes indican una historia de abuso sexual, mucho más que en los otros grupos. Además, la bulimia es el único subgrupo que se distingue del grupo control por su valor patológico en la subescala Amnesia.

Tabla 1.  
Número de sujetos con valores patológicos en los subtest del DIS-Q y en el DIS-Q-total\*

	Disq-1	Disq-2	Disq-3	Disq-4	Dis-Q-Total
Control	0	1	0	1	1
AN	7	5	1	12	4
BN	6	8	4	10	7
TANE	3	4	3	8	4

\*El DIS-Q-total no es la suma de los subtests, ya que se pueden tener valores patológicos en alguna subescala sin que la escala total presente un valor patológico. Disq-1: confusión de identidad y fragmentación. Disq-2: pérdida de control. Disq-3: amnesia. Disq-4: absorción. DIS-Q: valor del DIS-Q-total

Tabla 2.  
Resultados del análisis de varianzas

	Fuente	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Total	Inter	9,235	3	3,078	9,447	,000
	Intra	16,293	50	,326		
	Total	25,528	53			
Confusión de identidad	Inter	13,526	3	4,509	10,005	,000
	Intra	22,531	50	,451		
	Total	36,057	53			
Pérdida de control	Inter	12,692	3	4,231	9,818	,000
	Intra	21,545	50	,431		
	Total	34,238	53			
Absorción	Inter	11,042	3	3,681	10,056	,000
	Intra	18,301	50	,366		
	Total	29,343	53			
Amnesia	Inter	5,047	3	1,682	4,851	,005
	Intra	17,340	50	,347		
	Total	22,387	53			

## Conclusiones

El presente trabajo demuestra que en los trastornos de conducta alimentaria existen más trastornos disociativos que en un grupo control. En el subtest confusión de identidad y fragmentación, los tres diferentes grupos de TCA tienen valores significativamente más altos que el grupo control. Mientras en los subtests Pérdida de control y Amnesia sólo el grupo de bulimia se distingue del grupo control, en el subtest de Absorción son los otros dos grupos, anorexia y TANE, que tienen valores más altos que el grupo control. De todas maneras, el hecho que el grupo de BN tenga los valores más altos en Pérdida de control no es de extrañar, ya que la pérdida de control es un elemento característico en la bulimia. Pero este grupo también el único que se distingue del grupo control por su valor elevado en la subescala Amnesia, lo cual indica la posibilidad de una relación estrecha entre ambas problemáticas. Además, parece que el subgrupo de bulimia también tiene una prevalencia de historia de abuso sexual mayor que en los otros grupos clínicos.

Los resultados confirman los de otros autores sobre una relación entre TCA y trastornos disociativos por un lado y bulimia, y abuso sexual por otro. Debido al reducido tamaño de la muestra no se ha podido establecer una relación entre abuso sexual, bulimia y experiencias disociativas.

La cuestión queda abierta si la presencia de trastornos disociativos en pacientes con TCA, especialmente con bulimia es un indicador de un posible abuso sexual en la infancia. De todas maneras consideramos que este tema necesita más investigación. Varios aspectos nos parecen importantes para una futura investigación al respecto:

1. Ampliar la muestra de los subgrupos de pacientes con TCA para poder aplicar tests de significancia estadística.
2. Comparar muestras de TCA con otros grupos clínicos psiquiátricos (depresión, trastorno de ansiedad, etc.), ya que se sabe que en estos grupos también existen síntomas disociativos. Incluso cabe la posibilidad de que los síntomas disociativos puedan ser un indicador de psicopatología en general y no de un trastorno psiquiátrico determinado.
3. Utilizar otras medidas de trastornos disociativos. El DIS-Q fue utilizado en nuestro estudio porque existe una versión española, pero tiene el inconveniente de haber sido desarrollado por Vanderlinden y su equipo a partir de pacientes con TCA.

Sería interesante aplicar una medida diferente, por ejemplo la entrevista clínica de Steinberg, el SCID (Steinberg, 1994) para diagnosticar síntomas disociativos.

Como conclusión, consideramos que vale la pena, en la práctica clínica, explorar detalladamente aquellas mujeres con bulimia y con trastornos disociativos respecto a posibles experiencias traumáticas en la infancia. El tratamiento puede requerir procedimientos diferenciados en estos casos.

## Referencias bibliográficas

- Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 1986;174:727-34.
- Connors M, Morse W. Sexual Abuse and Eating Disorder: A review. *International Journal of Eating Disorders* 1993;13:1-11.
- DSM-IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1995.
- Gleaves DH, Eberenz KP. Assessing Dissociative Symptoms in Eating Disordered Patients: Construct Validation of Two Self-Report Measures. *International Journal of Eating Disorders* 1995;18:99-102.
- Garner DM. EDI-2. Eating disorder inventory. Versión española: EDI-2. *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: Ed. TEA (1998).
- Gleaves DH, Eberenz KP, May MC. Scope and Significance of Posttraumatic Symptomatology among Women Hospitalized for an Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders* 1998;24:147-56.
- Harrison G, Pope J, Hudson J. Is Childhood Abuse a Risk Factor for Bulimia Nervosa? *American Journal of Psychiatry* 1992;149:455-63.
- Luque R, Villagrán JM, Valls JM, Díez A. Despersonalización: aspectos históricos, conceptuales y clínicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1995; 54:443-59.
- Mayer-Gross W. On depersonalization. *British Journal of Medical Psychology* 1935;15:103-22.
- Meyer C, Waller G. Dissociation and Eating Psychopathology: Gender Differences in a Nonclinical Population. *International Journal of Eating Disorders* 1998;23: 217-21.
- Oberst U. Algunos principios teóricos sobre la despersonalización. *Revista Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de Barcelona* 1987;14:21-9.
- Oberst U. Construing reality as unreal: Depersonalization disorder from the viewpoint of constructivist psychology.

- Constructivism in the Human Sciences* 1999;4(2): 152-78.
- Steinberg M. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised (SCID-D-R)*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1994.
- Steinberg M, Schnall, M. *The Stranger in the Mirror*. New York: Harper Collins, 2000.
- Valdiserri S, Kihlstrom JF. Abnormal Eating and Dissociative Experiences. *International Journal of Eating Disorders* 1995a;17:373-80.
- Valdiserri S, Kihlstrom JF. Abnormal Eating and Dissociative Experiences: A Further Study of College Women. *International Journal of Eating Disorders* 1995b;18: 145-50.
- Vanderlinden J, Vandereycken W, van Dyck R, Vertommen H. Dissociative Experiences and Trauma in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders* 1993; 13:187-93.
- Vanderlinden J, Vandereycken W. *Trauma, Dissociation, and Impulse Dyscontrol in Eating Disorders*. Pennsylvania: Brunner/Mazel, 1997.