

# acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA  
DE AMÉRICA LATINA

Volumen 56 - N° 4

Buenos Aires - Diciembre 2010

Desbaratar la creciente oferta de drogas  
no se consigue con la despenalización

CÉSAR AUGUSTO CABRAL

Factores asociados con el duelo perinatal  
en mujeres con pérdida gestacional

CECILIA MOTA GONZÁLEZ, NAZIRA CALLEJA, M. EUGENIA  
GÓMEZ LÓPEZ, EVANGELINA ALDANA CALVA, MARCO  
ANTONIO SÁNCHEZ PICHARDO

La sexología y otros discursos sobre  
sexualidad: intersecciones y distancias en  
la Argentina contemporánea

DANIEL JONES, INÉS IBARLUCÍA

Trastornos de conducta alimentaria en  
estudiantes de nivel medio de la Ciudad  
de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense

VANESA GÓNGORA, NORA SUAREZ HERNANDEZ,  
ALDANA SOL GRINHAUZ

Propiedades psicométricas de un  
cuestionario de estilo de vida saludable

MIRIAN PILAR GRIMALDO MUCHOTRIGO

Autoconcepto y síndrome de Turner:  
influencia de parámetros biológicos  
en el desarrollo psicosocial

MARÍA JOSÉ AGUILAR, MARCELA CAROLINA LÓPEZ,  
SOLEDAD SARTORI

Creencias relacionadas con el trastorno  
de ansiedad generalizada

GISELLE VETERE, RICARDO RODRÍGUEZ BIGLIERI

Perfiles ejecutivos en niños y adolescentes  
con trastornos del espectro fetal alcohólico.

MARIANA BEATRIZ LÓPEZ, VANESSA ARÁN FILIPPETTI

Tradiciones conceptuales e institucionales  
del psicoanálisis en Argentina

LUCÍA A. ROSSI, ROSA FALCONE

Publicación trimestral - órgano de la  
FUNDACIÓN ACTA FONDO PARA LA SALUD MENTAL  
ISSN: 0001 - 6896



Oliveira Manuel. *Dantesco* (detalle), 1981.

# acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA  
DE AMÉRICA LATINA

Volumen 56 - N° 4

Buenos Aires - Diciembre 2010

ISSN: 0001 - 6896

## Editorial

233. Desbaratar la creciente oferta de drogas  
no se consigue con la despenalización

CÉSAR A. CABRAL

## Originales

235. Factores asociados con el duelo perinatal  
en mujeres con pérdida gestacional

CECILIA MOTA GONZÁLEZ, NAZIRA CALLEJA, M. EUGENIA  
GÓMEZ LÓPEZ, EVANGELINA ALDANA CALVA, MARCO ANTO  
NIO SÁNCHEZ PICHARDO

243. La sexología y otros discursos sobre  
sexualidad: intersecciones y distancias en  
la Argentina contemporánea

DANIEL JONES, INÉS IBARLUCÍA

253. Trastornos de conducta alimentaria en  
estudiantes de nivel medio de la  
Ciudad de Buenos Aires y el Conurbano  
Bonaerense

VANESA GÓNGORA, NORA SUAREZ HERNANDEZ, ALDANA SOL GRINHAUZ

263. Propiedades psicométricas de un cuestio-  
nario de estilo de vida saludable

MIRIAN PILAR GRIMALDO MUCHOTRIGO

274. Autoconcepto y síndrome de Turner:  
influencia de parámetros biológicos en el  
desarrollo psicosocial

MARÍA JOSÉ AGUILAR, MARCELA CAROLINA LÓPEZ , SOLE  
DAD SARTORI

## Revision

284. Creencias relacionadas con el trastorno  
de ansiedad generalizada

GISELLE VETERE, RICARDO RODRÍGUEZ BIGLIERI

# acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA  
DE AMÉRICA LATINA

Volumen 56 - N° 4

Buenos Aires - Diciembre 2010

ISSN: 0001 - 6896

294. Perfiles ejecutivos en niños y adolescentes con trastornos del espectro fetal alcohólico.

MARIANA BEATRIZ LÓPEZ, VANESSA ARÁN FILIPPETTI

## Historia

305. Tradiciones conceptuales e institucionales del psicoanálisis en Argentina

LUCÍA A. ROSSI, ROSA FALCONE

## Resención

315. MILMANIENE, Jose E. Clínica de la diferencia en tiempos de perversión generalizada. Buenos Aires: Biblos; 2002.

LUIS MEYER



## Fundación **acta** Fondo para la salud mental

### Centro Colaborador de la OPS/OMS

Entidad de bien público sin fines de lucro  
Personería Jurídica N°4863/66  
inscrita en el Ministerio de Salud Pública y  
Acción Social con el N° 1.777



### CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

**César A. Cabral:** Presidente  
**Mario Vidal:** Vicepresidente 1°  
**Edith Serfaty:** Vicepresidente 2°  
**Diana Vidal:** Secretaria  
**Luis Meyer:** Tesorero

**Fernando Lolas Stepke:** Director Técnico  
**Lucía Rossi:** Vocal  
**Ernesto Martín-Jacod:** Vocal  
**Lilian Carvajal:** Vocal

**Sede Social:** M. T. de Alvear 2202, piso 3° - C1122AAJ - Ciudad de Buenos Aires, Argentina.  
Tel.: (54 11) 4966-1454 - [fuacta@acta.org.ar](mailto:fuacta@acta.org.ar)

CC 170, Suc. 25 - C1425WAD - Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**Administración/Suscripciones:** (54 11) 4897-7272 int.:100 - [fuacta@acta.org.ar](mailto:fuacta@acta.org.ar)  
[www.acta.org.ar](http://www.acta.org.ar)

**Alarcón Renato D.**  
Rochester - EUA

**Ardila Rubén**  
Bogotá - Colombia

**Azcoaga Juan**  
Buenos Aires - Argentina

**Barcia Demetrio**  
Murcia - España

**Carpintero Helio**  
Madrid - España

**Costa e Silva Jorge A.**  
Rio de Janeiro - Brasil

**Dorfman Lerner Beatriz †**  
Buenos Aires - Argentina

**Dorr Zegers Otto**  
Santiago - Chile

**Fernandez-Álvarez Héctor**  
Buenos Aires - Argentina

**Gómez Alejandro**  
Santiago - Chile

**Gómez Jarabo García Gregorio**  
Madrid - España

**González Uzcátegui René**  
San José - Costa Rica

**Kornblit Ana Lía**  
Buenos Aires - Argentina

**Levav Itzhak**  
Jerusalem - Israel

**López-Ibor Aliño J. José**  
Madrid - España

**Lucchetti César**  
Buenos Aires - Argentina

**Mainetti José**  
Buenos Aires - Argentina

**Manes Facundo**  
Buenos Aires - Argentina

**Marconi Juan †**  
Santiago - Chile

**Mariátegui Javier †**  
Lima - Perú

**Mezzich Juan**  
Pittsburgh - EUA

**Míguez Hugo**  
Buenos Aires - Argentina

**Pagés Larraya Fernando †**  
Buenos Aires - Argentina

**Parada A. Rafael**  
Santiago - Chile

**Pérez Rincón Héctor**  
México D.F. - México

**Rosselli Humberto**  
Bogotá - Colombia

**Silva Ibarra Hernán**  
Santiago - Chile

**Sluzki Carlos**  
Santa Barbara - EUA

**Vicente Benjamín**  
Concepción - Chile

*Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* es una publicación científica propiedad de la Fundación ACTA, Fondo para la Salud Mental, fundada por Guillermo Vidal en 1954, que tiene por objeto fomentar el desarrollo de la psiquiatría y la psicología en lengua española. Aparece regularmente cuatro veces al año: en marzo, junio, septiembre y diciembre. Incorporada por CONICET y CAICYT al Núcleo Básico de Revistas Científicas de Argentina en el área Ciencias Biológicas y de la Salud. Indizada en las bases de datos electrónicas LATINDEX, LILACS, PSICODOC, PsycINFO, figura en los registros abreviada como: *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat.*

#### **Fundador**

† Guillermo Vidal

#### **Directores**

**César A. Cabral**  
Santa Fe 1881 - C1123AAA  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina  
Tel.: (54 11) 4812-7205  
cesar.cabral@live.com

**Luis Meyer**  
Juncal 2663 - C1425AYE  
Ciudad de Buenos Aires,  
Argentina  
gnmeyer@gmail.com

#### **Director Honorario**

**Fernando Lolos Stepke**  
Av. Ricardo Lyon 880, Dpto. 1104  
Providencia, Santiago, Chile.  
Fax: (562) 233-3508

#### **Director Asociado**

**Francisco Alonso-Fernández**  
Profesor emérito Universidad  
Complutense, Madrid, España

#### **Comité de Redacción (2009-2010)**

Ricardo Aranovich, Fundación Acta, Argentina

Juan Azcoaga, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Ana Lía Kornblit, Universidad de Buenos Aires, CONICET  
Argentina.

Alicia Losoviz, Asociación Psicoanalítica Argentina. Federación  
Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética.

Hugo Rafael Mancuso, Universidad de Buenos Aires, CONICET,  
Argentina.

Hugo Míguez, CONICET, Argentina.

Carlos Repetto, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Lucía Rossi, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Edith Serfaty, Academia Nacional de Medicina, Argentina.

Gustavo Tafet, Universidad Maimónides, Argentina.

#### **Colaboradores**

Lilian Carvajal, Octavio Gallego, María de los Ángeles  
López Geist, Jaime Smolovich, Ezequiel Benito.

#### **Coordinación y Edición**

Alejandra Niño Amieva, editor@acta.org.ar

#### **Corrección y supervisión de contenidos**

Maia Nahmod, maia.nahmod@gmail.com

#### **Administración**

Marcelo T. de Alvear 2202, piso 3º (Escuela de Salud Pública,

Fac. de Medicina, Universidad de Buenos Aires) - C1122AAJ

Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Tel./Fax: (54 11) 4897-7272 - fuacta@acta.org.ar

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual N°091317

ISSN: 0001 - 6896

© Fundación ACTA, Fondo para la Salud Mental. Todos los derechos reservados -  
Ley 11.723. Hecho el depósito que marca la ley

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio sin previo  
consentimiento de Fundación Acta. Los artículos y notas firmadas no representan  
necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de los  
autores.

**Diagramación:** Diego Stina - diego.stina@gmail.com

**Impresión:** Artes Gráficas Serval - Puccini 221, L. de Zam., Bs. As., Argentina

Original

## Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de nivel medio de la Ciudad de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense

VANESA C. GÓNGORA, NORA SUAREZ HERNANDEZ, ALDANA SOL GRINHAUZ

VANESA C. GÓNGORA  
Doctora en Psicología.  
Investigadora asistente del  
Consejo Nacional de  
Investigaciones Científicas y  
Técnicas (CONICET),  
R. Argentina.\*

NORA SUAREZ HERNANDEZ  
Licenciada en Psicología.\*

ALDANA SOL GRINHAUZ  
Licenciada en Psicología.\*

\* Facultad de Psicología,  
Universidad de Buenos Aires,  
R. Argentina.

El objetivo de este estudio es evaluar conductas, cogniciones específicas y creencias básicas en adolescentes en base a inventarios y entrevistas, estimando posibles casos y la presencia de trastornos de conducta alimentaria y comparar estas variables por grupos de riesgo. Participaron 759 estudiantes de escuelas medias de la Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense (43% hombres y 57% mujeres). Se administraron: una encuesta de síntomas alimentarios, el inventario ICA, los cuestionarios SQ y MAC-R, las escalas de Rosenberg y Beck-II y una entrevista semidirigida. En una primera fase, un 14% de las mujeres y un 11% de los varones de la muestra total mostraron sintomatología de riesgo vinculada a los TCA. En la fase de entrevistas, sólo un 4.08% de la muestra de la ciudad de Buenos Aires cumplió los criterios de un TCA (6.79% de las mujeres y 1.28% de los varones). El grupo de alumnos seleccionados como posibles casos y los efectivamente confirmados mostraron conductas, cogniciones específicas y creencias básicas similares y más severas que aquellos estudiantes sin sintomatología significativa. Los casos confirmados presentaron mayor severidad de conductas compensatorias, depresión y creencia de abandono.

**Palabras clave:** Evaluación – Cogniciones – Trastornos de la conducta alimentaria - Adolescentes.

### Eating disorders in high-school students of the City of Buenos Aires and Greater Buenos Aires

The aims of this study were: a) to assess eating behaviors, specific cognitions related to eating disorders (ED) and core beliefs in adolescents on the basis of self-reports and interviews in order to detect probable cases and evaluate ED, and b) to compare these variables by risk groups. The sample was composed of 759 students of middle high schools of Buenos Aires city (43% men and 57% women). The instruments used were: sociodemographic and eating related data, the ICA inventory, the MAC-R questionnaire, the SQ schema questionnaire, the Rosenberg scale, the Beck-II inventory and a semi-structured interview. In the first phase, a 14% of women and 11% of men showed symptoms of risk of ED, whereas in the interview phase only 4.08% of the sample met criteria for ED (6.79% of women and 1.28% of males). The group of students selected as at risk and those who were confirmed as cases showed similar and more severe eating behaviors, specific cognitions and core beliefs than those students without significant symptoms. ED confirmed cases had higher severity of compensatory behaviors, depression and belief of abandonment.

**Keywords:** Assessment – Cognitions – Eating disorders - Adolescents.

CORRESPONDENCIA  
Dra. Vanesa Góngora.  
Tronador 3891 12 D,  
C1430DMS,  
Ciudad de Buenos Aires,  
R. Argentina;  
vgongora@psi.uba.ar

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son una de las patologías que más afectan a mujeres adolescentes y jóvenes con una prevalencia que oscila entre un 0,3 y un 3,7% en el caso de la anorexia nerviosa y entre un 1 y un 4,2 % en la bulimia [3].

Las investigaciones realizadas sobre prevalencia de TCA se dividen en dos tipos: los que utilizan una sola fase de evaluación y los que han incluido una segunda etapa con entrevistas. En general, son más frecuentes los trabajos que incluyen una única fase a través del empleo de autoinformes ya que tienen la ventaja de ser económicos y de rápida aplicación. Sin embargo, los cuestionarios autoadministrables no constituyen un método adecuado para la detección de casos de TCA. Esto se debe a que las características principales del trastorno no tienen un significado específico y aceptado universalmente, por lo que los enunciados de los cuestionarios que hacen referencia por ejemplo a frecuencia de atracones presentan habitualmente dificultades de definición e interpretación. Como consecuencia, se pierde especificidad en el diagnóstico y suele haber muchos casos «falsos-positivos» [28].

Teniendo en cuenta estas limitaciones, existe un acuerdo en la literatura científica acerca de la conveniencia del uso de entrevista diagnóstica clínica «cara-a-cara» con el sujeto para establecer un diagnóstico confiable. Los estudios de doble fase aplican en una primera etapa un cuestionario de *screening* a todos los participantes de la muestra, para detectar los posibles casos de TCA, es decir, aquellos sujetos que igualan o superan el punto de corte establecido en el instrumento utilizado. En la segunda fase, se entrevista a todos los participantes preseleccionados como posibles casos. También suele incluirse entrevistas a un grupo control conformado por personas que puntúan por debajo del puntaje de corte. Esto se hace a los fines de evaluar la adecuación del instrumento de *screening* [28].

En Latinoamérica, las estimaciones de la prevalencia en adolescentes son bastante dispares, dependiendo del tipo de muestra seleccionada (grupo etéreo, inclusión o no de varones, grupos específicos de riesgo), el instrumento de evaluación y el diseño utilizado. Por ejemplo, una investigación llevada a cabo en Chile con la EDI-2 en adolescentes de 11 a 19 años reportó que el 8.3% de la muestra presentaba riesgo de padecer TCA [14]. En Brasil,

Alves *et. al.* [1] evaluaron el riesgo de TCA en mujeres adolescentes a partir del cuestionario EAT+; los autores encontraron que el 15.6% presentaba un alto riesgo de TCA. En Venezuela, Quintero-Parraga *et. al.* [29] emplearon entrevistas estructuradas para evaluar la prevalencia de TCA en adolescentes de ambos sexos; los resultados indicaron una prevalencia del 1.58% de bulimia nerviosa y del 0.66% de trastorno por atracón; sin hallar casos de anorexia nerviosa.

La mayoría de de las investigaciones realizadas en Argentina en población adolescente han sido estudios de una fase con cuestionarios autoadministrables. Lenoir y Silber [23] analizaron una estadística elaborada por la Asociación de Lucha contra la Anorexia y Bulimia Nerviosa sobre la base de 2.346 encuestas realizadas a estudiantes de distintos niveles educativos en varias ciudades del país. Se encontró que un 5,3% del total de los encuestados presentaba diversas patologías alimentarias; de este porcentaje, el 58,4% pertenecía al nivel secundario. Por su parte, Leiderman & Triskier [22] evaluaron actitudes, conductas alimentarias y rasgos obsesivo-compulsivos en adolescentes de la ciudad de Buenos Aires de ambos sexos; las encuestas indicaron que un 23.5% de los estudiantes presentaban conductas bulímicas y un 43% seguían una dieta al menos una vez por semana.

Son escasos los estudios en adolescentes que hayan incluido una segunda etapa de entrevistas. Bay *et. al.* [4] utilizaron el cuestionario EDE-Q para evaluar la presencia de posibles casos de TCA en una muestra nacional mixta de 10 a 19 años que asistía a consultorios pediátricos. Los autores hallaron en la primera fase un 19.2% de conductas vinculadas a los TCA, que correspondía a un 24% de las mujeres y a un 12% de los varones. En la segunda fase, un 6,94% de la muestra total reunió criterios diagnósticos según el *DSM-IV* [4]. Por su parte, Rutzstein *et. al.* [33] investigaron la prevalencia de TCA en una muestra femenina de estudiantes de 13 a 18 años de la ciudad de Buenos Aires. A través de la escala EDI-2 identificaron en una primera etapa un 17% de posibles casos, sin embargo en las entrevistas los casos confirmados se redujeron al 10%.

Si bien la mayoría de los estudios hasta ahora realizados en adolescentes se han centrado en la descripción de conductas y síntomas relacionados a los TCA; no se cuenta con estudios que



hayan integrado dichas conductas con el sistema de creencias y cogniciones.

Los modelos cognitivos de TCA asumen que las cogniciones juegan un rol fundamental en el desarrollo y mantenimiento de la patología [15, 35]. Existen dos tipos de cogniciones<sup>1</sup> en los TCA: a) las específicas al trastorno que se refieren a la alimentación, la forma corporal y el peso; y b) las personales, que son creencias generalizadas acerca de sí mismo. a) Se considera que las cogniciones referidas al peso, el cuerpo y la alimentación son un tipo de contenido cognitivo que es específico de los TCA y que lo diferencia de otro tipo de trastornos mentales [12, 13]. Estas incluyen la percepción del peso y la alimentación como base de la aprobación de los otros, la creencia acerca de que un autocontrol es fundamental para su autoestima y un excesivo énfasis en una regulación rígida del peso [13, 17, 26]. b) El segundo tipo de cogniciones se refiere a las creencias personales definidas como generalizaciones cognitivas sobre el sí mismo que organizan y guían el procesamiento de la información referida la persona [35]. Se considera que la visión negativa de sí mismo es responsable de la insatisfacción permanente para con la propia apariencia. Esto fomentaría la búsqueda constante de la delgadez y la pérdida de peso [13, 17]. Dentro de este grupo se ha encontrado evidencia de un nivel más profundo de creencias, basado en la teoría de esquemas de Young [39], que se caracterizarían por ser de desarrollo temprano, absolutas, y duraderas [9, 5, 37]. Algunas de las creencias básicas descritas en pacientes con TCA se refieren a la pérdida de control, la imperfección, el temor al fracaso, el aislamiento social y la dependencia [11, 12, 24, 36]. Se halló que existiría una relación significativa entre las creencias básicas y las cogniciones específicas de los TCA [20, 37].

Varios estudios han señalado que la utilización conjunta de medidas sobre cogniciones específicas y creencias personales, además de información sobre síntomas alimentarios, permitirían una mejor discriminación de adolescentes con y sin TCA así como diferenciar sintomatología subclínica de TCA de sintomatología depresiva en esa población [10,11, 27]. Esto implicaría la ampliación del espectro de evaluación en adolescentes

<sup>1</sup> Los términos creencias, cogniciones y esquemas son utilizados muchas veces en la literatura en forma indistinta. En este artículo se empleará la palabra cogniciones para referirse a las relacionadas con el peso, la alimentación y el cuerpo y creencias para las de contenido relacionado al sí mismo.

para incluir conductas, cogniciones específicas y creencias personales.

El objetivo de este trabajo consiste en: a) evaluar conductas, cogniciones específicas y creencias básicas en adolescentes en base a inventarios y entrevistas estimando posibles casos y la presencia de TCA en este grupo, y b) comparar las conductas relacionadas con los TCA, cogniciones específicas y creencias básicas por grupos de riesgo. Se hipotetiza que entre un 15-20% de la muestra presentará síntomas relacionados con los TCA conforme a los datos relevados en inventarios y un 3 a 5% en base a entrevistas. Se espera que los adolescentes considerados posibles casos difieran de los no casos en sus conductas alimentarias así como en cogniciones específicas y creencias personales.

## Método

### Muestra

La muestra se conformó por 759 adolescentes que asistían a seis escuelas de educación media de la Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense siendo un 43.1% varones (n = 327) y un 56.9% mujeres (n = 432). La edad media fue de 15.19 años (DE = 1.53) y el Índice de Masa Corporal promedio fue de 20.81 (DE = 2.93).

### Instrumentos

*Encuesta sociodemográfica y de síntomas alimentarios.* Se confeccionó una encuesta que indagaba sobre: variables demográficas 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 [34] diseñado para evaluar 15 esquemas desadaptativos tempranos o creencias básicas conforme a la teoría de Young. La versión en español utilizada en pacientes bulímicas argentinas evidenció adecuada consistencia interna en esa población (alfas desde 0.60 para Vulnerabilidad hasta 0.89 en Temor al fracaso) [21].

*ICA (Inventario de conductas alimentarias).* Este instrumento de 91 ítems basado en la EDI-2 [18]. Para este estudio se utilizaron las tres escalas específicas del trastorno (*Deseos de adelgazar*, *Bulimia*, *Insatisfacción corporal*). Los estudios de

validación locales mostraron una adecuada consistencia interna para todas las escalas ( $\alpha > .80$  en las tres escalas de sintomatología alimenticia). Los puntajes de la escala permitieron discriminar entre población clínica y población general, entre hombres y mujeres y entre distintos grupos de edades [6, 8, 7].

*MAC (Cuestionario de cogniciones anoréxicas de Mizes)*. Evalúa variables cognitivas específicas consideradas centrales en la anorexia y la bulimia [26]: 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 [20].

*Escala de depresión de Beck-II (BDI-II)*. Es un instrumento de 21 ítems que evalúa la severidad de la sintomatología depresiva [5]. La escala ha sido validada en Argentina, mostrando igual estructura factorial que la versión original, y adecuados niveles de consistencia interna.

*Escala de autoestima de Rosenberg*. La escala consta de 10 ítems con 4 opciones de respuesta: desde extremadamente de acuerdo (4) a extremadamente en desacuerdo (1) [32]. Los estudios locales realizados en población general y en población clínica diagnosticada con trastornos de la ansiedad y/o depresión mostraron que la escala mantenía la misma estructura factorial que la versión original, presentaba buenos niveles de consistencia interna ( $\alpha = .70$ ) y evidencias de validez convergente y divergente [19].

*Entrevista semidirigida*. Las entrevistas se centraron en profundizar la información recabada a través de los autoinformes y a evaluar la presencia de un posible trastorno alimentario en base a los criterios del *DSM-IV-TR*.

#### *Procedimiento*

Las pruebas se administraron en forma grupal en cada curso con un máximo de 30 personas en cada uno. Estas fueron llevadas a cabo por miembros del equipo de investigación. La duración de cada administración fue de 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 a aquellos estudiantes cuyos padres autorizaron su participación.

En un segundo momento se realizaron entrevistas semidirigidas a algunos alumnos en forma individual en base a los criterios diagnósticos del *DSM-IV-TR* [2]. Las entrevistas fueron realizadas por miembros del equipo de investigación: psicólogos especializados en el área de evaluación psicológica.

La evaluación de *posibles casos* en base a inventarios se realizó sobre la base de las puntuaciones de la escala ICA teniendo en cuenta la variable género y los datos normativos de la prueba. Conforme a las especificaciones de estudios internacionales, un puntaje de corte  $\geq 14$  (equivalente al percentil 90) en la escala *Deseos de adelgazar* permitiría detectar población en riesgo de padecer un TCA [18]. No obstante, teniendo en cuenta los baremos argentinos de la escala, se utilizó el puntaje de corte equivalente al percentil 90:  $\geq 16$  en el caso de las mujeres y  $\geq 11$  para los varones.

Para la elección de los alumnos a entrevistar se escogieron en un primer lugar aquellos adolescentes considerados posibles casos en base a los inventarios (percentil equivalente o superior a 90 en la escala ICA). En segundo lugar, se incluyeron los estudiantes que habían manifestado tener conductas purgativas al menos una vez por semana y tratamientos por TCA anteriores o presentes y que no estaban incluidos en el primer grupo.

Por otra parte, también se tomó un grupo control de 13 alumnos equivalentes en edad, género y división seleccionados al azar que no presentaban puntuaciones elevadas en las escalas ni reportaba sintomatología significativa relacionada con los TCA. La evaluación realizada en las entrevistas con el grupo control fue igual a la efectuada con los *posibles casos*.

#### **Resultados**

*Síntomas relacionados con los TCA en base a encuesta*. Los datos de la encuesta sociodemográfica y de síntomas alimentarios indicaron que un 39% de los participantes realizaba actividad física intensa con una frecuencia de 4 a 7 veces por semana. Un 23% seguía una dieta al menos una vez por semana y un 50% manifestó comer grandes cantidades de comida en corto tiempo y con sensación de pérdida de control, al menos,



una vez por semana. Aunque se trate de un elevado porcentaje, las entrevistas realizadas posteriormente hacen sospechar que dichos resultados responden más a *atracones* subjetivos que a un atracón propiamente dicho.

Con respecto a conductas compensatorias, un 7% reportó conductas purgativas al menos una vez por semana. Las entrevistas posteriores indicaron que efectivamente los adolescentes realizaban diversas conductas compensatorias: ayunos, intensa actividad física, uso de laxantes y diuréticos y, en menor medida, auto-provocación de vómitos.

Por otro lado, un 8% de la muestra había realizado tratamientos anteriores por TCA y un 2% lo hacía al momento de la evaluación. Aunque el porcentaje es relevante teniendo en cuenta que se trata de adolescentes, cabe considerar que muchos jóvenes incluyeron otros tipos de trastornos alimenticios que requerían tratamiento nutricional (enfermedad celíaca, diabetes, etc.).

*Posibles casos de TCA en base a inventarios.* En primera instancia, se evaluaron los posibles casos de TCA conforme a los datos suministrados por la escala ICA. En base al punto de corte establecido en este instrumento, un 14 % de las mujeres y un 11% de los varones pertenecientes a la muestra total manifestarían sintomatología de riesgo compatible con un TCA.

*Trastornos de la conducta alimentaria en base a entrevistas.* Teniendo en cuenta las posibilidades otorgadas por las instituciones, la segunda fase de la investigación se realizó únicamente con los colegios de la Ciudad de Buenos Aires. De los 318 alumnos de las escuelas incluidas en esta etapa, se seleccionaron 51 adolescentes como posibles casos lo que equivale al 16.03% del total de la muestra. Estos se conformaron por 38 alumnos (11.95%) elegidos en base a sus puntuaciones de los inventarios y 13 (4.08%) estudiantes más en base a la encuesta sociodemográfica (conducta purgativa frecuente, tratamiento por TCA actual o previo). Debe señalarse que, si bien, se pidió autorización a los padres para realizar las entrevistas a los 51 adolescentes, sólo se obtuvo el consentimiento para 34 alumnos (10.69%). En lo que respecta a los 13 participantes que conformaban el grupo control, se verificó que ninguno de ellos presentaba sintomatología significativa relacionada con los TCA, por lo que puede argumentarse que los cri-

terios de selección utilizados fueron adecuados.

En todas las entrevistas realizadas con los alumnos seleccionados como *posibles casos* se evidenció una preocupación importante por el cuerpo y la alimentación.

Se verificó que 13 estudiantes (4.08% de la muestra total) presentaban sintomatología compatible con los TCA según los criterios del *DSM-IV-TR*. Es decir, que un 38.23% de los alumnos entrevistados efectivamente presentaba un trastorno clínico. El 79.92% (10 estudiantes) correspondía a un trastorno alimentario no especificado, mientras que el 23.08% (3 estudiantes) cumplía los criterios de una bulimia nerviosa.

En cuanto a la distribución por género, 11 eran mujeres y 2 varones, lo que corresponde al 6.79% de la muestra femenina y al 1.28% de la muestra masculina, respectivamente. Los casos de bulimia nerviosa fueron exclusivamente femeninos.

Cabe señalar que al haber alumnos que no pudieron ser entrevistados y que presentaban puntuaciones significativas en los instrumentos administrados, los porcentajes anteriormente mencionados podrían llegar a ser más elevados.

*Cogniciones y creencias básicas en estudiantes por grupo de riesgo.* A los fines de evaluar las características de cada grupo de estudiantes en cuanto a conductas, cogniciones específicas y creencias básicas, se procedió a realizar un análisis de varianza ANOVA-*one way* con análisis post-hoc de Bonferroni entre: 1) los estudiantes que no habían sido seleccionados por considerarlos sin problemática relacionada con los TCA 2) los que habían sido seleccionados como posibles casos pero que no cumplieron los criterios diagnóstico para TCA en las entrevistas y 3) los casos confirmados de TCA. Para ello se utilizaron las subescalas de los cuestionarios MAC-R, ICA y SQ, la escala de autoestima de Rosenberg, la escala de depresión de Beck y la frecuencia de actividad física, conducta dietante, *atracones* y conducta purgativa de la encuesta sociodemográfica como variables dependientes. Dada la gran cantidad de variables empleadas se prefirió utilizar un  $\alpha = 0.001$  ( $0.05/27 = 0.001$ ), para evitar errores de tipo I. En la tabla 1 se presentan las puntuaciones medias y desvíos estándares para cada grupo de estudiantes y los resultados de las ANOVAs.

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

Variables	No seleccionados (n = 267)		Seleccionados (n = 38)		Casos (n = 13)		F
	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.	
Act. física	2.99	1.52	2.86	1.54	2.92	1.75	.04
Dieta	.38 <sup>a</sup>	1.23	1.60 <sup>b</sup>	2.16	1.84 <sup>b</sup>	2.23	17.38***
Atracones	.81 <sup>a</sup>	1.37	1.41	1.73	2.46 <sup>b</sup>	2.43	9.84***
Conducta purgativa	.02 <sup>a</sup>	.17	.95 <sup>b</sup>	2.12	2.15 <sup>c</sup>	2.11	54.96***
Autocontrol	19.04 <sup>a</sup>	5.73	25.86 <sup>b</sup>	6.95	29.15 <sup>b</sup>	8.33	36.27***
Regulación del peso	15.99 <sup>a</sup>	4.58	22.10 <sup>b</sup>	6.78	24.76 <sup>b</sup>	8.11	39.86***
Aprobación de otros	16.87 <sup>a</sup>	4.92	21.55 <sup>b</sup>	4.96	22.84 <sup>b</sup>	5.16	22.32***
Deseos de adelgazar	4.07 <sup>a</sup>	3.90	12.26 <sup>b</sup>	5.19	14.07 <sup>b</sup>	5.52	94.08***
Bulimia	3.40 <sup>a</sup>	2.85	6.23 <sup>b</sup>	4.87	9.07 <sup>c</sup>	6.15	27.81***
Insatisfacción corporal	6.86 <sup>a</sup>	5.07	15.47 <sup>b</sup>	5.75	17.23 <sup>b</sup>	5.57	66.01***
Privación emocional	8.66 <sup>a</sup>	3.91	12.28 <sup>b</sup>	7.07	13.84 <sup>b</sup>	8.56	16.54***
Abandono	10.74 <sup>a</sup>	5.08	14.26 <sup>b</sup>	6.80	18.61 <sup>c</sup>	6.80	18.92***
Desconfianza	10.91 <sup>a</sup>	4.33	13.76 <sup>b</sup>	5.96	16.46 <sup>b</sup>	5.48	14.31***
Dependencia	10.55 <sup>a</sup>	4.27	12.84 <sup>b</sup>	5.25	15.53 <sup>b</sup>	5.42	11.36***
Imperfección	8.52 <sup>a</sup>	3.30	11.26 <sup>b</sup>	5.15	12.84 <sup>b</sup>	6.50	16.03***
Parámetros infalibles	15.36	4.56	15.76	4.38	17.07	5.46	.94
Autosacrificio	13.45	4.36	15.00	5.45	17.53	4.62	6.57
Vulnerabilidad	11.57 <sup>a</sup>	4.09	14.31 <sup>b</sup>	6.09	14.69 <sup>b</sup>	5.73	8.73***
Atrapamiento	9.03	4.30	11.39	5.06	11.15	4.89	5.79
Fracaso	9.92 <sup>a</sup>	4.80	12.92 <sup>b</sup>	6.32	14.92 <sup>b</sup>	8.33	10.52***
Inhibición emocional	10.14	4.60	11.81	5.76	12.38	7.21	3.05
Autocontrol insuficiente	13.60	4.76	15.44	5.88	17.23	5.55	5.24
Aislamiento social	9.13 <sup>a</sup>	3.86	11.86 <sup>b</sup>	6.61	10.76	4.71	7.25***
Grandiosidad	11.97	4.26	14.44	5.09	13.92	2.78	6.36
Sometimiento	9.94 <sup>a</sup>	3.83	12.63 <sup>b</sup>	6.08	15.61 <sup>b</sup>	4.77	16.86***
Autoestima	33.93 <sup>a</sup>	4.25	29.89 <sup>b</sup>	6.80	27.15 <sup>b</sup>	5.63	23.56***
Depresión	7.48 <sup>a</sup>	6.24	15.57 <sup>b</sup>	13.38	24.30 <sup>c</sup>	10.02	45.81***

Nota. Las medias que en una misma fila tiene distinta letra muestran diferencias significativas al nivel  $p < .05$  en la prueba Bonferroni. \*\*\*  $p < .001$

El análisis mostró diferencias significativas en casi todas las variables entre el grupo de estudiantes no seleccionados y los seleccionados, no hallándose prácticamente diferencia entre este grupo y los casos. Sin embargo, los alumnos con diagnóstico de TCA puntuaron significativamente más alto en frecuencia purgativa, bulimia, abandono y depresión que los alumnos seleccionados cuyo diagnóstico no fue confirmado en entrevista.

El grupo de alumnos seleccionados y el de los casos confirmados indicaron tener una mayor frecuencia dietante y purgativa que los no seleccionados, así como cogniciones específicas relacionadas con los TCA más severas vinculadas al *Autocontrol* como base de la autoestima, *Control rígido del peso* y *Aprobación de otros*. También evidenciaron mayores conductas de *Bulimia*,

*Insatisfacción corporal* y *Deseos de adelgazar*.

Con respecto a las creencias básicas, el grupo de estudiantes seleccionados y el de casos exhibieron creencias básicas más fuertes de *Privación emocional*, *Abandono*, *Desconfianza*, *Dependencia*, *Imperfección*, *Vulnerabilidad*, *Fracaso*, *Aislamiento social* y *Sometimiento*. Por otro lado, mostraron menores niveles de *Autoestima* y mayor *Depresión*.

Por su parte, los casos confirmados afirmaron tener más *atracones* que los no seleccionados, mientras el grupo de adolescentes seleccionados mostró puntuaciones intermedias sin diferencias significativas con los otros dos grupos.

Un caso particular lo constituye la creencia de *Aislamiento social* en la que los alumnos con diag-

nóstico de TCA puntuaron más bajo que los seleccionados pero más alto que los no seleccionados. Esto podría interpretarse como una problemática particular de este grupo sin relación con el tema alimentario.

### Discusión

En este trabajo se evaluaron conductas y cogniciones relacionadas con los TCA en base a tres tipos de instrumentos: encuestas autoadministradas, inventarios y entrevistas.

Los resultados de las encuestas revelaron que un porcentaje significativo de adolescentes presentaba conductas relacionadas con los TCA con una frecuencia semanal. El 23% de los encuestados seguía dietas y el 7% tenía conductas compensatorias destinadas a bajar de peso. Estos porcentajes son similares a los encontrados por Rutzstein *et. al.* [33] en su investigación con mujeres adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires. Por otro lado, un 50% de los adolescentes afirmó tener conductas de sobreingesta, sin embargo en las entrevistas se apreció que tales *atracones* eran más bien subjetivos. Estos datos coinciden con numerosas investigaciones que destacan la sobreestimación que realizan adolescentes de las cantidades de comida que ingieren, por lo que sus autoreportes suelen estar sobrevaluados [28].

En una primera fase de este estudio, la evaluación de posibles casos de TCA se realizó sobre los datos de la escala ICA. Según este inventario un 14% de las mujeres y un 11% de los varones de la muestra total (N = 759) mostrarían sintomatología de riesgo vinculada a los TCA. Estos porcentajes se encuentra dentro de lo esperado en las hipótesis de este trabajo y son similares a los halladas en investigaciones realizadas en base a inventarios en Argentina [4, 33].

La segunda fase del estudio se realizó con un grupo más reducido de participantes (n = 318). En una primera etapa se detectaron un 16.03% de posibles casos, sin embargo en la fase de entrevistas, sólo un 4.08% de la muestra cumplió los criterios de un TCA. Estos correspondían al 6.79% de las mujeres y al 1.28% de los varones, porcentajes congruentes con las hipótesis planteadas en este estudio y con estudios en dos fases realizados en otros países y en Argentina [4, 28, 31].

En lo que respecta a la muestra masculina, se puede afirmar que hay un grupo importante de

adolescentes (11%) que presentaría preocupación por la imagen corporal y alimentación, realizaría dietas y ejercicio excesivo (más de cuatro veces por semana) pero sólo un pequeño porcentaje (1.28%) cumpliría con los criterios de TCA.

Con respecto a las mujeres, los resultados obtenidos son muy cercanos al 6.94% del trabajo de Bay *et al.* [4] en una muestra de niños y adolescentes, pero inferiores al 10% obtenido por Rutzstein *et. al.* [33] en una muestra de estudiantes de nivel medio de la ciudad de Buenos Aires. De todas formas, se confirma la mayor prevalencia de este tipo de patología en población femenina adolescente, siendo la proporción por género de 5.5. Si bien en la literatura se menciona una proporción de 9 a 1, Rojo *et. al.* [31] hallaron una tasa de 6.7 en población adolescente española. Esto estaría indicando una mayor proporción de TCA en población masculina de la ciudad de Buenos Aires.

Es importante señalar que durante la fase de entrevistas, no se hallaron falsos negativos en los casos controles, indicando un buen criterio de selección de los posibles casos.

Por otro lado, también merece destacarse la importancia de considerar el autoreporte de conductas purgativas en la selección de posibles estudiantes en riesgo ya que dos de los casos confirmados no superaron el punto de corte establecido de la ICA pero reportaron conductas purgativas en la encuesta de síntomas. Esto indicaría la necesidad de incluir los dos criterios para la selección de posibles casos. Coincidentemente Rutzstein [33] destacó el mismo criterio en su estudio de dos fases en adolescentes.

En su mayoría se hallaron trastornos no especificados de la alimentación ya que no se verificaba estrictamente los criterios para bulimia o anorexia: principalmente una frecuencia inferior a dos veces por semana de *atracones* o conductas purgativas o un IMC que no era inferior a 17.5 para el caso de la anorexia. De todos modos, debe aclararse que el peso y altura de los alumnos fue obtenido por auto-reporte y no por medición antropométrica, lo que hubiera permitido tener una medida precisa del IMC.

El segundo objetivo consistió en comparar las conductas, cogniciones específicas y creencias básicas en adolescentes según grupo de riesgo.

Los resultados mostraron que el grupo de alumnos seleccionados como posibles casos y los efectivamente confirmados mostraron conductas, cogniciones específicas y creencias básicas más severas que aquellos estudiantes sin sintomatología significativa relacionada con los TCA. Debe destacarse que si bien el criterio de selección de los grupos se refirió a cogniciones específicas y síntomas de TCA, en 9 de las 15 creencias básicas se hallaron diferencias significativas ( $\alpha = 0.001$ ). Esto indicaría que más allá de la sintomatología alimentaria los grupos difieren a nivel de creencias personales. Aquellos adolescentes con conductas y cogniciones vinculadas a los TCA más severas presentaron también creencias intensas referidas al temor al abandono de personas significativas (*Abandono*), desconfianza de las intenciones de otros (*Desconfianza*), sensación de que algo malo puede ocurrir en cualquier momento (*Vulnerabilidad*), expectativa de que las propias necesidades de soporte emocional no serán satisfechas (*Privación emocional*), sensación de ser defectuoso, malo o inferior (*Imperfección*), creencia de ser incapaz de realizar tareas diarias sin ayuda de los demás (*Dependencia*), sensación de fracaso inminente en el rendimiento en comparación con pares (*Fracaso*), creencia de ser diferente a los demás y de no formar parte de un grupo social (*Aislamiento social*) y una excesiva entrega de control al otro sobre las propias decisiones y preferencias (*Sometimiento*).

Estos resultados apoyarían la hipótesis de la asociación de la severidad de conductas, cogniciones específicas y creencias básicas en perfiles vinculados a los TCA. Resultados similares fueron hallados por Cooper *et. al.* [11] y Leung & Price [24] con adolescentes con diferentes niveles de conducta sintomática vinculada a los TCA. Leung & Price [24] encontraron que las adolescentes con sintomatología significativa alimentaria no diferían en las creencias básicas con respecto a pacientes diagnósticas con TCA pero sí con respecto a las de baja sintomatología.

Por otro lado, la diferenciación entre los posibles casos y aquellos que resultaron confirmados se centró en la mayor severidad de tres variables: conductas compensatorias, depresión y creencia de abandono. Las conductas purgativas estarían indicando mayor severidad de la patología, sin embargo estas se acompañan de un mayor nivel de depresión. Coincidentemente, Leung & Price

[24] hallaron que las mujeres con TCA presentaban mayor depresión que mujeres con sintomatología subclínica. Estos resultados señalan la importancia de la depresión comórbida en este grupo clínico [16, 25]. La creencia de abandono ha sido descrita en pacientes con TCA en numerosos trabajos, y está también asociada a altos niveles de depresión [24, 37, 38].

Los resultados permitirían apoyar la hipótesis cognitiva que sostiene que para que un TCA se desarrolle se necesitan creencias básicas además de la sintomatología alimentaria. Esto supondría entonces que durante el tratamiento será fundamental modificar también tales creencias.

Entre las limitaciones de este estudio se puede señalar la cantidad de alumnos que no pudieron ser entrevistados a pesar de haber cumplido los criterios de selección de acuerdo a los significativos puntajes obtenidos en los diferentes instrumentos administrados. Por otra parte, sería conveniente en futuras etapas de esta investigación 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.

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. Este ha sido el primer trabajo en incluir población masculina en un estudio de dos fases en educación media de la ciudad de Buenos Aires. Según los resultados de esta investigación un 6.78% de las mujeres y un 1.28% de los varones estudiantes de nivel medio presentarían un TCA. Sin embargo, debe destacarse que un 14% de los estudiantes presenta conductas de riesgo de TCA aunque sin la severidad de un trastorno.

Se hace necesario entonces desarrollar estrategias de intervención para este grupo significativo de adolescentes con importantes problemas de la conducta alimentaria. Para ello sería fundamental trabajar en la modificación de las cogniciones específicas del TCA: el peso y la apariencia como base para la aprobación de otros, el control rígido del peso y la creencia de que el peso y el control alimentario como fundamentales para la autoestima, tanto en varones como en mujeres. Asimismo, es primordial la inclusión de estrategias para modificar las creencias personales ya

que estas no sólo se vinculan a los TCA sino que han demostrado que se relacionan con otros trastornos clínicos tales como depresión, trastornos de personalidad o adicciones [31]. Finalmente, teniendo en cuenta que la mayor severidad en los TCA se asocia a mayores niveles de depresión,

se podría incluir un módulo de fortalecimiento de la autoestima destinado a promover actitudes y conductas saludables y positivas hacia sí mismo y hacia el propio cuerpo. Las instituciones educativas pueden ser un ámbito ideal para comenzar a trabajar en la prevención de los TCA.

## Referencias bibliográficas

- ALVES E, VASCONCELOS FGD, DAS NEVES J. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(3):503-12.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Fourth Edition, Text Revision). Washington DC: APA; 2000.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders* (Third Edition). Washington DC: APA 2006.
- BAY L, HERSCOVICI CR, KOVALSKYS I, et al. Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra. *Arch Argent Pediatr*. 2005; 103(4): 305-16.
- BECK A, STEER R & BROWN G. *Inventario de Depresión de Beck - Segunda Edición (BDI-II)*. Buenos Aires: Paidós; 2006.
- CASULLO MM, CASTRO SOLANO A y GONGORA VC. El uso de la escala EDI-2 (Eating Disorders Inventory) con estudiantes secundarios argentinos. *Revista Iberoamericana de Evaluación Psicológica*. 1996; 2: 45-73.
- CASULLO MM, GONZALEZ BARRON R & SIFRE S. Variables psicologicas del comportamiento alimentario en estudiantes adolescentes españoles y argentinos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*. 1999; 15(1): 59-75.
- CASULLO MM, GONZALEZ BARRON R & SIFRE S. Factores de riesgo asociados y comportamientos alimentarios. *Psicología Contemporánea*. 2000; 7(1): 66-73.
- COOPER M & BURROWS A. Underlying assumptions and core beliefs related to eating disorders in the mothers of overweight girls. *Behav Cogn Psychother*. 2001; 29(2): 143-49.
- COOPER M, ROSE KS & TURNER H. Core Beliefs and the Presence or Absence of Eating Disorder Symptoms and Depressive Symptoms in Adolescent Girls. *Int J Eat Disord*. 2005; 38(1): 60-4.
- COOPER M, ROSE KS & TURNER H. The specific content of core beliefs and schema in adolescent girls high and low in eating disorder symptoms. *Eat Behav*. 2006; 7(1): 27-35.
- COOPER M, TODD G & WELLS A. Content, origins, and consequences of dysfunctional beliefs in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Cogn Psychother*. 1998; 12(3): 213-30.
- COOPER M, WELLS A & TODD G. A cognitive model of bulimia nervosa. *Br J Clin Psychol*. 2004; 43(1): 1-16.
- CORREA ML, ZUBAREW T, SILVA P. et al. Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Rev Chil Pediatr*. 2006; 77(2):153-60.
- FAIRBURN CG. Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. In FLACH F. (ed.) *The Hatherleigh guide to psychiatric disorders, Part II. The Hatherleigh guides series*. Long Island City, NY: Hatherleigh Company; 2000: 69-88.
- FAIRBURN CG & BROWNELL K. *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. New York: Guilford Press; 2002.
- FAIRBURN CG, COOPERZ & SHAFRAN R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A «transdiagnostic» theory and treatment. *Behav Res Ther*. 2003; 41: 509-28.
- GARNER DM. *Eating Disorder Inventory-2 manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources; 1991.
- GONGORA VC y CASULLO MM. Validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población general y en población clínica de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*. 2009; 27: 179-94.
- GONGORA VC, DERKSEN JJJ & VAN-DER-STAAK CPF. The Role of Core Beliefs in the Specific Cognitions of Bulimic Patients. *J Nerv Ment Dis*. 2004; 192(4): 297-303.
- GONGORA VC, VAN-DER-STAAK CPF & DERKSEN JJJ. Personality Disorders, Depression, and Coping Styles in Argentinean



- Bulimic Patients. *J Pers Disord.* 2004; 18(3): 272-85.
22. LEIDERMAN E & TRISKIER F. Actitudes, conductas alimentarias y rasgos obsesivocompulsivos en adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires. *Vertex.* 2004; 15(57): 175-79.
23. LENOIR M & SILBER T. Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1). Criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. *Arch Argent Pediatr.* 2006; 104(3): 253-60.
24. LEUNG N & PRICE E. Core beliefs in dieters and eating disordered women. *Eat Behav.* 2007; 8(1): 65-72.
25. LEUNG N, WALLER G & THOMAS G. Core beliefs in anorexic and bulimic women. *J Nerv Ment Dis.* 1999; 187(12): 736-41.
26. MIZES JS, CHRISTIANO B, MADISON J, et al. Development of the Mizes Anorectic Cognitions Questionnaire--Revised: Psychometric properties and factor structure in a large sample of eating disorder patients. *Int J Eat Disord.* 2000; 28(4): 415-21.
27. MURIS, P. Maladaptive Schemas in Non-Clinical Adolescents: Relations to Perceived Parental Rearing Behaviours, Big Five Personality Factors and Psychopathological Symptoms. *Clin Psychol Psychother.* 2006; 13(6): 405-13.
28. PELAEZ FERNANDEZ MA, LABRADOR ENCINAS F & RAICH RM. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *Rev Int Psicol Ter Psicol.* (2005) 5(2): 135-48.
29. QUINTERO-PÁRRAGA E, PÉREZ-MONTIEL AC, MONTIEL-NAVA C. et al. Trastornos de la conducta alimentaria. Prevalencia y características clínicas en adolescentes de la ciudad de Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela. *Invest Clin.* 2003; 44(3): 179-93.
30. RISO LP, DU TOIT PL, STEIN DJ, et al. *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide.* Washington, DC, US: American Psychological Association; 2007.
31. ROJO L, LIVIANOS L, CONESA L, GARCIAA, DOMINGUEZ A, RODRIGO G, SANJUAN L & VILA M. Epidemiology and Risk Factors of Eating Disorders: A Two-Stage Epidemiologic Study in a Spanish Population Aged 12-18 Years. *Int J Eat Disord.* 2003; 34(3):281-91.
32. ROSENBERG M. *Society and the adolescent self-image.* Princeton: Princeton University Press; 1965.
33. RUTSZTEIN G, MAGLIO AL, MURAWSKI B, et al. Trastornos de la Alimentación: Identificación de casos en adolescentes escolarizados de la ciudad de Buenos Aires. *Memorias del XV Jornadas de Investigación - Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.* 2008; 1: 74-7.
34. SCHMIDT NB, JOINER TE, YOUNG JE, et al. The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognit Ther Res.* 1995; 19(3): 295-321.
35. VITOUSEK KB & HOLLON SD. The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognit Ther Res.* 1990; 14(2): 191-214.
36. WALLER G, DICKSON C & OHANIAN V. Cognitive content in bulimic disorders: Core beliefs and eating attitudes. *Eat Behav.* 2002; 3(2): 171-8.
37. WALLER G, OHANIAN V, MEYER C, et al. Cognitive content among bulimic women: The role of core beliefs. *Int J Eat Disord.* 2000; 28(2): 235-41.
38. WALLER G, SHAH R, OHANIAN V, et al. Core beliefs in bulimia nervosa and depression: The discriminant validity of Young's Schema Questionnaire. *Behav Ther.* 2001; 32(1): 139-53.
39. YOUNG JE. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach.* Sarasota: FL, Professional Resource Press/Professional Resource Exchange; 1990.