

Anuario de Investigaciones

Anuario de Investigaciones

ISSN: 0329-5885

anuario@psi.uba.ar

Universidad de Buenos Aires
Argentina

Vega, Verónica C.; Piccini, Marta; Barrionuevo, José A.; Tocci, Romina F.
DEPRESIÓN Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN UNA MUESTRA
NO CLÍNICA DE ADOLESCENTES MUJERES

Anuario de Investigaciones, vol. XVI, 2009, pp. 103-114
Universidad de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139945010>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en 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

DEPRESIÓN Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN UNA MUESTRA NO CLÍNICA DE ADOLESCENTES MUJERES

DEPRESSION AND EATING DISORDERS IN
A NON CLINICAL SAMPLE OF ADOLESCENT WOMEN

Vega, Verónica C.¹; Piccini, Marta²; Barrionuevo, José A.³; Tocci, Romina F.⁴

RESUMEN

Este trabajo tiene por objetivo investigar si existe alguna asociación entre la Depresión y la sintomatología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, en una muestra no clínica de 700 adolescentes mujeres de 12 a 21 años de edad.

Durante 2008, se aplicaron de manera auto-administrada 2 cuestionarios: el Beck Depression Inventory-BDI (Beck, 1972) y el Eating Attitude Test-EAT-26 (Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982) en escuelas públicas de un Distrito bonaerense.

Los resultados arrojan una asociación entre ambos instrumentos. Se analiza la relación entre las variables Depresión-TCA, en cada fase de la adolescencia, (temprana, media y tardía); confirmándose correlaciones en los 3 segmentos etáreos. Finalmente, se rastrea qué ítems del test de Beck son los mejores predictores de cada escala del EAT-26 y del total de dicho cuestionario. Conclusiones: Los resultados hallados confirman la asociación entre ambos trastornos. Se sugiere ahondar en el estudio de la comorbilidad.

Palabras clave:

Depresión - Trastornos de la Conducta Alimentaria - Adolescencia

ABSTRACT

The aim of the work was to research of the association between Depression and Eating Disorders in a non clinical female sample of 700 adolescents between 12 and 21 years old.

During 2008, 2 questionnaires were self-administered: the Beck Depression Inventory-BDI (Beck, 1972) and the Eating Attitude Test-EAT-26 (Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982) in state schools of a suburb of Buenos Aires.

Results show a high correlation between the test of Beck and the Eating Attitude Test. The relation between both variables (depression and TCA) in each phase of the adolescence (early, middle and late) was also analyzed; confirming the correlations in the 3 segments.

Finally it was tracked which items of the test of Beck were the best predictors of each scale of the EAT-26 and the total of this questionnaire. Conclusions: Results confirm association between both disorders. Suggestion of studying comorbidity is been made.

Key words:

Depression - Eating Disorders - Adolescence

¹ Vega, Verónica C.; Lic. en Psicología (USAL). Doctora de la Universidad de Buenos Aires, área Psicología (UBA). Co-Directora del Proyecto UBACyT P416: "Tipos de Apego en Adolescentes Mujeres con Trastornos de la Conducta Alimentaria". Jefa de Trabajos Prácticos de la Cátedra I de Psicología Evolutiva Adolescencia, Facultad de Psicología-UBA. E-mail: vvega@psi.uba.ar

² Piccini, Marta; Lic. en Psicología (UBA). Directora del Proyecto UBACyT P416: "Tipos de Apego en Adolescentes Mujeres con Trastornos de la Conducta Alimentaria" y del Proyecto: "Transformaciones lógicas del Yo en la Adolescencia y correlación con la lógica yoica materna/paterna", en el marco del Programa de Fomento a la Investigación. E-mail: martavegar@yahoo.com.ar

³ Barrionuevo, José A.; Lic. en Psicología (UBA). Profesor Adjunto a cargo de la titularidad de la Cátedra I de Psicología Evolutiva Adolescencia, Facultad de Psicología-UBA. Co-Director del Proyecto UBACyT P416: "Tipos de Apego en Adolescentes Mujeres con Trastornos de la Conducta Alimentaria".

⁴ Tocci, Romina F.; Lic. en Psicología (UBA). Ayudante de Primera de la Cátedra I de Psicología Evolutiva Adolescencia, Facultad de Psicología-UBA. Investigadora de Apoyo del Proyecto UBACyT P416: "Tipos de Apego en Adolescentes Mujeres con Trastornos de la Conducta Alimentaria".

1. INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen un problema de salud con un alto impacto en nuestra sociedad, cuya incidencia ha ido aumentando desde los años '70 hasta la actualidad de manera alarmante (Iglesias, 2003; Vega, 2004).

Durante 2001 y 2002, la Cátedra I de Psicología Evolutiva Adolescencia (a través de una beca de Doctorado)¹ trabajó con una población escolar de 1720 adolescentes mujeres de 13 a 23 años y halló una prevalencia del 18.8%, (Vega et al., 2003) basada en un screening mediante el instrumento EAT-26 (Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982). En el año 2003, se efectuó un nuevo screening con el mismo instrumento en una muestra de 435 adolescentes de ambos sexos de 13 a 20 años y el resultado fue una prevalencia del 14.3% en la población total y del 20.2% en las mujeres de dicha muestra (Vega, 2004). Por entonces, los resultados corroboraron una mayor probabilidad de aumentar la tasa de riesgo cuando la población testeada era femenina.

Diversos estudios internacionales han demostrado que existe una alta tasa de depresión y suicidio en los pacientes con TCA. Algunos investigadores se han focalizado en diferenciar dichas tendencias en pacientes anoréxicas y bulímicas, indagando quiénes eran más propensas a la depresión y/o al suicidio. En la bulimia es frecuente encontrar depresión, adicciones y uso de sustancias químicas, mientras que la anorexia parece estar más asociada al trastorno de ansiedad, las fobias y los trastornos obsesivo-compulsivos (Fairburn, Welch et al., 1997; Lilienfeld, Kaye, Greeno, et al., 1998; Womble, Williamson, Netemeyer & Netemeyer, 1998).

Varios investigadores intentaron hallar una asociación predictiva entre los TCA y la depresión (Hudson, Pope, Jonas & Yurgelun-Todd, 1985; Hill, Pickles, Burnside, Byatt, Rollinson, Davis & Harvey, 2001; Johnson, Cohen, Kotler, Kasen & Brook, 2002; Stice, Presnall & Spangler, 2002). Para un grupo, la depresión precede al desarrollo de un Trastorno de la Conducta Alimentaria (Killen et al., 1996; Stice & Agras, 1998) e incrementa especialmente los síntomas bulímicos tales como los atracones (Cooley & Toray, 2001; Stice, 2001; Stice, Presnall & Spangler, 2002). Para otros, los TCA son previos a la depresión (Heatherton & Polivy, 1992; Stice, Hayward, Cameron, Killen, & Taylor, 2000; Stice & Bearman, 2001) incluso en los casos de depresión mayor (Stice et al., 2000). Por último, para un tercer grupo, se trata de 2 trastornos que comparten factores etiológicos y por ello en muchos casos coexisten (Zaider, Johnson & Cockell, 2002). Sea cual fuere el foco de interés científico, la asociación entre las variables TCA y Depresión es innegable, aunque la naturaleza de dicha relación

permanece aún controvertida.

En el año 2008, la Cátedra comenzó con un nuevo estudio bietápico en el marco de un Proyecto UBACyT². La primera fase de dicho estudio se focalizó en realizar tareas de prevención de TCA y actualizar datos epidemiológicos sobre TCA con el mismo instrumento utilizado en las anteriores investigaciones, en una muestra no clínica conformada por alumnas de escuelas públicas del Distrito Avellaneda. A lo largo de las tareas de prevención, también se obtuvieron datos sobre los niveles de Depresión que las alumnas presentaban. Para evaluar ambas variables y su asociación, se aplicaron de manera auto-administrada 2 cuestionarios internacionalmente validados: 1) *Beck Depression Inventory-BDI* (Beck, 1972) y 2) *Eating Attitude Test* (versión de 26 ítems) -EAT-26 (Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982). Debido a que la población escolar resultó abarcar las tres fases de la adolescencia (las alumnas tenían entre 12 y 21 años de edad), el estudio epidemiológico permitió no sólo correlacionar resultados de ambos cuestionarios, sino también observar si existían diferencias en el total de cada uno de los instrumentos y de sus escalas, en relación al segmento etáreo (adolescencia temprana, media y tardía) de la población estudiada.

En este trabajo se presentan los siguientes estudios: 1) Porcentaje de alumnas que presentan riesgo potencial para TCA. 2) Existencia de diferencias significativas en los puntajes arrojados para TCA, discriminando por segmento etáreo: adolescencia temprana, media y tardía, y también el TCA de manera cualitativa; discriminando las 3 escalas del EAT-26: dietante, bulimia y control; analizando cada una de ellas en las tres sub-fases de la adolescencia. 3) Porcentaje de alumnas que presentan síntomas de depresión según el test de Beck. 4) Existencia de diferencias significativas para el test de Beck según las fases de la adolescencia y dividiendo también los resultados del Beck de manera cualitativa (A) sin depresión, (B) depresión leve, (C) depresión moderada y (D) depresión profunda; obteniendo los porcentajes para cada una de estas categorías en cada fase de la adolescencia. 5) Correlación entre las distintas escalas del EAT-26 y el total del EAT-26, con el test de Beck. 6) Relación del test de Beck con el EAT-26 en cada fase de la adolescencia. 7) Ítems del Beck predictores de cada escala del EAT-26 y del total del instrumento.

2. MARCO TEÓRICO

Adolescencia y duelos. Un terreno propicio para la Depresión.

La adolescencia es un momento del ciclo vital que se encuentra multideterminado por factores físicos, psíquicos, sociales y culturales; y que se inicia a partir de un

¹ Beca de Doctorado UBACyT (2001-2005): "Conducta Sexual y Género en Adolescentes Mujeres con Trastornos de la Conducta Alimentaria". Dra. Verónica C. Vega, Facultad de Psicología, UBA. Tesis defendida en 2006.

² Proyecto UBACyT P416: Programación Científica 2008-2010. "Tipos de Apego en Adolescentes Mujeres con Trastornos de la Conducta Alimentaria". Directora: Lic. Marta Piccini, Codirectores: Lic. José Barrionuevo y Dra. Verónica Vega

hecho biológico: la pubertad. El cambio físico impone en el aparato psíquico la necesidad de una nueva reorganización mental.

El duelo es uno de los ejes teóricos más importantes en el estudio de la adolescencia, puesto que el adolescente debe elaborar varios duelos en su transformación a la adultez. En 1917, Freud plantea en su trabajo "Duelo y Melancolía" (1985) que el duelo normal es un estado afectivo displacentero, provocado por la pérdida de un objeto amado, real o imaginado. En este texto, Freud habla más de relaciones objetuales que de represión de representaciones y atribuye un papel mayor al yo en la formación de la patología. También bosqueja el papel del superyó y detalla los momentos del proceso de duelo: 1) El juicio de existencia, promulgado por el yo real definitivo, afirma que el objeto amado se ha perdido. El yo de placer se deflende realizando un corte con la realidad y se rehúsa a abandonarlo como forma de mantener la ilusión de la presencia del objeto. De aquí, que la defensa sea la desmentida, esto trae como consecuencia la escisión del yo. 2) El sujeto sobre-inviste los recuerdos y representaciones ligadas al objeto perdido y por lo tanto, aparecen afectos de tristeza, añoranza y anhelo. 3) Bajo la premisa de no seguir el mismo camino del objeto, esto es perderse a sí mismo, el yo comienza a desinvestir "pieza por pieza" al objeto perdido. Esto significa que se trata de quitar la libido de cada representación anudada al objeto perdido y de cada posición psíquica en la que el objeto fue colocado (por ejemplo: modelo, ayudante, rival, objeto de deseo).

Muchos psicoanalistas han retomado el trabajo freudiano. Tal como señala Ávila (1990), los aportes más relevantes de Otto Kernberg (1976) se centran en el estudio del narcisismo patológico. Distingue 5 niveles de gravedad en el Duelo, de menor a mayor estos son: (1) Duelo normal; (2) Duelo neurótico: donde existe culpa inconsciente, idealización del objeto perdido y autodesvalorización como expresión de la culpa; (3) Duelo en estructuras límites de características patológicas y primitivas, donde la angustia va acompañada de rabia y la pérdida es sentido como un ataque (paranoide) del objeto malo que se ha destruido internamente y por consiguiente, sobreviene una sensación de vacío interno relacionado con la pérdida del objeto bueno externo; (4) Duelo en estructuras narcisistas donde hay una devaluación del objeto perdido que protege al yo patológico grandioso y se elimina la auto-percepción de la rabia por la pérdida, lo que amenaza la grandiosidad narcisista del yo; y (5) Duelo psicótico, en el que además de la pérdida de la capacidad de diferenciar el yo/no-yo, el yo se fusiona con el objeto perdido.

Retomando el tema, la adolescencia genera en la mujer una serie de ansiedades respecto de la integridad de su cuerpo. Esta época es considerada por Plaut y Hutchinson (1986) como la fase del desarrollo más crítica para la historia libidinal de la niña; mientras que la cúspide del conflicto en el varón parece situarse en la fase fálica

con el complejo de castración. Es decir, que así como en la fase fálica la amenaza de castración hace que el varón teme por la integridad de su cuerpo, para la mujer la amenaza a la propia integridad parece situarse durante la adolescencia.

La aparición de las manifestaciones sexuales impone la declinación de ciertos intereses y el surgimiento de nuevas actitudes. La caída de la omnipotencia parental, hace surgir en esta etapa sentimientos de desamparo y soledad. Tanto para el adolescente, como para su familia, es el momento de mayores cambios. En este camino, los grupos de pares constituyen el sostén y el refugio del joven, permitiéndole realizar el lento proceso de duelo.

En este contexto de desamparo y soledad, la adolescencia es un momento atravesado por varias muertes simbólicas. Tomando los duelos desarrollados por Aberastury y Knobel (1970) diríamos que se trata de la muerte del cuerpo infantil, la muerte de los padres omnipotentes y la muerte de la bisexualidad.

Según una investigación norteamericana (Nolen-Hoeksema, 2002) los varones presentan antes, de la pubertad, un mayor grado de vulnerabilidad que las niñas, especialmente para los trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta, psicosis y depresión. En la pubertad, la proporción se invierte, siendo las mujeres más vulnerables a la depresión que los varones. En otro estudio, Nolen-Hoeksema (1995) afirma que los rasgos depresivos en las púberes no se deben a los cambios hormonales, sino a la aparición de los caracteres sexuales secundarios que rompen con la imagen corporal infantil adquirida. Mientras en los varones la aparición de algunos caracteres sexuales secundarios (vello en la cara, piernas, brazos, voz gruesa, mayor masa muscular y aumento del tamaño de pies y manos) refuerzan y contribuyen al aumento de la identidad masculina; en las mujeres, algunos caracteres (vello en axilas, piernas y brazos, aumento del tamaño de las caderas y ganancia de peso como requisito para la menarca) son vivenciados como señal de una disminución en la feminidad y por lo tanto deprimen (Vega, 2005). Este hecho consiste en aquello que Aberastury y Knobel (1970) teorizaron como el duelo por el cuerpo infantil.

Muchos estudios internacionales, sugieren que las mujeres suelen experimentar en la adolescencia un mayor estrés que los varones (Pryor & Wiederman, 1998); y por ello las adolescentes tienen mayor tendencia a la depresión (Kandel & Davies, 1982).

Al estudiar la depresión femenina, Zusman (1999) enfatiza que, llegada la pubertad, en las niñas se movilizan aspectos psicológicos muy primarios que las confrontan con estados de ánimo difíciles de comprender para ellas y su entorno. Inevitablemente el proceso de duelo es riesgoso para quienes cuentan con un yo frágil, que se ve amenazado en su integridad narcisista.

Los TCA:

Debido a las modificaciones propias de la fase por la que atraviesa, el adolescente se encuentra en un estado de mayor vulnerabilidad a la aparición de ciertos trastornos ligados a una dificultad en la mentalización, entre los cuales se encuentran los *trastornos de la conducta alimentaria* (Persano, 2005).

Se trata de un conjunto de graves conductas anómalas en relación a la ingesta de alimentos, que aparecen con mayor incidencia en la adolescencia y con una prevalencia significativamente mayor en las mujeres (American Psychiatric Association, 1995; Behar, 1998; Dio Bleichmar, 2000; Vega, 2004). Estos trastornos se clasifican en tres subtipos según el DSM-IV: anorexia nerviosa (AN, F50.0), bulimia nerviosa (BN, F50.2) y trastorno alimentario no especificado (TANE, F.50.9), dentro de los cuales se halla el trastorno por atracón.

La anorexia nerviosa aparece habitualmente entre los 12 y los 14 años (adolescencia temprana) y con mayor frecuencia en las mujeres. Son pacientes que realizan dietas muy severas, presentan rituales en su alimentación como desmenuzar alimentos en proporciones excesivamente pequeñas o controlar permanentemente las calorías ingeridas. Evitan concurrir a reuniones donde puedan verse presionadas a comer y suelen esconder su cuerpo bajo ropa muy holgada. Debido a alteraciones cognitivas y perceptuales, presentan una distorsión en la imagen corporal, percibiéndose obesas cuando se encuentran por debajo de lo esperable para su contextura física y edad. Las anoréxicas suelen ser descriptas como reticentes, introvertidas, pasivas y perfeccionistas. Estos rasgos permanecen estables incluso luego de la recuperación del peso (Rastam, 1992; Srinivasagam, Kaye Plotnicov, Greeno, Weltzin & Rao, 1995). La bulimia nerviosa es un trastorno de aparición más tardía, que se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad (atracones) seguidos por conductas compensatorias inapropiadas, tendientes a reducir la ganancia de peso. Éstas pueden ser conductas purgativas (vómitos, laxantes, diuréticos y/o fármacos) o no purgativas (ejercicios físicos y/o ayunos). En estas pacientes, la autoevaluación se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal. Las bulímicas son descriptas como personas más sociales, impulsivas, con mayor tendencia a la tristeza y al suicidio, por ser más lábiles desde el punto de vista afectivo (Bruch, 1973; Díaz-Marsa, Carrasco & Saiz, 2000).

Pese a las diferencias entre ambos tipos de trastornos, desde la teoría psicoanalítica podría pensarse que ambas carecen de sentimientos ligados al registro cualitativo del dolor psíquico, y se ofrecen una y otra vez como blanco de continuas autoagresiones. Este afán destructivo-compulsivo es comandado por la pulsión de muerte, cuyo objetivo es la vuelta a lo inorgánico, ayudada del sadismo-masoquismo primordial y de un superyó sádico.

Depresión y TCA:

Como se ha mencionado anteriormente, la relación entre los TCA y la depresión está comprobada. La controversia se centra en una cuestión predictiva. Es decir que, mientras algunos autores afirman que la depresión genera TCA (Cooley & Toray, 2001; Stice, 2001), otros sostienen la hipótesis inversa (Heatherton & Polivy, 1992; Stice, Hayward, Cameron, Killen & Taylor, 2000; Stice & Bearman, 2001) y un tercer grupo (Zaider, Johnson & Cockell, 2002) afirma que las asociaciones se deben a que los mecanismos interviniéntes tales como el duelo patológico, la desmentida como defensa hegemónica, los sentimientos de ineptitud y la baja autoestima -entre otros- son compartidos por ambas patologías.

Al repasar la literatura psicoanalítica sobre el tema, es frecuente hallar teorías que giran en torno a la depresión o la desesperanza. Zukerfeld (1992), por ejemplo, ha planteado que en estos trastornos existe una relación entre desesperanza y descontrol, equivalente a la relación existente entre déficit de autoestima y acto. De este modo, se establece un circuito donde cada "acto" impulsivo, por ejemplo un atracón, incrementa la desesperanza y ésta a su vez, recrea situaciones de baja autoestima, cuyo resultado es un nuevo acto.

En nuestro país, una investigación empírica se centró en el estudio de la depresión en pacientes mujeres con TCA. Para ello se utilizó la primera versión del inventario de depresión de Beck (1961), hallando que el 70% de la muestra tenía valores para depresión moderada, en contraste con el grupo control que puntuó por debajo del corte (López Mato, Boullosa, Cetkovich-Bakmas & Ciprián-Ollivier, 1992). Otro estudio (Espina, 2003) investigó la alexitimia en padres y madres de jóvenes con TCA, hallando que los progenitores de las adolescentes con TCA tenían niveles superiores de depresión, ansiedad y alexitimia, que los padres del grupo control.

3. LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Sujetos: La muestra del estudio estuvo conformada por 700 adolescentes mujeres, alumnas de ambos turnos de 7 escuelas públicas de Educación General Básica y Ciclo Polimodal del Distrito bonaerense de Avellaneda. La media de edad se sitúa en 16.04 años, con una desviación típica de 1.57 años (rango 12-21 años). El mayor porcentaje (66.0%) corresponde a adolescentes medianas (entre 15 y 17 años), seguido por un 18.1% de adolescentes tardías (entre 18 y 21 años), y por último un 15.9% de adolescentes tempranas (entre 12 y 14 años).

Material y Procedimiento: Desde el mes de mayo al mes de noviembre de 2008, un equipo de investigadoras de la Cátedra I de Psicología Evolutiva Adolescencia realizó tareas de prevención de TCA en 7 escuelas públicas de Educación General Básica y Ciclo Polimodal del Distrito bonaerense de Avellaneda. En dicha ocasión, con el objeto de obtener datos epidemiológicos

actualizados sobre TCA y depresión, se brindaron charlas de prevención de TCA y se aplicaron de manera auto-administrada 2 cuestionarios: el *Beck Depression Inventory-BDI* (Beck, 1972) y el *Eating Attitude Test-EAT-26* (Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982) a todas las alumnas presentes en la escuela que al momento de la charla, contaran con el consentimiento informado de sus padres³.

Instrumentos:

1. *Cuestionario EAT-26* (Eating Attitude Test, Garner, Olmsted, et al., 1982). Posee 26 ítems (escala Likert) divididos en 3 escalas que evalúan conductas alimentarias patológicas ligadas a la Anorexia y la Bulimia; tales como la evitación de alimentos que engordan (escala Dietante), atracones (escala Bulímica); auto-control y presión para aumentar de peso (escala Control). Se utilizó como valor de corte total: 20 puntos (mínimo: 0 y máximo: 78). Para la escala DI el corte fue: 13 puntos (máximo: 39), para la escala BU: 6 puntos (máximo: 18) y para la escala CO: 7 puntos (máximo: 21).
2. *Cuestionario Beck Depression Inventory* (de A. Beck, et al. 1961, revisada en 1972). Es uno de los más utilizados en los estudios sobre depresión. Se trata de un instrumento que puede ser hétero o auto-administrado. Se compone de 21 frases o ítems, en las que el sujeto tiene 4 opciones para seleccionar aquella puntuación que mejor se adapta a su situación actual. Evalúa niveles de gravedad de la depresión (intensidad sintomática, no diagnóstica) con una escala de 4 puntos, que va de 0 a 3 (rango 0-63). Los 21 ítems se relacionan con síntomas como: desesperanza, irritabilidad, problemas cognitivos como: culpa, sentimiento de castigo, y síntomas físicos como: fatiga y pérdida de peso. Existen distintas versiones del BDI. Se utilizó en esta investigación, la adaptación validada al castellano de la versión original de Conde & Useros (1975) publicada inicialmente por Beck et al. en 1961 y revisada en 1972. Se decidió no utilizar la segunda adaptación de Conde & Useros, porque en ella se eliminan ciertos ítems particularmente importantes para los TCA, tales como la autoimagen corporal y la culpa. Los scores usados fueron: De 0 a 9= No depresión, de 10 a 18=Depresión leve, de 19 a 29= Depresión moderada y de 30 a 63= Depresión profunda.

³ Con antelación a la charla de prevención de TCA, el equipo de investigadoras de la Cátedra concurrió a las escuelas para dejar notas de consentimiento informado. Siguiendo las normas éticas internacionales y debido a que la población estaba compuesta por menores de edad, las adolescentes debían contar por escrito con la autorización de sus padres para poder completar los cuestionarios. Los mismos eran anónimos, excepto en aquellos casos en que las jóvenes quisieran tener una devolución de resultados, devolución que se daría también a sus padres, en caso de ser menores.

RESULTADOS

VARIABLE TCA

En primer lugar se obtiene el porcentaje de alumnas que presentan potencial riesgo para desarrollar un TCA. Del total de la muestra de 700 adolescentes, un 14,6 % de ellas (n=102) arrojan valores superiores al corte del EAT-26 (≥ 20). Se analiza el porcentaje de sujetos cuyos valores están por sobre el corte (≥ 20) discriminando cada fase de la adolescencia. No existen diferencias significativas entre las fases de la adolescencia ($p= ,975$) (Tabla 1).

Se analiza también la relación entre las fases de la adolescencia y las distintas escalas del EAT-26: Dietante (DI), Bulimia (BU) y Control (CO). Se utiliza la Prueba de Kruskal-Wallis y no el Análisis de la Varianza, debido a la marcada asimetría que presentan las distintas escalas y el total del EAT-26. No se encuentran diferencias significativas tampoco en las escalas. Para la escala DI se obtiene una signiflcación de: ,905; para la escala BU: ,739 y para la escala CO: ,865. (Tabla 2).

VARIABLE DEPRESIÓN

(Inventario de Depresión de Beck-BDI):

Se diferencian los valores del BDI en 4 categorías: 1) No depresión, 2) Depresión leve, 3) Depresión moderada y 4) Depresión profunda y se obtienen los porcentajes de la población total y de cada fase de la adolescencia para cada una de estas categorías. De ello resulta que, el 59.6% de la población total (n=700) no presenta depresión y el 40.4% restante sí. Este 40.4% se desglosa de la siguiente forma: el 20.3% tiene depresión leve, el 13.7% presenta depresión moderada y el 6.4% depresión profunda.

De las adolescentes tempranas, el 60.4% no tiene depresión, el 21.6% presenta depresión leve, el 9% depresión moderada y el 9% restante, profunda. De las adolescentes medias, el 57.8% no tiene depresión, el 19.7% presenta depresión leve, el 16.5% depresión moderada y el 6.1% restante, profunda. De las adolescentes tardías, el 65.4% no tiene depresión, el 21.3% presenta depresión leve, el 7.9% depresión moderada y el 5.5% restante, profunda. No se encuentran diferencias significativas entre el Beck total y los segmentos etáreos de la muestra ($p= ,605$). Para ello se utiliza el cálculo de la Prueba de Kruskal-Wallis y no el Análisis de la Varianza, debido a la asimetría que presenta las escalas del test. (Tabla 3).

ASOCIACIÓN ENTRE TCA Y DEPRESIÓN:

Se analiza si existe una correlación entre el Beck con cada una de las escalas del EAT-26, así como el punaje total, en cada una de las fases de la adolescencia y para toda la población. Se obtiene en todos los casos una alta asociación entre las variables TCA y Depresión con una signiflcación estadística de $p=,000$, a excepción

del cruce del resultado obtenido en el Beck y en la Escala Control del EAT-26, por las adolescentes tardías; donde la p baja ,034. (Tabla 4).

Se utiliza el cálculo de Regresión Lineal - Método por Pasos Sucesivos para analizar qué ítems del test de Beck, son mejores predictores de cada escala del EAT-26 y el total del EAT-26. Para reducir la asimetría de las variables se les aplica una transformación de raíz cuadrada.

En el caso de la variable DI, se identifican como predictores los siguientes ítems del test de Beck: 7, 18, 5, 14, 19, 20 y 16; (en ese orden de importancia) y explican el 30.2% de la varianza. (Tabla 5).

El ítem 7 del Inventario de Beck evalúa decepción sobre sí mismo, el 18 disminución del apetito, el ítem 5 evalúa el sentimiento de culpa, el 14 insatisfacción con la imagen corporal, el ítem 19 evalúa pérdida de peso, el 20 indaga la preocupación sobre los problemas físicos o de la salud y el 16 dificultades en el sueño.

En el caso de la variable BU, se identifican como predictores los siguientes ítems del test de Beck (por orden de importancia): 5, 18, 20, 7, 2, 17 y 1; y explican el 27.3% de la varianza. (Tabla 6).

El ítem 5 del Inventario de Beck, tal como se mencionó anteriormente evalúa el sentimiento de culpa, el ítem 18 disminución en el apetito, el 20 preocupación por el estado de salud física, el ítem 7 evalúa decepción sobre sí mismo, el 2 evalúa desesperanza, el ítem 17 cansancio y el 1 tristeza.

En el caso de la variable CO, se identificaron como predictores los siguientes ítems del test de Beck: 19, 18, 21 y 2; en ese orden de importancia y explican el 15.1% de la varianza. (Tabla 7).

El ítem 18 fue hallado en las dos escalas anteriores del EAT-26 y parece ser aquel que cohesiona a las tres escalas del instrumento. Se trata de la disminución del apetito. En el caso del ítem 19, pérdida de peso, la escala Control lo comparte con la escala Dietante pero, como es de esperar, no aparece como predictor de la escala Bulimia. Con esta escala, la variable Control comparte el sentimiento de desesperanza (ítem 2) y finalmente se diferencia de ambas (DI y BU) en el ítem 21, falta de interés sexual.

En el caso del total del EAT, se identificaron como predictores los siguientes ítems del test de Beck: 18, 5, 19, 20, 7, 2, 16 y 14; en ese orden de importancia y explican el 35.9% de la varianza. (Tabla 8).

El ítem 18 del Inventario de Beck evalúa disminución en el apetito y se encuentra como predictor de las 3 escalas del EAT. El ítem 5 indaga sentimiento de culpa, el 19 pérdida de peso, el 20 indaga la preocupación por el estado de salud física, el ítem 7 la decepción sobre sí mismo, el 2 evalúa desesperanza, el ítem 16 muestra el grado de insatisfacción con imagen corporal y el 14 la dificultad en el dormir.

CONCLUSIONES

Sobre las variables TCA /Adolescencia:

El resultado del cruce entre las variables TCA y Edad, contradice las teorías que afirman que las adolescentes tempranas tienen mayor propensión a la anorexia nerviosa (que se desarrolla entre los 12 y los 14 años de edad) y que las adolescentes mayores (medias y tardías) son más vulnerables a la bulimia nerviosa y al trastorno por atracón. En esta investigación se encuentra que todas las adolescentes de la muestra son igualmente propensas a realizar dietas, a tener atracones, a tener conductas de control, así como a desarrollar los síntomas propios de un TCA, no siendo la división de las fases de la adolescencia un factor discriminante en la población estudiada.

Dado que no se evidencia en la muestra de adolescentes tempranas una mayor vulnerabilidad a un TCA específico o a conductas dietantes, típicas de la anorexia nerviosa, sería útil indagar en futuras investigaciones qué relación guarda la adolescencia temprana y el duelo por el cuerpo infantil (propio de esta fase) con la insatisfacción corporal como factor desencadenante de un TCA.

Sobre las variables Depresión/ Adolescencia:

Las adolescentes de la muestra presentan un alto porcentaje de depresión (40.4%), lo cual parece guardar relación con la teoría del duelo expuesta en el marco teórico como uno de los ejes teóricos centrales en el estudio de la adolescencia y con el hecho que los duelos normales de la adolescencia son un terreno propicio para el desarrollo de síntomas depresivos.

Los resultados de “ausencia de depresión” y “depresión leve” no mostraron diferencias al variar las edades de las adolescentes de la muestra, y por ende, se podría concluir que no hay una fase de la adolescencia en la cual las defensas operen como mecanismo protector ni de riesgo para la falta de depresión o para la depresión leve.

En el caso de la depresión moderada, se encuentra una diferencia de porcentajes. Entre las adolescentes medias, el porcentaje de sujetos con depresión moderada (16.5%) prácticamente duplica al de sus pares tempranas (9%) y tardías (7.9%). No se puede realizar el cálculo de significación estadística por tratarse de distintos sujetos en cada sub-fase. De todas formas, se interpreta que la diferencia porcentual se debe a que el momento de mayor repliegue narcisista del duelo se ubica en la adolescencia media, siendo menor en la temprana (momento que se caracteriza por la desmentida) y en la tardía (momento que se caracteriza por el trabajo de desinvestidura del objeto a desinvestir). Esta hipótesis, acerca de la normalidad de una intensificación de los síntomas depresivos en la adolescencia media, también explicaría por qué no se evidencia ninguna diferencia entre las tres sub-fases en cuanto a la “depresión pro-

funda", última categoría del test de Beck, que se encuentra ligada a la patología.

Sobre las variables TCA / Depresión:

Los resultados de la muestra arrojan una alta asociación ($p=,000$) entre la Depresión y el valor total obtenido en el test que evalúa síntomas alimentarios patológicos (EAT-26).

Tanto en la adolescencia temprana (12 a 14 años) como en la media (15 a 17 años), las escalas DI, BU y CO muestran una alta asociación ($p=,000$) con la variable Depresión. Es decir, que las adolescentes de 12 a 17 años, que presentan depresión poseen igual tendencia a las conductas Dietantes, Bulímicas y de Control, sin importar su edad cronológica. Ello contradice los estudios que indican que las pacientes con bulimia son en general adolescentes medias y que tienen una mayor tendencia a la depresión que las anoréxicas.

Sí se registra en cambio, una menor asociación entre la depresión en adolescentes tardías y sus conductas de control. Aparentemente esto podría corresponder a que de las 3 escalas del EAT, la escala de Control es aquella que menor magnitud de efecto guarda con los TCA.

Sobre la naturaleza Predictiva:

En esta investigación, los resultados no parecen abonar la teoría que afirma que la Depresión es posterior al desarrollo de un TCA. Partiendo de dicha hipótesis como verdadera, deberíamos encontrar en la adolescencia media un aumento en el porcentaje de TCA, puesto que, en esta sub-fase, se encontró un mayor porcentaje de los niveles de depresión moderada; cosa que no sucede.

Sin embargo, se destacan algunos de los ítems del Inventory de Beck que arrojan un alto poder predictivo sobre el EAT-26 y sus escalas.

Al analizar la calidad de los ítems del Beck que son predictores del valor de cada escala del EAT-26, se observa que los TCA y la Depresión comparten mecanismos y síntomas que los hacen comórbidos. A continuación, se detallan cada uno de los ítems del Beck que predicen el valor en cada escala del EAT-26.

Se identifican en el test de Beck 7 ítems predictores del valor de la escala Dietante del EAT-26; a saber: decepción sobre sí mismo, disminución del apetito, sentimiento de culpa, insatisfacción con la imagen corporal, pérdida de peso, preocupación sobre los problemas físicos o de la salud y dificultades en el sueño. Cabe recalcar que los ítems citados indagan depresión en el Beck. Sin embargo, como se ha expuesto en el marco teórico, es frecuente hallar entre las pacientes anoréxicas un sentimiento de ineptitud o de decepción sobre sí mismas (ítem 7 del Beck). Ello, sumado a la insatisfacción con la imagen corporal (ítem 14 del Beck), puede conducir a la realización de dietas restrictivas hasta vivenciar una

disminución del apetito (de hecho la palabra anorexia significa pérdida de apetito An-Orexis), ítem 18 del Beck y la consiguiente pérdida de peso (ítem 19 del Beck). En el caso de la escala Bulimia del EAT-26, se identificaron también 7 ítems del test de Beck que la predicen. Estos evalúan: sentimiento de culpa, disminución en el apetito, preocupación por el estado de salud física, decepción sobre sí mismo, desesperanza, cansancio y tristeza. Como se puede observar, si bien esta escala comparte con la escala Dietante 4 ítems del Beck predictores (pérdida de apetito, decepción, culpa y preocupación por la salud); cabe destacar que aquellos ítems en los que ambas escalas no coinciden, por ejemplo desesperanza, cansancio y tristeza en la escala BU; y pérdida de peso por ejemplo en la escala DI son justamente los sentimientos que diferencian a las pacientes con bulimia de las anoréxicas. Se sabe que los atracciones y las actividades compensatorias inadecuadas, típicas de las pacientes con bulimia, traen como consecuencia, cansancio. Por otra parte, el sentimiento de desesperanza fue descripto por varios autores y parece ser correlativo de la alta tasa de suicidio en las pacientes con bulimia nerviosa y la tristeza, sentimiento que, en la literatura sobre el tema, ha sido más vinculado a la BN que a la AN.

En el caso de la escala de Control, se identificaron como predictores los siguientes ítems del test de Beck: disminución del apetito, desesperanza, pérdida de peso y falta de interés sexual. Todos ellos son distintos dado que, la disminución del apetito parece ser el ítem del Beck que cohesiona las tres escalas. El ítem pérdida de peso, lo comparten las escalas Dietante y Control y, como es de esperar, no aparece como predictor de la escala Bulimia.

Con la escala Bulimia, la variable Control comparte el sentimiento de desesperanza y finalmente se diferencia de ambas (DI y BU) en el ítem falta de interés sexual.

Para finalizar, se sugiere avanzar en el estudio de la naturaleza de la asociación entre TCA y Depresión, para poder determinar cuál de los dos trastornos es predictor del otro o si son comórbidos, puesto que ello permitiría construir políticas de salud y de prevención.

Tabla 1. Resultado del screening con el EAT-26 en n=700. Valor de corte= ≥20

Tabla de contingencia Edad * EAT

EAT	Adolescencia Temprana	Adolescencia Media	Adolescencia Tardía	Total
Valores bajos	91 (82.0%)	396 (85.7%)	111 (87.4%)	598 (85.4%)
Valores altos	20 (18.0%)	66 (14.3%)	16 (12.6%)	102 (14.6%)
Total	111	462	127	700

Tabla 2. Relación entre fases de la adolescencia y escalas del EAT-26

	EDAD	N	Rango promedio
DI	Adolescencia Temprana	111	353,16
	Adolescencia Media	462	351,81
	Adolescencia Tardía	127	343,43
	Total	700	
BU	Adolescencia Temprana	111	339,83
	Adolescencia Media	462	351,92
	Adolescencia Tardía	127	354,67
	Total	700	
CO	Adolescencia Temprana	111	359,69
	Adolescencia Media	462	348,67
	Adolescencia Tardía	127	349,13
	Total	700	
TCA	Adolescencia Temprana	111	349,82
	Adolescencia Media	462	349,67
	Adolescencia Tardía	127	354,13
	Total	700	

Estadísticos de contraste (a,b)

	DI	BU	CO	TCA
Chi-cuadrado	,199	,605	,290	,050
GI	2	2	2	2
Significación	,905	,739	,865	,975

Tabla 3. Asociación entre los distintos niveles de depresión según el Beck y cada fase de la adolescencia
 Contingencia Edad * Depresión

Beck	Adolescencia Temprana	Adolescencia Media	Adolescencia Tardía	Total
No Depresión	67 (60.4%)	267 (57.8%)	83 (65.4%)	417 (59.6%)
Depresión leve	24 (21.6%)	91 (19.7%)	27 (21.3%)	142 (20.3%)
Depresión moderada	10 (9.0%)	76 (16.5%)	10 (7.9%)	96 (13.7%)
Depresión profunda	10 (9.0%)	28 (6.1%)	7 (5.5%)	45 (6.4%)
Total del Beck	n= 111	n=462	n=127	n=700

	Edad	N	Rango promedio
BECK	Adolescencia Temprana	111	341,46
	Adolescencia Media	462	355,96
	Adolescencia Tardía	127	338,54
	Total	700	

Estadísticos de contraste (a,b)

	BECK
Chi-cuadrado	1,006
Gl	2
Significación	,605

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: EDAD

Tabla 4. Correlación del test de Beck con el EAT-26 (total) y sus 3 escalas (DI, BU y CO) para cada fase de la adolescencia

			DI	BU	CO	TCA
Adolescencia Temprana	BECK	Coefficiente de correlación Rho de Spearman	,329	,389	,330	,428
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000
		N	111	111	111	111
Adolescencia Media	BECK	Coefficiente de correlación Rho de Spearman	,495	,420	,234	,516
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000
		N	462	462	462	462
Adolescencia Tardía	BECK	Coefficiente de correlación Rho de Spearman	,452	,461	,188	,488
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,034	,000
		N	127	127	127	127

Tabla 5. Ítems del Beck predictores de la Escala DI del EAT-26
ANOVA. Variable dependiente: Escala DI

Modelo	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
7	Regresión	477,597	7	68,228	44,154 ,000(g)
	Residual	1069,303	692	1,545	
	Total	1546,900	699		

a. Variables predictoras: (Constante), Beck 7

b. Variables predictoras: (Constante), Beck 7, Beck 18

c. Variables predictoras: (Constante), Beck 7, Beck 18, Beck 5

d. Variables predictoras: (Constante), Beck 7, Beck 18, Beck 5, Beck 14

e. Variables predictoras: (Constante), Beck 7, Beck 18, Beck 5, Beck 14, Beck 19

f. Variables predictoras: (Constante), Beck 7, Beck 18, Beck 5, Beck 14, Beck 19, Beck 20

g. Variables predictoras: (Constante), Beck 7, Beck 18, Beck 5, Beck 14, Beck 19, Beck 20, Beck 16

Tabla 6. Ítems del Beck predictores de la Escala BU del EAT-26
 ANOVA. Variable dependiente: Escala BU

Modelo	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
7	Regresión	163,681	7	23,383	38,556 ,000(g)
	Residual	419,680	692	,606	
	Total	583,361	699		

- a. Variables predictoras: (Constante), Beck 5
- b. Variables predictoras: (Constante), Beck 5, Beck 18
- c. Variables predictoras: (Constante), Beck 5, Beck 18, Beck 20
- d. Variables predictoras: (Constante), Beck 5, Beck 18, Beck 20, Beck 7
- e. Variables predictoras: (Constante), Beck 5, Beck 18, Beck 20, Beck 7, Beck 2
- f. Variables predictoras: (Constante), Beck 5, Beck 18, Beck 20, Beck 7, Beck 2, Beck 17
- g. Variables predictoras: (Constante), Beck 5, Beck 18, Beck 20, Beck 7, Beck 2, Beck 17, Beck 1

Tabla 7. Ítems del Beck predictores de la Escala CO del EAT-26
 ANOVA. Variable dependiente: Escala CO

Modelo	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
4	Regresión	147,102	4	36,776	32,017 ,000(d)
	Residual	798,285	695	1,149	
	Total	945,387	699		

- a. Variables predictoras: (Constante), Beck 19
- b. Variables predictoras: (Constante), Beck 19, Beck 18
- c. Variables predictoras: (Constante), Beck 19, Beck 18, Beck 21
- d. Variables predictoras: (Constante), Beck 19, Beck 18, Beck 21, Beck 2

Tabla 8. Ítems del Beck predictores del total del EAT-26
 ANOVA. Variable dependiente: Puntaje total EAT-26

Modelo	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
8	Regresión	664,114	8	83,014	49,945 ,000(h)
	Residual	1148,519	691	1,662	
	Total	1812,633	699		

- a. Variables predictoras: (Constante), Beck 18
- b. Variables predictoras: (Constante), Beck 18, Beck 5
- c. Variables predictoras: (Constante), Beck 18, Beck 5, Beck 19
- d. Variables predictoras: (Constante), Beck 18, Beck 5, Beck 19, Beck 20
- e. Variables predictoras: (Constante), Beck 18, Beck 5, Beck 19, Beck 20, Beck 7
- f. Variables predictoras: (Constante), Beck 18, Beck 5, Beck 19, Beck 20, Beck 7, Beck 2
- g. Variables predictoras: (Constante), Beck 18, Beck 5, Beck 19, Beck 20, Beck 7, Beck 2, Beck 16
- h. Variables predictoras: (Constante), Beck 18, Beck 5, Beck 19, Beck 20, Beck 7, Beck 2, Beck 16, Beck 14

BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A. & Knobel, M. (1970). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico* (15^a Ed.). Buenos Aires: Paidós, 1989.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3^a Ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1995). DSM-IV®. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson, S.A. Barcelona, España. DSM-IV® Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th.Edition, American Psychiatric Association, 1992.
- Avila, A. (1990). Psicodinámica de la depresión. *Anales de Psicología*, 6(1), 37-58.
- Beck, A.T.; Ward, C.H.; Mendelson, M.; Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A.T. (1972). *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T.; Kovacs, M. & Weissman, A. (1975). A hopelessness and suicidal behavior: An overview. *Journal of the American Medical Association*, 234(4), 1146-1149. Citado por R. Zukerfeld, R. Zonis & S. Quiroga (2000). Trauma, desesperanza y conducta alimentaria. *Revista del Instituto Psicosomático de Buenos Aires*, 7 (7), p. 66.
- Blos, P. (1971). *Psicoanálisis de la adolescencia* (3^a Ed.). México: Joaquín Mortiz, 1981.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders, obesity, and anorexia nervosa and the person within*. Routledge Kegan Paul, London, 1974.
- Cooley, E. & Toray, T. (2001). Body image and personality predictors of eating disorder symptoms during the college years. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 28-36.
- Conde, V. & Useros, E. (1974). El inventario para la medida de la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, 12, 153-167.
- Díaz-Marsa, M.; Carrasco, J.L. & Saiz, J. (2000). A study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Personality Disorders*, 14(4), 352-359.
- Dio Bleichmar, E. (2000). Anorexia/ bulimia. Un intento de ordenamiento desde el Enfoque Modular-Transformacional. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis*, 4. Extraído el 8 de Marzo de 2009, de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000103&a=Anorexia/bulimia-Un-intento-de-ordenamiento-desde-el-enfoque-Modular-Transformacional>
- Espina, A. (2003). Alexithymia in parents of daughters with eating disorders: its relationships with psychopathological and personality variables. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(6), 553-560.
- Fairburn, C.G.; Welch, S.L.; Doll, H.A.; Davies, B.A. & O'Connor, M.E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa. A Community-based case-control study. *Archives General Psychiatry*, 54(6), 509-517.
- Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*. Obras Completas, Buenos Aires: Amorrortu Editores, Vol. XIV, 1985.
- Garner, D.M.; Olmsted, M.P.; Bohr, Y. & Garfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Heatherton, T.F. & Polivy, J. (1992). Chronic dieting and eating disorders: A spiral model. En: J.H. Crowther, D.L. Tennenbaum, S.E. Hobfold, & M.A. Parris (Eds.), *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context* (pp. 133-155). Washington, DC: Hemisphere.
- Hill, J.; Pickles, A.; Burnside, E.; Byatt, M.; Rollinson, L.; Davis, R. & Harvey, K. (2001). Child sexual abuse, poor parental care and adult depression: evidence for different mechanisms. *British Journal of Psychiatry*, 179, 104-109.
- Hudson, J.; Pope, H.; Jonas, J. & Yurgelun-todd, D. (1985). Treatment of anorexia nervosa with antidepressants. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 5, 17-23.
- Iglesias, M. (2003, Noviembre 23). La anorexia y la bulimia avanzan cada vez más entre los hombres. *Diario Clarín-Sección: Sociedad*, pp. 38-39.
- Johnson, J.G.; Cohen, P.; Kotler, L.; Kasen, S. & Brook, J.S. (2002). Psychiatric disorders associated with risk for development of eating disorders during adolescence and early adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1119-1128.
- Kandel, D. & Davies, M. (1982). Epidemiology of depressive mood in adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1205-1212.
- Kernberg, O. (1976). Object relations theory and clinical psychoanalysis. New York: Jason Aronson. Citado por A. Avila, (1990). Psicodinámica de la depresión. *Anales de Psicología*, 6(1), p. 48.
- Killen, J.D.; Taylor, C.B.; Hayward, C.; Haydel, K.F.; Wilson, D.M.; Hammer, L.; et al. (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: A 4-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 936-940.
- Lilenfeld, L.; Kaye, W.; Greeno, C.; Merikangas, K.; Plotnicov, K.; Police, C.; Rao, R.; Strober, M.; Bulik, C. & Nagy, L. (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Arch. Gen. Psychiatry*, 55 (7), 603-610.
- López Mato, A. de.; Boullosa, O.; Cetkovich-Bakmas, M. & Ciprián-Ollivier, J. (1992). Desórdenes de la alimentación: aspectos psiquiátricos y bioquímicos en el diagnóstico diferencial con otras entidades psiquiátricas. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 6(2), 2. Extraído el 8 de Marzo de 2009, de http://www.alcmeon.com.ar/2/6/a06_02.htm
- Nolen-Hoeksema, S. (1995). Epidemiology and theories of gender differences in unipolar depression. En: M.V. Seeman (Ed.), *Gender and psychopathology* (pp. 63-87). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Nolen-Hoeksema, S. (2002). Gender differences in depression. En: I.H. Gotlib & C.L. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression* (pp. 492-509). NY: Guilford.
- Persano, H.L. (2005). Abordagem psicodinâmica do paciente com trastornos alimentares. En: C. Eizirik, R. Aguiar, S. Schestatsky & colab., *Psicoterapia de orientação analítica. Fundamentos teóricos e clínicos* (2^a Ed.) (Cáp. 49; pp.674-688). São Paulo, Brasil: Artmed Editora.
- Plaut, E. & Hutchinson, F. (1986). El rol de la pubertad en el desarrollo psicossexual femenino. *Psycho-Anal*, 13, 143-157.
- Pryor, T. & Wiederman, M. (1998). Personality features and expressed concerns of adolescents with eating disorders. *Adolescence*, 33(130), 291-300.
- Rastam, M. (1992). Anorexia nervosa in 51 Swedish adolescents: premorbid problems and comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(5), 819-829.
- Srinivasagam, N.M.; Kaye, W.H.; Plotnicov, K.H.; Greeno, C.; Weltzin T.E. & Rao, R. (1995). Persistent perfectionism, symmetry, and exactness after long-term recovery from anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152(11), 1630-1634.
- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 124-135.
- Stice, E. & Agras, W.S. (1998). Predicting onset and cessation of

- bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analysis. *Behavior Therapy*, 29, 257-276.
- Stice, E. & Bearman, S.K. (2001). Body image and eating disturbances prospectively predict growth in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis. *Developmental Psychology*, 37, 597-607.
- Stice, E.; Burton, E. & Shaw, H. (2002). Prospective Relations between Bulimic Pathology, Depression, and Substance Abuse: Unpacking Comorbidity in Adolescent Girls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 62-71.
- Stice, E.; Hayward, C.; Cameron, R.; Killen, J.D. & Taylor, C.B. (2000). Body image and eating related factors predict onset of depression in female adolescents: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 438-444.
- Stice, E.; Presnell, K. & Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating onset: A prospective investigation. *Health Psychology*, 21, 131-138.
- Vega, V. (2003) y Quiroga, S. Trastornos alimentarios e imagen corporal en mujeres adolescentes. *Memorias de las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la UBA. Salud, Educación, Justicia y Trabajo*, Tomo I, 113-115.
- Vega, V. (2004). Epidemiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en población escolar adolescente. *Memorias de las XI Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la UBA. Psicología, sociedad y cultura*, Tomo I, 94-95.
- Vega, V. (2005). *Conducta sexual y género en mujeres adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria*. Tesis de Doctorado no publicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Womble, L.; Williamson, D.; Netemeyer, S. & Netemeyer, R. (1998). Risk Factors for the Development of Bulimic Symptoms in High School Girls: A One-Year Longitudinal Study. *Journal of Gender, Culture and Health*, 3(4), 227-241.
- Zaider, T.; Johnson, J. & Cockell, S. (2002). Psychiatric Disorders Associated with the Onset and Persistence of Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder During Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(5), 319-329.
- Zukerfeld, R. (1992). *Acto bulímico y tercera tópica* (2^a Ed.). Buenos Aires: Paidós, 1996.
- Zusman, L. (1999). La depresión y los trastornos de la alimentación en la mujer. *Revista de Psicología de la PUCP*, 17(1), 106-127.

Fecha de recepción: 12 de marzo de 2009

Fecha de aceptación: 6 de mayo de 2009