

A. J. Vázquez Morejón¹
R. Jiménez García-Bóveda²
R. Vázquez-Morejón Jiménez³

Características psicométricas de una adaptación española del Test de Bulimia (BULIT)

¹ Centro de Salud Mental Guadalquivir
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío
Servicio Andaluz de Salud
Sevilla

² Centro de Salud Mental Oriente
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío
Servicio Andaluz de Salud
Sevilla

³ Psicóloga

Introducción. La alta prevalencia de la bulimia nerviosa (BN) entre los trastornos de conducta alimentaria y el escaso repertorio de instrumentos de evaluación para estos trastornos en español confieren particular interés a la adaptación de instrumentos específicos como el Test de Bulimia (BULIT).

Metodología. Ciento diecinueve personas, en su mayoría mujeres (97,5%), atendidas en centros de salud mental de distrito fueron evaluadas mediante una adaptación española del Test de Bulimia (BULIT) y el Test de Actitud hacia la Alimentación (EAT-40). Se exploró la consistencia interna y la fiabilidad temporal, así como la validez convergente y discriminante.

Resultados. El coeficiente α de Cronbach (α : 0,93) muestra una alta consistencia interna, mientras que la fiabilidad temporal es apoyada por la alta correlación observada ($r=0,83$) entre aplicaciones realizadas con un intervalo de 8-10 semanas. En cuanto a la validez convergente se observan correlaciones moderadas con la puntuación global en EAT ($r=0,38$) y sustanciales con la subescala de Bulimia del EAT ($r=0,69$). Considerando una puntuación de 88 como puntuación de corte, la prueba permite clasificar correctamente al 90% de los casos diagnosticados de BN y al 100% de los casos sin trastorno de conducta alimentaria.

Conclusiones. Los resultados apoyan sólidamente la fiabilidad y validez de esta adaptación, destacándose su utilidad para la identificación de casos de BN, así como para cuantificar la gravedad de los síntomas bulímicos.

Palabras clave:

Bulimia nerviosa. Atracones. Evaluación. Test de Bulimia.

Actas Esp Psiquiatr 2007;35(5):309-314

Psychometric characteristics of Spanish adaptation of a Test for Bulimia (BULIT)

Introduction. The high prevalence of bulimia nervosa among eating disorders and limited repertoire of assessment tools available for these disorders in Spanish have resulted in special interest regarding the adaptation of a specific instrument such as the Bulimia Test (BULIT).

Methodology. A total of 119 outpatients, most of them women (97.5%), seen in a community mental health center, were assessed with the Spanish adaptation of the Bulimia Test (BULIT) and by Eating Attitudes Test (EAT-40). Reliability (internal consistency and temporal reliability) and validity (convergent and discriminant) were studied.

Results. Cronbach's alpha coefficient (alpha: 0.93) shows high internal consistency while the temporal reliability is supported by the high correlation observed ($r=0.83$) between applications conducted in an interval of 8-10 weeks. In relationship with convergent validity, moderate correlations were observed with the global score on EAT ($r=0.38$) and substantial correlation with the EAT Bulimia subscale ($r=0.69$). By using an 88 cutoff on the BULIT, the test properly classified 90% of the bulimic subjects and 100% of those without eating disorder.

Conclusions. The results firmly supported the reliability and validity of this Spanish adaptation, stressing its utility as a screening device to detect current or incipient cases of bulimia and to assess severity of bulimic symptoms.

Key words:

Bulimia nervosa. Binge. Assessment. Bulimia Test.

La adaptación española del Test de Bulimia está disponible mediante solicitud a los autores.

Correspondencia:

Antonio J. Vázquez Morejón
Centro de Salud Mental Guadalquivir
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío
Ronda de Triana, 2, bajo
41010 Sevilla
Correo electrónico: ajvazquez@correo.cop.es

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) constituyen un grupo de diagnósticos cuya relevancia ha empezado a ser reconocida en las últimas décadas. Aunque su prevalencia es limitada en comparación con otras patologías de salud mental, diversos factores le confieren un especial inte-

rés: *a*) la alarma social que originan; *b*) sus complejas manifestaciones orgánicas y psicológicas, que exigen una respuesta coordinada de diversos servicios y profesionales sanitarios; *c*) las graves consecuencias que llega a alcanzar en algunos casos, con disfunción somática, familiar y social, y *d*) el rápido incremento de su prevalencia¹⁻³.

Entre los TCA destaca la bulimia nerviosa (BN), identificada por primera vez por Russell⁴ y caracterizada fundamentalmente por: *a*) episodios recurrentes de atracones; *b*) conductas compensatorias recurrentes (vómitos autoinducidos, ejercicio físico intenso u otros), y *c*) miedo mórbido a engordar.

Su importancia viene apoyada por la considerable prevalencia dentro de los TCA, así diversos estudios apuntan a una prevalencia vida de la BN en mujeres entre 1-4%⁵⁻⁷.

Uno de los problemas para el abordaje efectivo de esta patología es la falta de instrumentos de evaluación en castellano, creados en esta lengua o adaptados a la misma. Aunque existe una amplia variedad de instrumentos de evaluación (al menos 30 específicos para TCA) publicados en otros países, en España, al menos publicadas en revistas científicas, existen únicamente cuatro adaptaciones. En la revisión sistemática realizada por Las Hayas, et al.⁸ se señala la existencia de cuatro instrumentos en castellano para la evaluación de los TCA, todos ellos adaptaciones de instrumentos desarrollados en otros países: Test de Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40)⁹⁻¹⁰, Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2)¹¹, Cuestionario para el Diagnóstico de los Trastornos de Conducta Alimentaria (Q-EDD)¹²⁻¹³ y Cuestionario de Alimentación (EI)¹⁴⁻¹⁵. Y aun en estos casos, ninguno de los instrumentos adaptados cuenta con un análisis psicométrico completo de validez, fiabilidad y sensibilidad⁸. Esta situación pone de manifiesto la necesidad de incentivar la creación y adaptación en castellano de instrumentos de medida relacionadas con los TCA, dado el desfavorable panorama español en este tema en relación con la situación internacional^{16,8} y la utilidad de estos instrumentos, tanto para la identificación de personas con alta probabilidad de presentar un TCA como para la evaluación de los efectos de los tratamientos realizados con los TCA¹⁷.

El presente estudio trata de explorar las características psicométricas de una traducción española del Test de Bulimia (BULIT) en un intento de incrementar el repertorio de instrumentos disponibles para la práctica clínica y la investigación en este importante ámbito de la asistencia sanitaria.

DESCRIPCIÓN DEL TEST DE BULIMIA

Fue diseñado por Smith y Telen¹⁸ con el objetivo de cubrir algunas necesidades detectadas en el ámbito de la evaluación de la BN, como son la distinción entre: *a*) personas con BN frente a sin problemas de TCA; *b*) personas con BN

frente a personas con otros TCA, y *c*) subgrupos de bulimia basados en criterios específicos.

Consta de 32 ítems (más cuatro ítems de carácter informativo relativos a abuso de laxantes y diuréticos, así como sobre amenorrea), cuyos contenidos están en relación con los atracones o comilonas, los cambios en el estado de ánimo, las conductas purgativas y cambios en el peso. Cada ítem se presenta en una escala de 5 puntos (de 1 a 5), en un formato tipo Likert de elección forzada, donde la respuesta son mutuamente exclusiva y exhaustivas. En varios ítems la respuesta más sintomática se presenta al final en vez de al principio para prevenir un sesgo en la respuesta, a causa del orden de presentación (en la corrección estos ítems se invierten para permitir la suma total).

Cada respuesta es puntuada de 1 a 5, subiendo hasta 5 puntos cuanto más se responda en la dirección «bulímica» y bajando hasta 1 punto para aquellos ítems en que se responda en la dirección «normal».

Mediante análisis factorial¹⁸ se identificaron cinco dimensiones: *a*) atracones o descontrol de las comidas (ítems 1, 2, 3, 4, 8, 11, 12, 17, 18, 22, 24, 28, 31, 35); *b*) malestar (ítems 5, 6, 10, 14, 16, 19, 20, 23, 26, 29); *c*) vómitos (ítems 1, 8, 15, 27, 30); *d*) tipo de alimento (ítems 9, 21), y *e*) fluctuación en el peso (ítems 25, 32).

La suma de todos los ítems (excepto los puramente informativos: 7, 33, 34, 36) permite obtener una puntuación global que oscila entre 32 y 160, con una mayor puntuación indicando una mayor intensidad de la sintomatología bulímica. Asimismo, la suma de los ítems correspondientes a cada una de las cinco dimensiones permite obtener las puntuaciones para cada una de ellas. Se obtienen, por tanto, una puntuación global y cinco puntuaciones correspondientes a cada una de las dimensiones.

Los datos obtenidos con la versión original indican que se trata de un instrumento fiable, válido y objetivo para identificar a personas con síntomas bulímicos, confirmando su utilidad para detectar en la población general aquellas personas que presentan BN o que se encuentran en riesgo de sufrirla.

Existe una versión posterior denominada BULIT-R, que se correlaciona intensamente con la primera versión ($r=0,99$), y cuya aportación más importante es la adaptación a los criterios del DSM-III-R¹⁹ y posteriormente al DSM-IV²⁰, sin que en principio presente otras ventajas de mayor interés.

La elección de esta versión inicial del BULIT para esta adaptación viene determinada por motivos diversos, sobre todo razones de orden práctico al contar con la traducción realizada por los autores del presente estudio y que venía siendo utilizada en la práctica asistencial, al tiempo que: *a*) presenta una alta correlación con el BULIT-R, y *b*) arroja

menos falsos negativos que el BULIT-R¹⁹, preferible por tanto para una prueba que tiene, entre otras, una importante función de cribado.

METODOLOGÍA

Sujetos

Ciento diecinueve sujetos han sido atendidos en centros de salud mental, en su mayoría mujeres (97,5%), con una edad media de 23,8 años (DT: 7,94; rango: 13-54). En cuanto al estado civil, 104 son solteras/os y sólo 15 casadas.

Presentan una media de índice de masa corporal (IMC) de 22,16 (desviación estándar [DE]: 4,40; rango: 14,80-35,4).

La distribución por grupos de edad, nivel educativo, diagnóstico y la distribución por rango de IMC se muestra en la tabla 1.

Instrumentos

Test de Actitud hacia la Alimentación (EAT-40)

Cuestionario desarrollado por Garner y Garfinkel⁹ y posteriormente validado para población española por Castro et al.¹⁰. Se trata de uno de los cuestionarios más utilizados para la evaluación de la anorexia nerviosa. Consta de 40 ítems que se contestan en una escala con seis posibles respuestas (desde «nunca» hasta «siempre»). Estas contestaciones, posteriormente, en unos casos se puntúan 3, 2, 1, 0, 0,0 y en otros 0,0, 0, 1, 2, 3, respectivamente. La puntuación total oscila entre 0-120. Proporciona un índice de la gravedad del trastorno de la conducta alimentaria, siendo 21 la puntuación de corte más utilizada.

Procedimiento

En primer lugar se realizaron dos traducciones independientes de la versión original inglesa. Tras contrastar las dos versiones e identificar los puntos de desacuerdo entre ambas, se consensó la traducción de estos puntos a la luz de una revisión más detallada de la versión original y de diversa literatura científica española sobre TCA. Posteriormente se aplicó la escala a 10 sujetos, identificándose términos sujetos a confusión y posibles dificultades en su aplicación, confirmándose posteriormente en entrevista la adecuada comprensión de cada pregunta y de las distintas opciones de respuesta. Finalmente se realizaron los ajustes oportunos en la redacción, tomando en consideración la terminología existente en la literatura española sobre TCA.

La prueba se aplicó a 125 personas, aunque finalmente sólo se incluyeron en los análisis 119 de ellos, ya que los seis restantes presentaban algún ítem sin completar.

Tabla 1		Características sociodemográficas (n = 119)	
Variables	Número de pacientes	Porcentaje	
Edad			
Menos de 15 años	7	5,9	
16-20 años	36	30,3	
21-25 años	42	35,3	
26-30 años	21	17,6	
Más de 30 años	13	10,9	
Nivel educativo			
Estudios primarios	3	2,5	
Graduado escolar	16	13,4	
Bachiller superior/BUP/FP	46	38,7	
Estudios universitarios medio	17	14,3	
Estudios universitarios superiores	13	10,9	
Desconocido	24	20,2	
IMC			
Menos de 17	5	4,2	
17-19,9	29	24,4	
20-24,9	45	37,8	
25-29,9	17	14,3	
Más de 30	7	5,9	
Diagnóstico			
Depresión	2	1,6	
Ansiedad	14	11,8	
Trastorno adaptativo	5	4,2	
Trastorno de personalidad	3	2,5	
Anorexia (F50.0)	14	11,8	
Anorexia (F50.1)	17	14,3	
Bulimia (F50.2)	24	20,2	
Bulimia (F50.3)	29	24,4	
Otros TCA (F50.9)	6	5	
Sin patología	5	4,2	

IMC: índice de masa corporal. TCA: trastornos de la conducta alimentaria.

Con vistas a analizar la fiabilidad temporal, a 30 pacientes se volvió a aplicar el BULIT en un intervalo de 8-10 semanas, si bien finalmente sólo pudieron utilizarse 27 de estas escalas por encontrarse incompletas las tres restantes.

La validez convergente fue evaluada administrando simultáneamente una de las escalas consideradas patrón oro, el EAT-40 de Garner y Garfinkel⁹. Aunque se aplicó en 100 sujetos, finalmente sólo pudieron utilizarse en los análisis 93 de estas aplicaciones por encontrarse incompletas las siete restantes.

El análisis de fiabilidad test-retest se realizó mediante la correlación r de Pearson y la diferencia de medias mediante la t de Student para muestras relacionadas. Asimismo, la validez se exploró mediante la correlación r de Pearson entre la puntuación global en el BULIT y las puntuaciones correspondientes al EAT-40.

La validez de grupos conocidos se exploró comparando, mediante la t de Student para muestras independientes, las puntuaciones obtenidas en el BULIT por dos grupos que presumiblemente presentan diferencias en cuanto a bulimia: personas diagnosticadas a nivel clínico de BN y personas sin diagnóstico de trastorno de conducta alimentaria. El diagnóstico se basó en el juicio clínico disponible en su historia clínica realizado según criterios CIE-10.

RESULTADOS

Estadística descriptiva

La puntuación media global en el BULIT para el conjunto de las personas incluidas en el estudio es de 86,5, con una DE de 28,91 y un rango de 36-154.

Fiabilidad

Consistencia interna

Para el conjunto de la muestra, el coeficiente α de Cronbach muestra una puntuación de 0,934.

Fiabilidad temporal

La fiabilidad temporal para un intervalo de 8-10 semanas, realizada a partir de 27 pacientes, muestra una correlación sustancial y significativa, con una $r=0,83$ para la puntuación global en el BULIT, no existiendo diferencias de medias entre ambas aplicaciones (t : 0,732; global: 26; significación bilateral: 0,471).

Las correlaciones para cada una de dimensiones del BULIT oscila entre 0,66 en tipo de comida y 0,85 en atracón, observándose igualmente que no existen diferencias significativas en ninguna de las puntuaciones.

Existe, por tanto, no sólo correlación, sino concordancia entre las puntuaciones de una y otra aplicación del BULIT.

Validez

Validez convergente

Las puntuaciones globales obtenidas en el BULIT muestran correlaciones significativas con las puntuaciones totales en el EAT ($r=0,38$; $p<0,01$). Asimismo se observan correlaciones entre la puntuación en el BULIT y las tres subescalas

del EAT: oral ($r=0,22$; $p<0,05$), dieta ($r=0,40$; $p<0,01$) y de modo particularmente intenso con bulimia ($r=0,69$; $p<0,01$).

Validez para grupos conocidos

Las puntuaciones obtenidas por dos grupos conocidos a partir del diagnóstico clínico, personas con bulimia frente a personas sin trastornos de la conducta alimentaria, muestran diferencias significativas en la puntuación global del BULIT, así como en cada una de las dimensiones (tabla 2).

Tomando como referencia el punto de corte referido por Smith y Telen⁸⁸ observamos que la prueba permite clasificar correctamente al 90% de los casos diagnosticados de BN y al 100% de los casos sin TCA (tabla 3).

DISCUSIÓN

En términos generales los resultados apoyan sólidamente la fiabilidad y validez de esta adaptación española del BULIT.

La consistencia interna (α : 0,934) de la prueba es considerablemente alta, encontrándose muy por encima del coeficiente 0,70, estimado el mínimo valor aceptable para poder considerar que los ítems miden un mismo constructo.

Igualmente la fiabilidad test-retest para 8-10 semanas es satisfactoria, con una $r=0,83$, similar a la correlación ($r=0,87$) referida por Smith y Telen¹⁸ para un intervalo de 8 semanas y por encima del 0,69, considerado adecuado para un intervalo de 1 mes (Cronbach²¹).

En cuanto a la validez, se observa una correlación moderada con la EAT-40 total ($r=0,38$), lo que en principio podría considerarse aceptable si tenemos en cuenta que esta última

BULIT	Diferencias en el BULIT para personas con diagnóstico de bulimia frente a otras patologías					
	Bulimia (n = 32)		Sin TCA (n = 26)		t	Signif.
	Media	DE	Media	DE		
Excesos	47	13,11	22,5	6,78	8,63	0,00
Sensaciones	39,56	7,83	18,17	5,09	11,67	0,00
Vómitos	16,06	5,40	6,80	1,70	8,43	0,00
Tipo de comida	6,78	2,47	3,42	1,27	6,28	0,00
Peso	4,16	1,74	2,42	0,94	4,55	0,00
Global	110,34	22,67	52,42	10,88	11,94	0,00

TCA: trastornos de la conducta alimentaria.

Diagnóstico	Puntuación global en BULIT			
	Menos 88		88 o más	
	N	%	N	%
	Bulimia (F50.2+ F50.3)	5	10	45
Sin TCA	27	100	0	0

TCA: trastornos de la conducta alimentaria.

está dirigida a la evaluación de actitudes y comportamientos en la anorexia, recogiendo sólo parcialmente los síntomas propios de la BN. No obstante, en un análisis más específico de las correlaciones entre ambas escalas observamos que la dimensión bulimia de la EAT-40 (que evalúa los síntomas más específicos de la BN) muestra una correlación muy sustancial ($r=0,69$) con la puntuación global en el BULIT, similar a $r=0,68$ referida por Smith y Telen¹⁸, lo que apoya de forma muy sólida la validez convergente de esta escala, sobre todo si consideramos que las correlaciones más frecuentemente referidas en la literatura oscilan entre 0,40-0,60²².

En lo que respecta a la sensibilidad del instrumento, los resultados confirman las diferencias significativas entre puntuaciones de personas con diagnóstico de BN frente a personas sin patología relacionada con TCA. Asimismo observamos que la clasificación a partir del punto de corte recomendado en la escala original (88) permite clasificar correctamente a un 90% de las personas con BN, al tiempo que clasifica correctamente a un 100% de personas sin TCA. Estos resultados apoyan ampliamente la utilización de este instrumento como prueba de cribado.

Una limitación de este instrumento, presente igualmente en instrumentos similares, es la imprecisa definición de lo que constituye un atracón²³. Este término, utilizado una y otra vez a lo largo del cuestionario, es interpretado por la persona que completa el cuestionario, dando un margen de error al permitir en algunos casos que una persona llegue a considerar atracón a un pequeño incremento en la cantidad de alimento. No obstante, la observación en la práctica clínica de este posible sesgo nos permite afirmar la escasa frecuencia de esta distorsión, al menos en la población en tratamiento.

Convendría explorar la relación entre esta escala y otras igualmente específicas de BN, como, por ejemplo, la BITE²⁴ u otras que en su momento pudiesen estar adaptadas a nuestro idioma. Asimismo sería de interés explorar la estructura factorial de la escala en su adaptación española para confirmar los factores identificados en la versión inglesa.

En resumen, los resultados apoyan la validez y fiabilidad de esta adaptación española del BULIT.

La disponibilidad de este instrumento es especialmente útil por cuanto permite su utilización para la identificación de BN en población general, ya que permite clasificar correctamente un alto porcentaje de casos con BN, así como para cuantificar la gravedad de los síntomas bulímicos.

La disponibilidad de este instrumento es especialmente útil dada su importancia para el trabajo clínico y la investigación al permitir tanto la identificación de pacientes con BN como la medición de la gravedad de los síntomas, aspecto esencial para la evaluación de resultados de los distintos tipos de tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Toro J, Cervera M, Pérez P. Body shape, publicity and anorexia nervosa. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1988;23:132-6.
2. Padierna Acero A, Silva Gordon A, Jorcajo MJ, Vicente Escandell MJ, Ponte J, López González E. *Anal Psiquiatr* 1999;15: 325-8.
3. Ruiz-Lázaro PM. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. *Actas Esp Psiquiatr* 2003;31:85-94.
4. Russell GEM. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979;9:429-49.
5. Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Spegg C, Goldbloom DS, Kennedy S, et al. Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. *Am J Psychiatry* 1995;152: 1052-8.
6. Kendler KS, MacLean C, Neale M, Kessler R, Heath A, Eaves L. The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1991; 148:1627-37.
7. Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003;34:383-96.
8. Las Hayas Rodríguez C, Quintana López JM, Padierna Acero A, Muñoz P, Urresti B, Madrazo A. Revisión de la literatura sobre medidas psicométricas para personas con un trastorno de la alimentación. *Clín Sal* 2003;14:221-43.
9. Garner DM, Garfinkel PE. The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979;9:273-9.
10. Castro J, Toro J, Salamero M, Guimera E. The eating attitudes test: validation of the Spanish version. *Psychol Assess* 1991;7:175-90.
11. Garner DM. *Manual EDI-2: Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: TEA, 1998.
12. Mintz LB. Questionnaire for eating disorder diagnoses: reliability and validity of operationalizing DSM-IV criteria into self-report format. *J Couns Psychol* 1997;44:63-79.
13. Rivas T, Bersabe R, Castro S. Propiedades psicométricas del cuestionario para el diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria (Q-EDD). *Psicol Conduct* 2001;9:255-66.
14. Stunkard AJ, Messik S. The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint disinhibition and hunger. *J Psychosom Res* 1985;29:71-3.
15. Sánchez-Carracedo D, Raich i Escursell R, Figueras Piqueras M, Torras Clarasó J, Mora Giral M. Adaptación preliminar del cues-

- cionario de alimentación de Stunkard y Messik (Three Factor Eating Questionnaire, TFEQ) con una muestra española universitaria. *Psicol Conduct* 1999;7:393-416.
16. Toro Trallerlo J, Castro Forniellas J. Trastornos del comportamiento alimentario. En: Bulbena Vilarrasa A, Berrios GE, Fernández de Larrinoa Palacios P, editores. *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson, 2000; p. 215-24.
 17. Smith DE, Marcus MD, Eldredge KL. Binge eating syndromes: a review of assessment and treatment with an emphasis on clinical application. *Behav Ther* 1994;25:635-58.
 18. Smith MC, Thelen MH. Development and validation of a test for Bulimia. *J Consult Clin Psychol* 1984;52:863-72.
 19. Thelen MH, Farmer J. A revision of the Bulimia Test: the BULIT. *R J Consult Clin Psychol* 1991;3:119-24.
 20. Thelen MH, Mintz LB, Vander Wal JS. The Bulimia Test revised: validation with DSM-IV criteria for bulimia nervosa. *Psychol Assess* 1996;8:219-21.
 21. Cronbach LJ. *Essentials of psychological testing*. Nueva York: MacMillan, 1970.
 22. McDowell I, Newell C. *Measurement health: a guide to rating scales and questionnaires*, 2.^a ed. Oxford: Oxford University Press, 1996.
 23. Wilfley DE, Schwartz MB, Spurrell EB, Fairburn CG. Assessing the specific psychopathology of binge eating disorder patients: interview or self-report? *Behav Res Ther* 1997;35:1151-9.
 24. Henderson M, Freeman CPL. A self-rating scale for bulimia. *B J Psychiatry* 1987;150:18-24.