



Anuario de Investigaciones

ISSN: 0329-5885

anuario@psi.uba.ar

Universidad de Buenos Aires
Argentina

Góngora, Vanesa; Grinhauz, Aldana Sol; Suárez Hernández, Nora
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES: UN ESTUDIO
SOBRE CONDUCTAS Y COGNICIONES

Anuario de Investigaciones, vol. XVI, 2009, pp. 25-31

Universidad de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139945002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES: UN ESTUDIO SOBRE CONDUCTAS Y COGNICIONES

EATING DISORDERS IN ADOLESCENTS: A STUDY OF BEHAVIORS AND COGNITIONS

Góngora, Vanesa¹; Grinhauz, Aldana Sol²; Suárez Hernández, Nora³

RESUMEN

El objetivo de este estudio es evaluar conductas, cogniciones específicas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y creencias básicas en adolescentes, y compararlas por género y grupos de edad. Participaron 553 estudiantes de escuelas medias de la Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense (42.3% hombres y 57.7% mujeres). La edad media fue 14.83 años (DE = 1.5) y el IMC promedio fue 20.60 (DE = 2.8). Se administraron: una encuesta de síntomas alimentarios, el inventario ICA de conductas alimentarias y los cuestionarios de esquemas SQ y MAC-R de cogniciones. Un 13.79% de las mujeres y un 11.11% de los varones mostrarían sintomatología compatible con un TCA de acuerdo a la escala ICA y, un 11.2% de mujeres y un 10.68% de varones conforme a la MAC-R. Las mujeres y el grupo de 16 a 18 años mostraron conductas y cogniciones específicas de los TCA más severas.

Palabras clave:

Conductas - Cogniciones - Adolescentes - Trastornos de la conducta alimentaria

ABSTRACT

The aim of this study is to assess behaviors, specific cognitions related to eating disorders (ED) and core beliefs in adolescents, and to compare them by gender and age groups. The sample was composed of 553 students of middle schools of Buenos Aires city (42.3% men and 57.7% women). The mean age was 14.83 years old (SD = 1.5) and mean BMI was 20.60 (SD = 2.8). The instruments used were: an eating habits self-report, the Rosenberg self-esteem scale, the MAC-R eating cognitions' questionnaire, and the SQ schema questionnaire. A 13.79% of women and 11.11% of men showed symptoms related to ED according to the ICA scale, whereas an 11.2% of women and a 10.68% of men showed ED symptoms according to MAC-R. Women and the age group of 16 to 18 years old had more severe behaviors and specific cognitions related to ED.

Key words:

Behaviors - Cognitions- Adolescents - Eating disorders

¹ Góngora, Vanesa; Dra. en Psicología. Investigadora asistente del CONICET. Jefa de Trabajos Prácticos de la cátedra Teoría y Técnica de Exploración y Diagnóstico Psicológico, Módulo I, cátedra II. Directora del proyecto UBACyT P602 "Evaluación de conductas y cogniciones relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios". E-mail: vgongora@psi.uba.ar

² Grinhauz, Aldana Sol; Lic. en Psicología. Ayudante de Trabajos Prácticos de de la cátedra Teoría y Técnica de Exploración y Diagnóstico Psicológico, Módulo I, cátedra II. Becaria estímulo UBACyT en el proyecto P602.

³ Suárez Hernández, Nora Lic. en Psicología. Ayudante de Trabajos Prácticos de de la cátedra Teoría y Técnica de Exploración y Diagnóstico Psicológico, Módulo I, cátedra II. Integrante del proyecto P602.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) tienen alta prevalencia en población femenina adolescente. Estudios precedentes realizados en Argentina indican la presencia de sintomatología relacionada con los TCA en un 19.2% a un 58% de las adolescentes (Bay, Herscovici, Kovalskys, Orellana, & Bergesio, 2005; Leiderman & Triskier, 2004; Lenoir & Silber, 2006; Torresani, 2003). Las altas tasas en la adolescencia responden a que los TCA se inician generalmente en este período y, si no son tratados oportunamente, generalmente se mantienen hasta los primeros años de la edad adulta (Fairburn & Brownell, 2002; Torresani, 2003). En estudios con pacientes con bulimia nerviosa de la ciudad de Buenos Aires se encontró que la edad media de inicio del trastorno era de 16.37 años (D.E. 2.87) (Gongora, 2003). Esto hace que el estudio de los TCA sea altamente relevante en este grupo de edad.

Los modelos cognitivos de los TCA asumen que las cogniciones tienen un papel fundamental en el desarrollo y mantenimiento del trastorno (Fairburn, 2000; Vitousek & Hollon, 1990). Existen dos tipos de cogniciones en los TCA: las específicas al trastorno que se refieren a la alimentación, la forma corporal y el peso (Cooper, Wells, & Todd, 2004; Mizes et al., 2000); y las personales, que son creencias generalizadas acerca de sí mismo (Vitousek & Hollon, 1990). Las creencias personales sostendrían los bajos niveles de autoestima que usualmente presentan las pacientes y son fundamentales en el mantenimiento del trastorno (Byrne & McLean, 2002; Cooper et al., 2004; Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003).

Dentro de este grupo se ha encontrado evidencia de un nivel más profundo de creencias, basado en la teoría de esquemas (Young, 1990), que se caracterizarían por ser de desarrollo temprano, absolutas y duraderas (Cooper & Burrows, 2001; Cooper, Rose, & Turner, 2005; Waller, Dickson & Ohanian, 2002; Waller, Ohanian, Meyer & Osman, 2000). Esta teoría asume que las creencias o esquemas han sido desarrolladas a través de experiencias disfuncionales con las personas significativas en la temprana infancia e incluyen contenidos referidos al sí mismo y a las relaciones interpersonales propias. Estas creencias poseen mecanismos de autoperpetuación por lo que son más difíciles de modificar que otro tipo de creencias (Young, 1990). Algunas de las creencias básicas descritas en pacientes bulímicas se refieren a la pérdida de control, la imperfección, el temor al fracaso, el aislamiento social y la dependencia (Cooper et al., 2005; Cooper, Rose & Turner, 2006; Cooper, Todd & Wells, 1998; Leung & Price, 2007; Leung, Waller & Thomas, 1999; Waller et al., 2002; Waller et al., 2000).

Algunos estudios demostraron que existiría una relación significativa entre las creencias básicas y las cogniciones específicas de los TCA en pacientes con bulimia nerviosa (Gongora, Derksen, & van-der-Staak, 2004; Waller et al., 2000). Investigaciones recientes han señalado que la utilización conjunta de medidas sobre cogni-

ciones específicas y creencias personales permitirían una mejor discriminación de adolescentes con y sin TCA así como diferenciar sintomatología subclínica de TCA de sintomatología depresiva en esa población (Cooper et al., 2005, 2006; Muris, 2006).

La mayoría de los estudios realizados en Argentina en población adolescente se basan en encuestas de opinión para evaluar la prevalencia de TCA. Dichos estudios indicaron que un 23.5% de estudiantes adolescentes presentaban conductas bulímicas y un 43% seguían una dieta al menos una vez por semana (Leiderman & Triskier, 2004). Otro estudio basado en una encuesta informó la existencia de un 5.3% de prevalencia de todo tipo de patologías alimentarias en los distintos niveles educativos, del cual un 58.4% pertenecía al nivel secundario (Lenoir & Silber, 2006). Por otra parte, una investigación llevada a cabo con el EDE-Q, un cuestionario de uso internacional cuyas propiedades han sido ampliamente evaluadas, identificaba un 19.2% de conductas vinculadas a los TCA, de los cuales un 24% correspondía a mujeres y un 12% a varones (Bay et al., 2005). Si bien la mayoría de las investigaciones hasta ahora realizadas en adolescentes se han centrado en la descripción de conductas relacionadas a los TCA; no se cuenta con estudios que hayan integrado dichas conductas con el sistema de creencias y cogniciones.

El objetivo de este trabajo consiste en: a) evaluar conductas, cogniciones específicas y creencias básicas en adolescentes, b) comparar las conductas relacionadas con los TCA, cogniciones específicas y creencias básicas por: género y grupos de edad.

Se espera que entre un 20-25 % de la muestra presente síntomas relacionados con los TCA. Se espera también que las mujeres puntúen más alto que los varones en todas las variables en particular en el grupo de 16 a 18 años de edad.

MÉTODO

Muestra

Participaron 553 adolescentes que asisten a escuelas de educación media de la Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense (42.3% hombres y 57.7% mujeres). La edad media fue de 14.83 años (DE = 1.5) y el IMC promedio fue de 20.60 (DE = 2.8).

Instrumentos

Encuesta sociodemográfica y de síntomas alimentarios. Se confeccionó una encuesta que indagaba sobre: variables demográficas (sexo, edad, nivel educativo de los padres, ocupación de los padres, lugar de residencia) y variables relativas a la patología alimentaria: peso, altura, tratamiento actual por trastornos de alimentación, tratamiento previo por trastornos de alimentación, frecuencia semanal de atracones (0-7), frecuencia semanal de conductas purgativas (0-7), frecuencia semanal de conducta dietante (0-7), frecuencia semanal de actividad física (0-7).

SQ (Cuestionario de Esquemas). Es un inventario de 75 ítems (Schmidt, Joiner, Young, & Telch, 1995) diseñado para evaluar 15 esquemas maladaptativos tempranos. Se cuenta con una versión en español que ha sido utilizada en pacientes bulímicas argentinas evidenciando adecuada consistencia interna (Gongora, van-der-Stak, & Derksen, 2004).

ICA (Inventario de Conductas alimentarias). Este instrumento de 91 ítems basado en la EDI-2 (Garner, 1991). Para este estudio se utilizarán las tres escalas específicas del trastorno (Deseos de Adelgazar, Bulimia, Insatisfacción corporal). El instrumento cuenta con estudios de validación locales (Casullo, Castro Solano, & Gongora, 1996; Casullo, Gonzalez Barron, & Sifre, 2000).

MAC (Cuestionario de cogniciones anoréxicas de Mizes). Evalúa variables cognitivas específicas consideradas centrales en la anorexia y la bulimia (Mizes et al., 2000): percepción del peso y la alimentación como base de la aprobación de los otros, la creencia que un autocontrol rígido es fundamental para su autoestima y la rigidez en el peso y los esfuerzos en la regulación de la alimentación. Estudios locales con pacientes bulímicas encontraron adecuados niveles de consistencia interna y validez convergente (Gongora, Derksen et al., 2004).

Procedimiento

La administración de las pruebas se realizó en forma grupal en cada curso, los cuales fueron elegidos al azar con un máximo de 30 personas en cada uno. Las administraciones fueron llevadas a cabo por miembros del equipo de investigación: becario e investigadores. La duración de cada administración fue entre 45 y 60 minutos (dos módulos de clase).

Los participantes fueron informados del objetivo de la investigación y sus padres firmaron un consentimiento informado. Se incluyeron en el estudio sólo aquellos alumnos cuyos padres autorizaron su participación.

RESULTADOS

Síntomas relacionados con los TCA

Los datos de la encuesta sociodemográfica y de síntomas alimentarios indicaron que un 40.4% de los participantes realizaba actividad física con una frecuencia de 4 a 7 veces por semana, un 24.1% seguía una dieta al menos una vez por semana, un 51.1% manifestó tener al menos un atracón por semana y un 6% reportó conductas purgativas al menos una vez por semana. Un 7.4% de la muestra había realizado tratamientos anteriores por TCA y un 2.2% lo hacía al momento de la evaluación.

Por otro lado, se evaluaron la severidad de los síntomas conforme a los datos suministrados por los inventarios ICA y MAC.

Para analizar los datos de la ICA se tomaron en cuenta la variable género y los datos normativos de la prueba. Se utilizó como punto de corte los puntajes brutos 16 para mujeres y 11 para varones equivalentes al percen-

til 90 para ambos casos en la escala Deseos de Adelgazar. El criterio utilizado del percentil 90 corresponde a lo recomendado en estudios internacionales para considerar que la persona tiene una alta probabilidad de presentar un trastorno alimentario (Garner, 1991; Garner et al., 1990). Teniendo en cuenta este punto de corte, un 13.79% de las mujeres y un 11.11% de los varones pertenecientes a la muestra mostraría sintomatología compatible con un TCA de acuerdo a la escala ICA.

Un procedimiento similar se realizó con la escala MAC-R. Se tomaron las puntuaciones brutas 75 para mujeres y 70 para varones como corte para considerar un posible caso clínico, equivalente a un percentil 90. El 11.2% de mujeres y 10.68% de varones de la muestra evidenció cogniciones relacionadas con el cuerpo y la alimentación similares a pacientes con TCA.

Cogniciones y creencias básicas:

comparación por género

Dado que las conductas y cogniciones relacionadas con los TCA suelen presentar diferencias por género, se realizaron pruebas t de comparación de medias utilizando las subescalas del MAC-R, las escalas sobre síntomas alimentarios de la escala ICA, las subescalas del SQ y la frecuencia de actividad física, conducta dietante, atracones y conducta purgativa de la encuesta sociodemográfica como variables dependientes. En la Tabla 1 se presentan las puntuaciones medias y desvíos estándares por género y los resultados de las pruebas t. Las pruebas t indicaron que las mujeres presentaron mayor: Conducta Dietante, y como base de la Autoestima Purgativa, creencias relacionadas con el Autocontrol, Control Rígido del Peso, Deseos de Adelgazar, Insatisfacción Corporal y creencias básicas de Abandono, Autosacrificio y Vulnerabilidad. Por su parte, los varones presentaron mayor frecuencia de Actividad Física y mayor Inhibición Emocional.

Cogniciones y creencias básicas:

comparación por grupo de edades

Se dividió la muestra en dos grupos: un grupo conformado por 358 alumnos de 13 a 15 años (64.7%), y un segundo grupo conformado por 195 alumnos de 16 a 18 años (35.3%). Se realizaron pruebas t de comparación de medias siguiendo el mismo procedimiento que en la comparación por género. Las puntuaciones medias, desvíos estándares por grupo de edades así como los valores de las pruebas t se presentan en la Tabla 2.

Las pruebas t indicaron que el grupo compuesto por alumnos de 16 a 18 años presentaron mayor nivel de: Desconfianza, Parámetros Infalibles, Inhibición Emocional, Autocontrol Insuficiente, Aislamiento Social, Grandiosidad, Bulimia e Insatisfacción Corporal. Por su parte, el grupo compuesto por alumnos de 13 a 15 años presentó mayor frecuencia de Actividad Física, Dependencia y Atrapamiento.

DISCUSIÓN

El primer objetivo de este trabajo fue la evaluación de conductas, cogniciones específicas y creencias básicas en adolescentes. Conforme a los datos obtenidos por la encuesta un 6% de los adolescentes presentaba conductas purgativas. Este porcentaje es bastante significativo considerando que es una conducta claramente relacionada con los TCA con bajas posibilidades de resultados falsos positivos. Por otro lado, un 51.1% manifestó comer grandes cantidades de comida en corto tiempo y con sensación de pérdida de control. Si bien el porcentaje es muy elevado, entrevistas posteriores hacen sospechar que dichos resultados responden más a atracones subjetivos que a un atracón propiamente dicho. Por consiguiente, se debe tomar con recaudo el porcentaje mencionado. Un 24.1% manifestó realizar dietas al menos una vez por semana, este porcentaje es significativamente inferior al reportado en el estudio de Leiderman y Triesker (Leiderman & Triskier, 2004). Por otro lado, un 7.4% había realizado tratamientos previos por TCA. Aunque el porcentaje es relevante teniendo en cuenta que se trata de adolescentes, cabe considerar que muchos adolescentes incluyeron otros tipos de trastornos alimenticios que requerían tratamiento nutricional (enfermedad celíaca, diabetes, etc.).

Sobre la base de los datos de los inventarios, un 13.8% de las mujeres según la escala ICA o un 11.2% según el MAC-R presentarían síntomas relacionados con los TCA. Un 11.1% en base a la ICA o un 10.7% conforme al MAC-R de los varones evaluados mostraban sintomatología significativa vinculada a los TCA. Estos porcentajes, levemente superiores al 10% son bastante inferiores a lo planteado en las hipótesis de este estudio y a los resultados de estudios previos con población adolescente particularmente en mujeres (Bay et al., 2005; Leiderman & Triskier, 2004). En ambos casos, se esperaba que la prevalencia rondara el 20 al 25%. Estas diferencias podrían deberse a que en el presente estudio se utilizó un punto de corte bastante estricto para evitar falsos positivos.

El segundo objetivo se orientó en comparar las conductas, cogniciones específicas y creencias básicas por género y grupo de edades.

Conforme a las hipótesis planteadas, las mujeres presentaron mayor conducta dietante y purgativa y creencias específicas relacionadas con los TCA que los varones. Asimismo, manifestaron creencias más severas en cuanto a esperar que las relaciones significativas, de una forma u otra, terminen en forma inminente (Abandono), la creencia de que en cualquier momento puede ocurrir un evento azaroso catastrófico (Vulnerabilidad) y una excesiva atención a las necesidades de los demás postergando la propia gratificación (Autosacrificio). Los varones señalaron mayor actividad física y una creencia en una excesiva inhibición de la expresión de sentimientos (Inhibición emocional).

Por otra parte, el grupo de edad de 16 a 18 años mostró tener mayor insatisfacción con el propio cuerpo (Insatisfacción Corporal) y mayor tendencia a involucrarse en tareas relacionadas con el comer excesivo (Bulimia). Asimismo, manifestó creencias básicas más severas relacionadas con la idea de que lo que se hace nunca es lo suficientemente bueno y que siempre uno se debe esforzar más (Parámetros Inquebrantables), la percepción que los otros ocasionarán un daño emocional de manera intencional (Desconfianza), una excesiva inhibición de la expresión de sentimientos (Inhibición Emocional), una dificultad persistente para ejercer autocontrol y tolerancia a la frustración (Autocontrol Insuficiente), la sensación de estar aislado del resto del mundo y de ser diferente a los demás (Aislamiento Social) y la creencia de que uno es superior a los demás (Grandiosidad). Es decir, en el grupo de mayor edad se presenta una problemática más severa con el tema corporal y alimentario, en coincidencia con la hipótesis planteada en este trabajo. Por otra parte, evidencia mayor severidad en las creencias, lo que sugeriría también una mayor problemática psicopatológica asociada (Riso, du Toit, Stein, & Young, 2007). Por su parte, el grupo de 13 a 15 años mostró mayor frecuencia de actividad física y creencias más intensas de estar excesivamente unido a personas significativas a expensas de la propia individualidad (Atrapamiento) y de ser incapaz de realizar tareas diarias sin ayuda de los demás (Dependencia). Resulta bastante lógico que el grupo menor edad evidencie mayor dependencia y atrapamiento con sus figuras significativas comparado con el grupo de mayor edad.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentra una menor proporción de participantes en el grupo de 16 a 18 años. Sería conveniente en futuras etapas de esta investigación ampliar el número de participantes del grupo de mayor edad así como incluir un mayor número de escuelas de distintas zonas de Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense para tener una mayor representatividad de la población.

Finalmente, esta investigación ha permitido estudiar, no sólo sintomatología relacionados con los TCA, sino también creencias básicas y cogniciones específicas relacionadas con los TCA en población adolescente. Para ello se ha utilizado instrumentos psicométricos de uso internacional y con criterios de corte más estricto conforme a estudios previos en el área.

Según los resultados de esta investigación alrededor del 10% de los estudiantes de nivel medio presentarían sintomatología importante relacionada con los TCA, siendo más severo en mujeres y en el grupo de 16 a 18 años. Se hace necesario entonces desarrollar estrategias de intervención para este grupo significativo de adolescentes con importantes problemas de la conducta alimentaria.

Tabla 1. Comparación entre las puntuaciones de la encuesta de síntomas alimentarios, MAC-R, ICA y SQ por género

Variables	Hombres		Mujeres		t
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Act. Física	3.98	1.57	2.74	1.47	9.54***
Dieta	.49	1.27	1.06	2.01	-4.05***
Atracones	1.03	1.39	1.13	1.50	-0.79
Conducta Purgativa	.03	.15	.22	.88	-3.89***
Autocontrol	19.29	5.63	22.64	6.72	-6.34***
Regulación del Peso	17.28	4.77	18.50	5.36	-2.77**
Aprobación de otros	17.72	4.49	17.50	5.03	0.52
Deseos de Adelgazar	4.41	4.51	7.96	5.62	-8.21***
Bulimia	3.70	3.40	4.26	3.42	-1.90
Insatisfacción Corporal	6.61	5.49	10.48	6.21	-7.75***
Privación Emocional	9.27	3.71	9.39	4.64	-.33
Abandono	11.26	4.60	13.55	5.79	-5.16***
Desconfianza	11.55	4.56	12.09	4.31	-1.14
Dependencia	11.50	4.46	11.78	4.57	-.72
Imperfección	9.57	3.71	9.29	3.46	.90
Parámetros infalibles	16.17	4.84	15.73	5.00	1.02
Autosacrificio	12.83	4.53	14.12	4.63	-.17**
Vulnerabilidad	12.83	4.53	13.84	4.80	-2.50*
Atrapamiento	9.88	3.67	9.79	3.74	.27
Fracaso	10.73	4.69	11.55	5.08	-1.93
Inhibición emocional	11.36	4.97	10.45	4.66	2.19*
Autocontrol Insuficiente	14.50	4.74	14.80	5.03	-.73
Aislamiento social	9.81	4.49	9.21	3.84	1.63
Grandiosidad	12.63	4.27	12.63	4.24	-.01
Sometimiento	10.61	3.92	11.16	4.08	-1.58

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Tabla 2. Comparación entre las puntuaciones de la encuesta de síntomas alimentarios, MAC-R, ICA y SQ por grupo de edad

Variables	Grupo 13 a 15 años		Grupo 16 a 18 años		t
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Act. Física	3.38	1.54	3.06	1.76	2.13*
Dieta	.75	1.65	.95	1.93	-1.26
Atracones	1.01	1.40	1.22	1.55	-1.63
Conducta Purgativa	.15	.70	.13	.66	.29
Autocontrol	21.17	6.45	21.32	6.58	-.26
Regulación del Peso	18.10	5.19	17.77	5.09	.69
Aprobación de otros	17.60	4.81	17.57	4.82	.08
Deseos de Adelgazar	6.21	5.28	6.91	5.76	-1.44
Bulimia	3.75	3.31	4.54	3.57	-2.63**
Insatisfacción Corporal	8.43	6.13	9.60	6.32	-2.12*
Privación Emocional	9.44	4.41	9.15	4.00	.76
Abandono	12.51	5.48	12.72	5.36	.44
Desconfianza	11.50	4.33	12.65	4.49	-2.95*
Dependencia	12.08	4.67	10.89	4.13	2.97*
Imperfección	9.58	3.70	9.09	3.29	1.55
Parámetros infalibles	15.56	4.75	16.56	5.19	-2.29*
Autosacrificio	13.44	4.21	13.93	4.80	-1.19
Vulnerabilidad	13.53	4.69	13.20	4.76	.78
Atrapamiento	10.08	3.74	9.35	3.62	2.20*
Fracaso	11.38	5.07	10.87	4.66	1.15
Inhibición emocional	10.41	4.60	11.62	5.09	-2.82**
Autocontrol Insuficiente	14.29	4.96	15.37	4.74	-2.48*
Aislamiento social	9.04	3.94	10.25	4.37	-3.31**
Grandiosidad	12.22	4.07	13.37	4.47	-3.07**
Sometimiento	11.03	4.21	10.74	3.65	.78

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bay, L.; Herscovici, C.R.; Kovalskys, I.; Orellana, L. & Bergesio, A. (2005). Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 103(4), 305-316.
- Byrne, S.M. & McLean, N.J. (2002). The cognitive-behavioral model of bulimia nervosa: A direct evaluation. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 17-31.
- Casullo, M.M.; Castro Solano, A. & Gongora, V.C. (1996). El uso de la escala EDI-2 (Eating Disorders Inventory) con estudiantes secundarios argentinos. *Revista Iberoamericana de Evaluación Psicológica*, 2, 45-73.
- Casullo, M.M.; Gonzalez Barron, R. & Sifre, S. (2000). Factores de riesgo asociados y comportamientos alimentarios. *Psicología Contemporánea*, 7(1), 66-73.
- Cooper, M. & Burrows, A. (2001). Underlying assumptions and core beliefs related to eating disorders in the mothers of overweight girls. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(2), 143-149.
- Cooper, M.; Rose, K.S. & Turner, H. (2005). Core Beliefs and the Presence or Absence of Eating Disorder Symptoms and Depressive Symptoms in Adolescent Girls. *International Journal of Eating Disorders*, 38(1), 60-64.
- Cooper, M.; Rose, K.S. & Turner, H. (2006). The specific content of core beliefs and schema in adolescent girls high and low in eating disorder symptoms. *Eating Behaviors*, 7(1), 27-35.
- Cooper, M.; Todd, G. & Wells, A. (1998). Content, origins, and consequences of dysfunctional beliefs in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12(3), 213-230.
- Cooper, M.; Wells, A. & Todd, G. (2004). A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 1-16.
- Fairburn, C.G. (2000). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. En F. Flach (Ed.), *The Hatherleigh guide to psychiatric disorders, Part II. The Hatherleigh guides series* (pp. 69-88). Long Island City, NY: Hatherleigh Company, Ltd.
- Fairburn, C.G. & Brownell, K. (2002). *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook* (Second Edition ed.). New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C.G.; Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behavior Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Garner, D.M. (1991). *Eating Disorder Inventory - 2*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D.M.; Olmsted, M.P.; Davis, R.; Rockert, W.; Goldbloom, D. & Eagle, M. (1990). The association between bulimic symptoms and reported psychopathology. *International Journal of Eating Disorders*, 9(1), 1-15.
- Gongora, V.C. (2003). *Core beliefs in Argentinean bulimic patients*. Nijmegen: QuickPrint.
- Gongora, V.C.; Derksen, J.J.L. & Van-der-Staak, C.P.F. (2004). The Role of Core Beliefs in the Specific Cognitions of Bulimic Patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(4), 297-303.
- Gongora, V.C.; Van-der-Staak, C.P.F. & Derksen, J.J.L. (2004). Personality Disorders, Depression, and Coping Styles in Argentinean Bulimic Patients. *Journal of Personality Disorders*, 18(3), 272-285.
- Leiderman, E. & Triskier, F. (2004). Actitudes, conductas alimentarias y rasgos obsesivo-compulsivos en adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires. *Vertex - Revista Argentina de Psiquiatría*, 15(57), 175-179.
- Lenoir, M. & Silber, T. (2006). Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1). Criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 104(3), 253-260.
- Leung, N. & Price, E. (2007). Core beliefs in dieters and eating disordered women. *Eating Behaviors*, 8(1), 65-72.
- Leung, N.; Waller, G. & Thomas, G. (1999). Core beliefs in anorexic and bulimic women. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(12), 736-741.
- Mizes, J.S.; Christiano, B.; Madison, J.; Post, G.; Seime, R. & Varnado, P. (2000). Development of the Mizes Anorectic Cognitions Questionnaire-Revised: Psychometric properties and factor structure in a large sample of eating disorder patients. *International Journal of Eating Disorders*, 28(4), 415-421.
- Muris, P. (2006). Maladaptive Schemas in Non-Clinical Adolescents: Relations to Perceived Parental Rearing Behaviours, Big Five Personality Factors and Psychopathological Symptoms. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13(6), 405-413.
- Riso, L.P.; du Toit, P.L.; Stein, D.J. & Young, J.E. (2007). *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Schmidt, N.B.; Joiner, T.E.; Young, J.E. & Telch, M.J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19(3), 295-321.
- Torresani, M. (2003). Conductas alimentarias y prevalencia del riesgo de padecer trastornos alimentarios en estudiantes de nutrición. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 9(1), 30-33.
- Vitousek, K.B. & Hollon, S.D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14(2), 191-214.
- Waller, G.; Dickson, C. & Ohanian, V. (2002). Cognitive content in bulimic disorders: Core beliefs and eating attitudes. *Eating Behaviors*, 3(2), 171-178.
- Waller, G.; Ohanian, V.; Meyer, C. & Osman, S. (2000). Cognitive content among bulimic women: The role of core beliefs. *International Journal of Eating Disorders*, 28(2), 235-241.
- Young, J.E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota: FL: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.

Fecha de recepción: 1 de marzo de 2009

Fecha de aceptación: 22 de mayo de 2009