

Fundamentos en Humanidades
Universidad Nacional de San Luis – Argentina
Año VIII – Número II (16/2007) pp. 127/152

Resultados del Inventario EDI-II en Adolescentes Tardías Femeninas con Trastornos de la Alimentación. Comparación de Tratamientos

**Outcomes of the Eating Disorder Inventory EDI-II in Late
Female Adolescents with Eating Disorders. A Comparative
Therapeutic Study**

Susana Quiroga¹

Universidad de Buenos Aires
suquiroga@ciudad.com.ar

Glenda Cryan²

Universidad de Buenos Aires
gcryan@psi.uba.ar

(Recibido: 02/03/07 – Aceptado: 13/07/07)

Resumen

El propósito del proyecto general fue investigar la eficacia de dos tipos de abordaje grupal para Trastornos de la Alimentación en adolescentes tardías

1 Dra. en Filosofía y Letras con orientación en Psicología, UBA, 1983. Lic. en Psicología, Facultad de Filosofía y Letras, UBA. Miembro Titular en Función Didáctica (APA) y Full Member of the International Psychoanalytic Association (IPA). Categorizada como Investigadora Categoría I (CIN). Profesora Titular Consulto, UBA. Directora del Programa de Actualización en Clínica Psicoanalítica de las Patologías Actuales. Directora del Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, Sede Regional Sur, UBA. Directora del Proyecto UBACYT 2004-2007 P069. Autora de *Del goce orgánico al hallazgo de objeto y Patologías de la Autodestrucción*.

2 Lic. en Psicología, Facultad de Psicología, UBA. Doctoranda de la Universidad de Buenos Aires. Becaria UBACYT. Ayudante de Primera de la Cátedra I de Psicología Evolutiva II: Adolescencia. Investigadora de apoyo en el Proyecto UBACYT 2004-2007 P069.

femeninas. Los dos tipos de abordaje psicoterapéutico grupal elegidos fueron el Cognitivo-Conductual-GCC y el Psicodinámico-GPD. En esta ocasión, se presenta uno de los instrumentos utilizados en el Nivel Psicométrico de evaluación (EDI-II), así como la evolución de los resultados en ambas orientaciones psicoterapéuticas, administrado al inicio y al final del tratamiento (48 semanas) y en el follow-up (96 semanas). Ambos tratamientos resultaron ser eficaces para este tipo de patologías. Sin embargo, la comparación entre los resultados obtenidos en el EDI-II Basal-Follow-up mostró diferencias tanto en la disminución de la sintomatología alimentaria como en los factores psicopatológicos asociados. En el GPD, se destaca la mejoría obtenida en las escalas relacionadas con los conflictos emocionales *Conciencia interoceptiva* ($p=.0000$), *Inefectividad* ($p=.001$), *Miedo a la madurez* ($p=.002$) y *Ascetismo* ($p=.004$). Por el contrario, en el GCC se destaca la mejoría en las escalas relacionadas con la sintomatología alimentaria: *Obsesión por la Delgadez* ($p=.002$) y *Bulimia* ($p=.003$). Con respecto a la escala *Perfeccionismo*, se observó que en ambos tratamientos las 96 semanas no fueron suficientes para disminuir dicho rasgo.

Abstract

The purpose of the general research work was to find out the efficacy of two types of group psychotherapy approaches for Eating Disorders in late female adolescents, namely Cognitive Behavioural Therapy (CBT) and Psychodynamic Therapy (PDT). This work puts forward one of the instruments used in Psychometric Assessment (EDI-II) as well as the development of the outcomes in both psychotherapeutic approaches, administered at the beginning and at the end of the treatment (48 weeks) and during the follow-up (96 weeks). Both treatments turned out to be efficient for this type of pathology. However, when comparing the results obtained in EDI-II Base-Follow-up, some differences were observed in the decrease of eating symptomatology as well as in the associated psychopathological factors. In PDT, there was an improvement in the scales related to emotional conflicts such as Interoceptive Consciousness ($p=.0000$), Ineffectivity ($p=.001$), Maturity Fear ($p=.002$) and Ascetism ($p=.004$); whereas in CBT, there was an improvement in the scales related to the eating symptomatology: Drive to Thinness ($p=.002$) and Bulimia ($p=.003$). As to Perfectionism scale, the 96-week period was not enough to decrease such trait.

Palabras claves

Trastornos de alimentación - adolescencia tardía - inventario EDI-II - comparación de tratamientos

Key words

Eating disorders - late adolescence - EDI-II inventory - comparative therapeutic study

1. Introducción

El propósito del proyecto general fue investigar la eficacia de dos tipos de abordaje grupal para Trastornos de la Alimentación en adolescentes tardías femeninas.

Los dos tipos de abordaje psicoterapéutico grupal elegidos fueron el Cognitivo-Conductual-GCC y el Psicodinámico-GPD (Stunkard, 1959; Stunkard, 1976). Se han elegido dos categorías de Trastornos de Alimentación, que de acuerdo al DSM-IV (1995) y a nuestra experiencia epidemiológica (Quiroga, 1995; Quiroga y Zonis, 1996a; Quiroga, 1996b; Quiroga, Zonis, Zukerfeld, 1998a; Zonis, Zukerfeld, Quiroga, 1998) se caracterizan por el comportamiento por atracón: Bulimia Nerviosa (BN) y Trastorno por Atracón (BED). Los mismos incluyen el atracón tanto en el bajo peso, el peso normal y la obesidad. La anorexia nerviosa restrictiva y la hiperobesidad se excluyeron de este estudio.

Los objetivos de esta investigación fueron: 1) estudiar si las pacientes que sufren atracones y factores psicopatológicos asociados a este desorden experimentan mejorías significativas según el abordaje psicoterapéutico seleccionado, y 2) estudiar cuál de estos abordajes psicoterapéuticos logra mantener en el largo plazo las mejorías alcanzadas por las pacientes.

Para ello, se constituyó un equipo interdisciplinario constituido por especialistas en cada una de las áreas³ y se diseñaron tres niveles de evaluación: Nutricional, Psicométrico y Clínico. En esta ocasión, se presenta uno de los instrumentos utilizados en el Nivel Psicométrico de evaluación (EDI-II), así como la evolución de los resultados en ambas orientaciones psicoterapéuticas, administrado al inicio y al final del tratamiento (48 semanas) y en el follow-up realizado a las 96 semanas.

2. Especificaciones sobre Trastornos de la Alimentación

A continuación definiremos algunas especificaciones características de los Trastornos de Alimentación que se han tomado en cuenta para esta investigación:

³ Directora del Programa: Dra. Prof. Susana E. Quiroga. Psicólogas: Lic. Claudia Garber, Lic. María Isabel Fontao, Lic. Liliana Paradiso, Lic. María del Carmen Pérez Caputo, Lic. Glenda Cryan, Lic. Graciela Piatti. Estudiante de Psicología: Srta. Maia Domínguez. Nutricionista: Lic. María Eugenia Angel Torres. Psiquiatra: Dr. Adrián Scheinkestel. Médico Clínico: Dr. Marcelo Rada.

La *Bulimia Nerviosa* se caracteriza por episodios recurrentes de atracones, por ejemplo comer en un corto período de tiempo una gran cantidad de comida y sentir la pérdida de control sobre lo que se está comiendo durante el episodio. Otra característica son las frecuentes conductas compensatorias inapropiadas para prevenir la ganancia de peso tales como el vómito autoinducido, el mal uso de laxantes, diuréticos, enemas, etc.

El *Trastorno por Atracción* se caracteriza por ingerir grandes cantidades de comida en un corto período de tiempo sin la conducta compensatoria inapropiada. Este se acompaña de ansiedad, depresión, aburrimiento, etc.

La *Conducta Dietante* se define como un patrón caracterizado por una restricción crónica en cantidad y calidad de alimentos ingeridos.

La *Conducta de Control* se refiere a la generalización de esta modalidad a las actividades y actitudes relacionadas con la nutrición y el peso corporal (selección exagerada de la comida, retraso en el acto de comer, etc.).

La *Conducta Compensatoria* se define como la recurrencia en el uso de purgas con el propósito de compensar el efecto de la excesiva cantidad de comida ingerida, que incluye vómitos autoinducidos, uso de laxantes, diuréticos, enemas, actividad física excesiva.

La *Evaluación Antropométrica* se define de acuerdo al peso, la talla y la contextura física para determinar si hay sobrepeso, si el peso es normal o si hay bajo peso. El *Índice de masa corporal-IMC* se obtiene por medio de una fórmula en la que el peso (en kilogramos) se divide por la altura al cuadrado (en metros). Desde el punto de vista nutricional, establecer un peso ideal en un período de tiempo determinado resulta inapropiado para disminuir la ansiedad relacionada con la comida y el acto de alimentarse.

El *Patrón Alimentario* es acordado con cada paciente en particular. Aunque se considera que el patrón alimentario ideal se compone de seis comidas diarias, un índice mínimo de cuatro comidas diarias es tomado como una mejoría.

3. Investigaciones sobre eficacia terapéutica en la comparación de tratamientos

Dentro del campo interdisciplinario del estudio de estas patologías hay diferentes abordajes psicoterapéuticos entre los cuales se encuentran como valiosas las técnicas cognitivo-conductuales y las psicodinámicas. Estos abordajes terapéuticos y las intervenciones psicofarmacológicas aplicadas en un encuadre individual presentan diferentes resultados.

Garner y otros (1993) llevaron a cabo un estudio longitudinal comparativo sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual versus la psicoterapia expresiva de apoyo en pacientes bulímicas ambulatorias con tratamiento individual. La conclusión a la que arribaron indica que ambas terapias fueron igualmente efectivas en la reducción de atracones, pero la cognitivo-conductual demostró ser más efectiva en cuanto a la mejoría de otras variables asociadas.

Desde los años 80, se ha considerado la importancia de la terapia grupal a través de la literatura correspondiente a investigaciones en este campo. Diferentes autores tales como Lacey (1983) y Connors y otros (1984) observaron mejorías en el procedimiento grupal que combinaba la técnica psicodinámica con el abordaje cognitivo-conductual. También, Wilfley y otros (1993) llevaron a cabo un estudio experimental de comparación entre el grupo cognitivo-conductual-GCC y la terapia interpersonal-ITP para pacientes bulímicas no purgativas y con Trastorno por Atracón. En el 2002, el mismo autor investigó la eficacia de ambos tratamientos (GCC y ITP) en 162 personas con BED. Las evaluaciones obtenidas mostraron que la ITP es una alternativa viable al GCC, dado que en ambos abordajes se encontraron mejorías en los atracones y en el funcionamiento psicológico general en el follow-up realizado en intervalos de 4 meses a lo largo de un año.

Fairburn (1991) comparó los resultados de una terapia conductual con terapia cognitivo-conductual y con terapia interpersonal y demostró que los aspectos psicopatológicos mejoraron en todos los casos. Sin embargo, la terapia cognitivo-conductual modificó en mayor medida la conducta anoréxica de restricción extrema, los atracones, las purgas y la distorsión de la imagen corporal.

En un metanálisis llevado a cabo por Fettes y Peters (1992) se estableció la eficacia total del tratamiento grupal con un promedio de magnitud del efecto (Effect size) luego del tratamiento de + 0.75. Dos de las variables significativas asociadas a la magnitud del efecto luego de concluido el tratamiento fueron: 1) los tratamientos que incluían más de dos horas por semana mostraron mejores resultados en el corto tiempo que aquellos que incluían menos horas. 2) el grupo de terapia combinado con tratamientos adicionales (psiquiátrico, nutricional, clínico) fue más efectivo que el grupo terapéutico sin dichos tratamientos.

Valbak (2001) realizó un estudio de "grupo único" de largo plazo para mujeres bulímicas. Con un diseño pre-post test, el estudio evaluó los efectos del tratamiento psicoanalítico mediante la magnitud del efecto. El 90% de las pacientes que completó el tratamiento se recuperó no sólo en

los síntomas bulímicos sino también en otros síntomas psicopatológicos. Este tratamiento resultó ser muy valioso para las pacientes con severos trastornos en BN. En la misma línea, Dare, Russell, Treasure y Dodge (2001) evaluaron la eficacia de cuatro tipos de psicoterapia con pacientes ambulatorios con AN. La muestra de 84 pacientes fue asignada al azar a los siguientes grupos: a- un año de psicoterapia psicoanalítica focalizada, b- 7 meses de terapia cognitiva-analítica, c- 1 año de terapia familiar y d- 1 año de tratamiento con entrevistas muy esporádicas e inespecífico (control). Al año de tratamiento, todos los grupos de tratamientos habían mejorado los síntomas, pero la psicoterapia psicoanalítica y la terapia familiar fueron significativamente superiores a los otros dos.

En un estudio multicéntrico realizado por Kächele, Kordy, Richard y otros (2001) en 43 hospitales participantes de la investigación, se estudió la importancia de la larga duración en tratamientos terapéuticos para TDA. La muestra estuvo compuesta por 1171 pacientes que fueron evaluadas durante un período de 2.5 años de follow-up. Los resultados mostraron que el 33% de las anoréxicas y el 25% de las bulímicas no presentaban síntomas luego de este período.

Por lo expuesto, se considera importante continuar con la investigación de los tratamientos grupales de largo plazo para Trastornos de Alimentación, teniendo en cuenta que a) la investigación de los tratamientos grupales para Bulimia Nerviosa se ha realizado predominantemente dentro de las estrategias de corto plazo, b) la terapia grupal para Bulimia Nerviosa de corto plazo se puede considerar moderadamente exitosa ya que solo una minoría de estos pacientes logra la abstinencia luego de concluido el tratamiento, y c) las terapias grupales de corto plazo pueden ser inapropiadas para el tratamiento de pacientes con trastornos de alimentación severos debido a que si bien los síntomas pueden disminuir en el corto plazo, no se modifica la estructura de personalidad subyacente (Kernberg, 1984, 1994).

4. Proyecto de Investigación: “La Vulnerabilidad Psíquica y Somática en Personas con Trastornos de la Alimentación. Prevención y Tratamiento”

El fundamento de nuestro proyecto fue investigar sobre la eficacia de dos tipos de terapia grupal de largo plazo: psicodinámica-GPD y cognitiva-conductual-GCC, ya que en ese momento no había investigaciones sobre este tema en nuestro país y los datos epidemiológicos existentes eran escasos.

En el año 1998, se inició el proyecto “La Vulnerabilidad Psíquica y Somática en Personas con Trastornos de la Alimentación. Prevención y Tratamiento”: Componente Salud Mental en el marco de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires. Proyecto Integrado “Salud Pública: preguntas y respuestas”, integrado con la Facultad de Odontología, Cátedra Odontología Preventiva y Comunitaria. Aprobado por el Consejo Superior de la Universidad de Buenos Aires. Universidad de Buenos Aires. Secretaría de Ciencia y Técnica (UBACyT-IB06)⁴.

A continuación, se presentarán los objetivos, la hipótesis y el método de este proyecto de investigación así como los resultados obtenidos con uno de los instrumentos utilizados: el Inventario EDI-II.

4.1 Objetivos e Hipótesis

Objetivos generales

- Corroborar que los dos tipos de abordajes psicoterapéuticos (GCC y GPD) son similares en la mejoría de los síntomas alimentarios.
- Investigar en los dos tipos de abordaje psicoterapéutico (GCC y GPD) cual contribuye en mayor cantidad y calidad a la evolución de los factores psicopatológicos, la capacidad de autoconciencia y la comprensión de su propia historia en las pacientes con síntomas alimentarios.

Objetivos específicos

- Realizar una *primera evaluación* de las adolescentes tardías con trastornos de la alimentación para obtener datos basales de sus síntomas alimentarios y los factores psicopatológicos.
- Evaluar los *episodios de remisión y/o recaídas* tanto de los síntomas alimentarios como de los factores psicopatológicos asociados de las pacientes en cada uno de los tipos de abordaje psicoterapéutico durante el tratamiento (GCC y GPD).
- Evaluar la *mejoría* tanto de los síntomas alimentarios como de los factores psicopatológicos después de un año de tratamiento (48 semanas) en cada uno de los tipos de abordaje psicoterapéutico (GCC y GPD).
- Evaluar los *episodios de remisión y/o recaídas* tanto de los síntomas alimentarios como de los factores psicopatológicos de las pacientes durante el período de seguimiento (follow-up), realizado doce meses después de haber completado el año de tratamiento en cada tipo de abordaje psicoterapéutico (GCC y GPD).

4 Profesora titular: Prof. Dra. Noemí Bordoni.

- Evaluar la *estabilidad de la mejoría* de los síntomas alimentarios y de los factores psicopatológicos de las pacientes durante el período de seguimiento, después de haber completado el período de doce meses de tratamiento en cada tipo de abordaje psicoterapéutico (GCC y GPD).

Hipótesis General

Aunque en los dos tipos de tratamiento (GCC y GPD) para pacientes con Trastornos de Alimentación el análisis de *resultados* (cuantitativo) muestra similitudes, el análisis de *proceso* terapéutico muestra diferencias en su desarrollo.

- A.1.** Después de un año de tratamiento, ambos grupos (GCC y GPD) alcanzan resultados positivos en la reducción de los síntomas alimentarios.
- A.2.** El desarrollo de cada tratamiento muestra diferencias significativas. Aunque el GCC obtiene una remisión rápida de los síntomas, los cambios no son estables a lo largo del período de doce meses de tratamiento. El GPD presenta una remisión moderada y constante de los síntomas alimentarios a lo largo del período de doce meses de tratamiento.
- A.3.** En el GPD hay una remisión constante y moderada de los síntomas hacia el final del tratamiento y en el follow-up. El GCC presenta episodios de remisiones y/o episodios de recaídas durante los mismos períodos del tratamiento.

5. Método

5.1 Universo de Análisis y Muestra

Universo de Análisis: estuvo conformado por adolescentes tardías femeninas con Trastornos de Alimentación que sufrían de atracones tanto con bajo peso, normal o sobrepeso.

Muestra: estuvo compuesta por 43 adolescentes cuyo rango de edad fue de 17 a 30 años que presentaban trastornos de la conducta alimentaria: Bulimia Nerviosa-BN (con y sin conductas compensatorias) y Trastorno por Atracón-BED. Las pacientes fueron asignadas a dos tipos de abordaje psicoterapéutico, de la siguiente manera:

- 20 pacientes para el GCC (Terapia Cognitiva-Conductual)
- 23 pacientes para el GPD (Terapia Psicodinámica)

Las mismas fueron distribuidas en siete grupos psicoterapéuticos: 3 para el GCC, 4 para el GPD.

fundamentos en humanidades

Del total de la muestra (n=43), 26 pacientes (60%) concluyeron el año de tratamiento psicoterapéutico en ambos abordajes. De las 20 pacientes asignadas al GCC, el 50% (n=10) concluyó el año de tratamiento. De las 23 pacientes asignadas al GPD, el 70% (n=16) concluyó el año de tratamiento.

En el GCC, la muestra final se compuso con 5 BN y 5 BED, y en el GPD con 7 BN y 9 BED.

Tabla 1a. Psicoterapia Cognitivo-Conductual

Options dialog box, which appears when saving an Adobe Illustrator file using the Save As command.

Tabla 1b. Psicoterapia Psicodinámica

	GPP 2	GPP 3	GPP 4	GPP 6	TOTAL	%	BN	BED
Nº Pac. Inicio	8	4	8	3*	23	100	-	-
Nº Pac. Final	5	4	4	3	16	70	7	9

* Este grupo estuvo constituido por 4 pacientes, una de las cuales no cumplía con los criterios de inclusión en la muestra, por lo tanto se la excluye de la misma.

Características sociodemográficas de la muestra: la media de edad de la muestra fue 20.4 años, siendo 19.71 para el GCC y 21.11 para el GPD. Con respecto al nivel socioeconómico y educacional, las pacientes pertenecían a clase media y media-baja y habían completado o estaban concluyendo la escuela secundaria.

Criterios de inclusión y exclusión: solamente se incluyeron pacientes que presentaban la conducta por atracón de acuerdo al criterio establecido por el DSM-IV (1995), con o sin conductas compensatorias. Se excluyeron de la muestra las pacientes que a) presentaban un IMC inferior a 17, lo cual suponía una vulnerabilidad física importante; b) presentaban abuso de sustancias adictivas, ya sea cualquier tipo de drogas o alcohol; c) presentaban una estructura psicótica o una severa deficiencia intelectual; y d) ya se encontraban realizando algún tipo de tratamiento terapéutico, nutricional o psicofarmacológico.

5.2 Tipo de diseño

El tipo de diseño elegido fue un estudio longitudinal por un período de dos años: 48 semanas de tratamiento psicoterapéutico y un año de seguimiento (follow-up). Se utilizó un diseño Pre-Post Test o Diseño de Medidas Repetidas, combinado con un diseño de Muestras Apareadas.

5.3 Asignación de la Población

Con respecto a la distribución de la población, la misma consistió en la conformación de grupos cerrados distribuidos de acuerdo con la edad, la educación, los criterios diagnósticos del DSM-IV (1995), las entrevistas clínicas de admisión y la aplicación de cuestionarios autoadministrados durante los distintos momentos de evaluación propuestos. Los grupos y no los sujetos fueron asignados al azar a una de las dos orientaciones psicoterapéuticas en estudio: Psicoterapia Cognitivo-Conductual y Psicodinámica. Cada grupo contó como mínimo con 4 pacientes y como máximo con 8.

5.4 Instrumentos de Evaluación

En primer lugar, las pacientes realizaban una Entrevista de Admisión con un profesional perteneciente a la Unidad de Trastornos de la Alimentación del Servicio Clínico de Psicología de la Dirección de Salud y Bienestar Social de la Universidad de Buenos Aires⁵. Luego de esta primer entrevista, se les realizaba un examen médico, nutricional, psiquiátrico y psicológico. Este último incluía:

- Una entrevista clínica basada en los criterios del DSM-IV (1995) y otra entrevista estructurada y cerrada basada en los modelos para TDA de Garner, Fairburn y Halmi, modificada por Zukerfeld y Zonis de Zukerfeld para este proyecto. La entrevista clínica resultó apropiada para la primera evaluación sobre Trastornos de Alimentación y otros factores psicopatológicos asociados. La entrevista cerrada permitió indagar los datos de la conducta concreta (cantidad de veces por día y por semana en que ocurrían los atracones y/o las purgas).
- Una entrevista semiestructurada con la nutricionista que evaluaba el Índice de Masa Corporal (IMC) y la calidad de los síntomas alimentarios, especialmente cantidad y severidad de los atracones y purgas.
- Cuestionarios para Trastornos de Alimentación y factores psicopatoló-

5 Dirección de Salud y Asistencia Social de la Universidad de Buenos Aires. Director: Dr. Luis Schkolnik. Jefa del Servicio de Psicología: Lic. Silvia Quesada.

gicos asociados (Quiroga y Cryan, 2006), entre los que se incluyó el Eating Disorder Inventory- EDI-II (Garner, 1991; traducido por Zukerfeld, 1993 y adaptado por Zonis, Zukerfeld y Quiroga, 1997) que es el que presentaremos en este trabajo.

5.4.1 Descripción del instrumento EDI-II

El EDI-II (Garner, 1998) es un valioso instrumento de autoinforme muy utilizado para evaluar los síntomas que normalmente acompañan a la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN). Ofrece puntuaciones en 11 escalas que son clínicamente relevantes en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria. Consta de 91 elementos a los que se contesta en una escala de seis puntos y en la que los sujetos deben indicar si cada situación les ocurre “nunca”, “pocas veces”, “a veces”, “a menudo”, “casi siempre” o “siempre”.

La versión revisada del EDI (EDI-II) mantiene los 64 elementos originales de la primera versión y añade otros 27 que dan lugar a tres nuevas escalas adicionales: Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad Social.

En el ámbito clínico, el EDI- II proporciona información útil para comprender al paciente, planificar el tratamiento y evaluar los progresos. Fuera del ámbito clínico, el EDI-II representa una forma rápida y económica de detectar sujetos que presentan trastornos de la conducta alimentaria “subclínicos” o que tienen riesgo de desarrollar en el futuro este tipo de conductas.

Rutzstein y otros (2006), citando a Garner (2004), refiere que se han publicado alrededor de 11.600 artículos sobre trastornos alimentarios en los 18 años que abarca el período de 1983 al 2000. El autor expresa que al dividir este período en tres fases sucesivas de seis años, se observó el incremento del uso de este inventario para la investigación de estos trastornos. En el primer período fue citado en el 5% de las publicaciones, en el segundo en el 9% y en el tercero en el 17%.

5.4.2 Descripción de las escalas del instrumento EDI-II

Obsesión por la delgadez: Este constructo fue elaborado por Bruch (1973, 1982), quien describió la Obsesión por la Delgadez o la “búsqueda incesante de la delgadez” como la característica esencial de los trastornos de la conducta alimentaria. Russell (1970) ha descrito su antítesis, el “temor mórbido a la obesidad” como el núcleo psicopatológico, tanto de la AN como de la BN. La manifestación clínica de un intenso impulso de estar más delgado o un fuerte temor a la gordura es un síntoma esencial para

el diagnóstico de la AN y la BN. Los elementos de esta escala se refieren a la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar.

Bulimia: La escala de Bulimia evalúa la tendencia a tener pensamientos o a darse “comilonas” o atracones de comida incontrolables. La presencia de este tipo de conductas es una característica distintiva de la BN y permite diferenciar entre los dos tipos de anorexia, bulímica y restrictiva. Las investigaciones han demostrado que hay casos de bulimia en los que no se cumplen todas las condiciones para un diagnóstico formal de trastornos de la conducta alimentaria (Pyle, Halvorson Neuman y Mitchell, 1986), pero en la mayor parte de los casos la bulimia severa va asociada con marcadas disfunciones psicológicas.

Insatisfacción Corporal: Esta escala mide la Insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con las de aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen trastornos de la conducta alimentaria (estómago, caderas, muslos, nalgas, etc.). La insatisfacción con el propio cuerpo puede considerarse endémica en las mujeres jóvenes de los países occidentales pero cuando reviste grados extremos puede considerarse como una de las características centrales de trastornos como la AN y la BN. La insatisfacción corporal se considera uno de los aspectos de la “perturbación de la imagen corporal” característica de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (Garner y Garfinkel, 1981; Garner, Garfinkel y Bonato, 1987; Thompson, 1990). Puede considerarse también como uno de los principales factores responsables del inicio y persistencia de conductas encaminadas a controlar el peso en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

Ineficacia: La escala de Ineficacia evalúa sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, desvalorización de sí y falta de control sobre la propia vida. Bruch (1962, 1973) describió en un principio el “sentimiento abrumador de ineficacia” como la perturbación subyacente a los trastornos de la conducta alimentaria. Este constructo está presente en la mayor parte de las explicaciones clínicas de estos trastornos (Garner y Bemis, 1985; Wagner, Halmi y Maguire, 1987). Una puntuación elevada en esta escala revela un déficit significativo de autoestima ligado a un sentimiento de inadecuación.

Perfeccionismo: Esta escala mide el grado en que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores. Bruch (1978) ha indicado que la lucha por alcanzar niveles de rendimiento perfeccionistas es característica de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y Slade (1982) ha añadido que el perfeccionismo es una condición crítica que facilita el escenario para el desarrollo de la AN y la BN. Los elementos de

esta escala evalúan en qué grado el sujeto cree que sólo son aceptables niveles de rendimiento personal excelentes y está convencido de que los demás (padres y profesores, por ejemplo) esperan de él unos resultados excepcionales.

Desconfianza Interpersonal: La escala de Desconfianza Interpersonal evalúa el sentimiento general de alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos. Diversos autores consideran que la necesidad de mantener a los demás a una cierta distancia es un rasgo psicológico importante en relación con la aparición y persistencia de algunos casos de trastornos de la conducta alimentaria (Goodsitt, 1977; Johnson y Connors, 1987; Selvini-Palazzoli, 1974; Story, 1976; Strober, 1981).

Conciencia Interoceptiva: Esta escala evalúa el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales y se relaciona también con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad. La confusión y desconfianza en relación con el funcionamiento del cuerpo y de los sentimientos se ha descrito con frecuencia como un factor importante en el desarrollo y mantenimiento de algunos casos de AN y BN (Garner y Bemis, 1985). Selvini-Palazzoli (1974) acuñó el término "paranoia intrapsíquica" para definir la profunda desconfianza que los pacientes anoréxicos tienen en sus estados internos.

Miedo a la Madurez: La escala de Miedo a la Madurez evalúa el deseo de volver a la seguridad de la infancia. Crisp (1965, 1980) argumentó que la psicopatología principal de los pacientes de AN o BN es el temor a las experiencias emocionales, el erotismo y la sexualidad relacionadas con la adolescencia y el ingreso a la vida adulta. De acuerdo con el autor, el ayuno se convierte en un medio para evitar el crecimiento y la madurez psicobiológica, lo cual proporcionaría un alivio momentáneo frente a la confusión de la adolescencia y los conflictos intrapsíquicos y aquellos vinculados con la familia. Más aún, muchos pacientes dicen que se sienten más jóvenes cuando experimentan pérdidas de peso extremas y esto puede deberse a la inversión de los perfiles hormonales propios de la madurez que subyacen como el componente biológico de las experiencias psicológicas (Crisp, 1980).

Ascetismo: Esta escala mide la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la auto-superación y el control de las necesidades corporales que aparecen con la adolescencia como propias de la sexualidad. Los primeros escritos que trataron de la AN se ocuparon con frecuencia del ascetismo (Bell, 1985;

Casper, 1983; Rampling, 1985), y se basaron en las concepciones que consideran que hacer dieta es una purificación, la delgadez es una virtud y el ayuno un acto de penitencia. En las últimas décadas, las motivaciones ascéticas para perder peso aparecen como menos destacadas en detrimento de otras como la "Obsesión por la delgadez" que pasa a ser el principal factor motivacional (Casper, 1983; Russell, 1985). Sin embargo, todavía hay grupos de pacientes cuya conducta parece estar dirigida en gran parte por la creencia en el carácter virtuoso de la restricción oral (Bemis, 1983; Garner y Bemis, 1982, 1985) o por considerar que la auto-restricción oral puede formar parte de una actitud más general de renuncia a las satisfacciones somáticas.

Impulsividad: La escala de Impulsividad evalúa la dificultad para regular los impulsos ligada a la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la excitación psicomotriz, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales. La incapacidad de regular adecuadamente los propios impulsos se ha visto como un síntoma de pronóstico preocupante en los trastornos de la conducta alimentaria (Casper, 1990; Casper, Eckert, Halmi, Goldberg y Davis, 1980; Hatsukami, Mitchell, Eckert y Pyle, 1986; Heilbrun y Bloomfield, 1986; Lacey y Evans, 1986; Sohlberg, Norring, Holmgren y Rosmark, 1989; Strober, 1980, 1983). Los elementos de esta escala coinciden con las características "borderline" de grupos de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria particularmente resistentes al tratamiento (Cooper y otros, 1988; Garner, Olmsted, Davis, Rockert, Goldbloom y Eagle, 1990; Johnson y Connors, 1987; Johnson, Tobin y Enright, 1989; Swift y Letven, 1984). También coincide conceptualmente con la escala Desviación psicopática del MMPI, que es capaz de discriminar entre grupos de pacientes bulímicos y no bulímicos (Dykens y Gerrard, 1986; Norman y Herzog, 1984).

Inseguridad Social: Esta escala mide la creencia acerca de las relaciones sociales como tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad. Se ha observado con frecuencia que algunos pacientes con trastornos de la conducta alimentaria experimentan falta de seguridad y de felicidad en sus relaciones sociales, y ello puede tener consecuencias para el tratamiento (Bruch, 1973; Herzog, Keller, Lavori y Ott, 1987; Norman y Herzog, 1984; Strober, 1980, 1981).

5.5 Procedimiento

Con respecto a la administración de este inventario, cada paciente realizó una evaluación completa al inicio del tratamiento (evaluación basal), a las 48 semanas (al finalizar el tratamiento) y a las 96 semanas (follow-

up). Por otra parte, se realizó una evaluación parcial de los siete ítems correspondientes al constructo Bulimia del EDI-II durante el tratamiento a las 16 y a las 32 semanas.

5.6 Características del Tratamiento

El tratamiento psicoterapéutico que se realizó con estas pacientes fue un abordaje grupal, de frecuencia semanal y duración de noventa minutos por sesión. El tratamiento nutricional incluyó una entrevista individual, de frecuencia quincenal y duración variable. La evaluación médico-clínica incluyó una consulta de evaluación clínica al ingreso y estudios de laboratorio de rutina. La intervención psiquiátrica se realizó en caso de considerarse necesaria.

6. Resultados

A continuación, se mostrará la mejoría observada tanto en la sintomatología alimentaria como en los factores psicopatológicos luego de un período de tratamiento de doce meses y un año de follow-up en cada uno de los abordajes psicoterapéuticos (GCC y GPD) a través de las 11 escalas del EDI-II.

TABLA 2

Disminución	GPD		GCC	
	Parcial	Total	Parcial	Total
a. 0-48 sem.	5	5	3	6
b. 48-96 sem.	2	7	3	7
c. 0-96 sem.	3	10	1	11
Total Escalas		11		11

GPD

- Basal-Final*: luego de 48 sesiones, 5 de las 11 escalas disminuyeron significativamente.
- Final-Follow-up*: entre las semanas 48 y 96 (sin tratamiento), 2 escalas más disminuyeron significativamente, contabilizando un total de 7 escalas de 11.
- Basal-Follow-up*: considerando las 96 semanas (un año de tratamiento y un año de follow-up), 3 escalas más disminuyeron significativamente, contabilizando un total de 10 escalas de 11.

GCC

- a. *Basal-Final*: luego de 48 sesiones, 3 de las 11 escalas disminuyeron significativamente.
- b. *Final-Follow-up*: entre las semanas 48 y 96 (sin tratamiento), 3 escalas más disminuyeron significativamente, contabilizando un total de 6 escalas de 11.
- c. *Basal-Follow-up*: considerando las 96 semanas (un año de tratamiento y un año de follow-up), 1 escala más disminuyó significativamente, contabilizando un total de 7 escalas de 11.

Prueba de Muestras Apareadas Basal-Follow-up

En esta presentación sólo se mostrarán las escalas que disminuyeron significativamente en cada uno de los tratamientos en la evaluación pre-post test Basal-Follow-up (punto c).

La tabla 3 muestra las medias obtenidas en cada escala, los resultados de las Pruebas de Muestras Apareadas Basal-Follow-up y el nivel de significación para el GPD.

TABLA 3

GPD
BASAL – FOLLOW-UP

Escala	Basal	Final	Follow-up	Prueba de Muestras Apareadas (Medias)	S/D	t	P
DT – Obsesión por la delgadez	14,93	9,93	7,71	7,21	8,28	3,26	,006
B – Bulimia	6,36	3,29	3,07	3,29	4,39	2,79	,015
BD – Insatisfacción corporal	18,86	17,29	13	5,86	8,57	2,55	,024
I – Inefectividad	9,71	8	5,07	4,64	4,24	4,1	,001
P – Perfeccionismo	7,14	7,86	5,86	1,29	5,3	0,9	,38
ID – Desconfianza Interpersonal	6,14	4,93	3,07	3,07	4,83	2,38	,033
IA – Conciencia Interoceptiva	11,5	8,57	4,29	7,21	5,58	4,84	,0000
MF – Miedo a la Madurez	9	5,46	3,64	4,93	4,87	3,78	,002
A – Ascetismo	8,43	6,43	5,36	3,07	3,27	3,51	,004
IR – Impulsividad	7,71	4,5	3,79	3,93	6,97	2,11	,055
IS – Inseguridad Social	6,86	5,64	3,57	3,29	4,92	2,49	,027

En el GPD, los puntajes obtenidos en las 11 escalas del EDI-II disminuyeron en la evaluación Basal-Follow-up. Las 10 que disminuyeron significativamente en la Prueba de Muestras Apareadas Basal-Follow-up son: Obsesión por la Delgadez (p= .006), Bulimia (p= .015), Insatisfacción Corporal (p= .024), Inefectividad (p= .001), Desconfianza Interpersonal (p= .033), Conciencia Interoceptiva (p= .0000), Miedo a la Madurez (p= .002), Ascetismo (p= .004), Impulsividad (p= .055) e Inseguridad Social

($p = .027$). La única escala que no disminuyó significativamente fue Perfeccionismo ($p = .38$).

La tabla 4 muestra las medias obtenidas en cada escala, los resultados de las Pruebas de Muestras Apareadas Basal-Follow-up y el nivel de significación para el GCC.

TABLA 4

Escala	GCC						
	Basal	Final	Follow-up	Prueba de Muestras Apareadas (Medias)	S/D	t	P
DT – Obsesión por la delgadez	10,22	8,56	3,22	7	4,77	4,4	,002
B – Bulimia	7,67	2,78	1	6,67	4,8	4,17	,003
BD – Insatisfacción corporal	16,22	14,11	8	8,22	7,56	3,26	,011
I – Inefectividad	7,22	5,56	2,22	5	6,44	2,32	,048
P – Perfeccionismo	2,89	2,11	2,56	0,33	4,64	0,21	,835
ID – Desconfianza Interpersonal	3,11	4	1,22	1,89	3,37	1,68	,131
IA – Conciencia Interoceptiva	7	4,22	1,56	5,44	7,73	2,11	,068
MF – Miedo a la Madurez	8,22	5,33	3,22	5	7,4	2,02	,077
A – Ascetismo	6,56	3,89	2,44	4,11	3,82	3,22	,012
IR – Impulsividad	4,11	2,22	0,78	3,33	3,28	3,05	,016
IS – Inseguridad Social	4,67	4,22	2,56	2,11	2,37	2,67	,028

En el GCC, los puntajes obtenidos en las 11 escalas del EDI-II disminuyeron en la evaluación Basal-Follow-up. Las 7 escalas que disminuyeron significativamente en la Prueba de Muestras Apareadas Basal-Follow-up fueron: Obsesión por la Delgadez ($p = .002$), Bulimia ($p = .003$), Insatisfacción Corporal ($p = .011$), Inefectividad ($p = .048$), Ascetismo ($p = .012$), Impulsividad ($p = .016$) e Inseguridad Social ($p = .028$). Las escalas que no disminuyeron significativamente fueron Perfeccionismo ($p = .835$), Desconfianza interpersonal ($p = .131$), Conciencia Interoceptiva ($p = .068$) y Miedo a la madurez ($p = .077$).

El gráfico 1 muestra los puntajes basales de las 11 escalas en el GPD y en el GCC. El gráfico 2 muestra la disminución de los puntajes de las 11 escalas en el follow-up en el GPD y en el GCC.

Prueba de Muestras Independientes

La Prueba de Muestras Independientes no fue significativa en ninguna de las escalas, lo cual muestra que no hay diferencias en la eficacia global de ambos tratamientos.

GRÁFICO 1

Puntajes Basales de las Escalas GPD y GCC

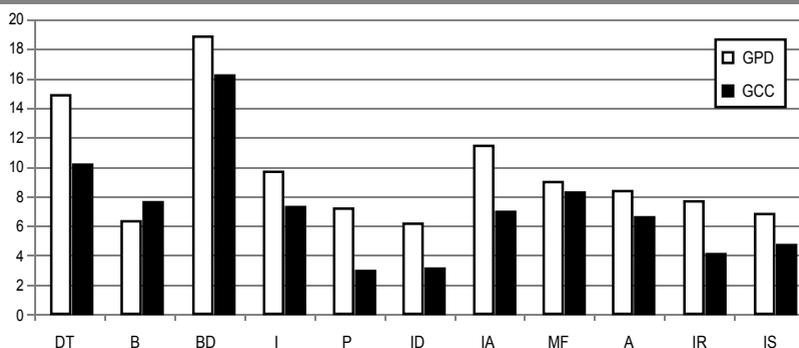
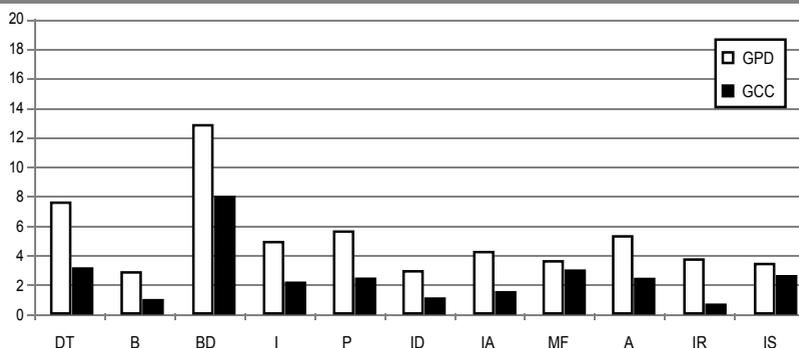


GRÁFICO 2

Puntajes del Follow-up de las Escalas en GPD y GCC



7. Conclusiones y Discusión

En este trabajo se mostraron los resultados obtenidos con la utilización del instrumento EDI-II y las diferencias encontradas en la evolución de las escalas en dos tipos de abordaje terapéutico (GPD y GCC).

Si bien ambos tratamientos resultaron ser eficaces para este tipo de patologías, la comparación entre los resultados obtenidos en el EDI-II Basal-Follow-up mostró diferencias tanto en la disminución de la sintomatología alimentaria como en los factores psicopatológicos asociados.

Los resultados estadísticos mostraron que en la Prueba de Muestras Apareadas Basal-Follow-up, el GPD disminuyó significativamente 10 de las 11 escalas del inventario mientras que el GCC disminuyó sólo 7 de las mismas.

Al discriminar las diferencias entre ambos tratamientos, encontramos que en el GCC el mayor nivel de significación se observó en la mejoría de los factores referidos específicamente a la sintomatología alimentaria, mientras que en el GPD, el mayor nivel de significación se observó en la mejoría de los factores psicopatológicos asociados.

En el GPD, se destaca la mejoría obtenida en las escalas *Conciencia interoceptiva* ($p=.0000$), *Inefectividad* ($p=.001$), *Miedo a la madurez* ($p=.002$) y *Ascetismo* ($p=.004$). Por el contrario, en el GCC se destaca la mejoría en las escalas *Obsesión por la Delgadez* ($p=.002$) y *Bulimia* ($p=.003$). Con respecto a la escala *Perfeccionismo*, se observó que en ambos tratamientos las 96 semanas no fueron suficientes para disminuir dicho rasgo.

Estos resultados muestran la eficacia terapéutica que se alcanzó considerando los objetivos terapéuticos que tiene cada abordaje. El objetivo del GPD sigue el “modelo causal” constitutivo del psicoanálisis, por lo tanto apunta a hacer consciente los conflictos emocionales que subyacen a la sintomatología alimentaria, la cual se sostiene a partir de una narrativa a nivel inconsciente que es la causa de la aparición de la conducta manifiesta. Por el contrario, el principal objetivo del GCC sigue el modelo de la terapia cognitiva-conductual, que consiste en eliminar o reducir la sintomatología alimentaria a través del conocimiento y la modificación cognitiva de los patrones y esquemas erróneamente adquiridos por medio de una intervención específica de tipo psicoeducacional que permita cambiarlos por nuevos modelos saludables de alimentación.

Con respecto a algunos factores psicopatológicos, si bien contribuyen a advenir o a coadyuvar el trastorno, hay que considerar que la presencia de los primeros son subgrados de los TDA. Por lo tanto, es interesante investigar las causas de los Trastornos Alimentarios por medio de la entrevista clínica que brinda información que pudo ser elidida, negada o escindida por el paciente en el inventario estructurado. La entrevista clínica permite, por otro lado, indagar en la historia vital del sujeto los desajustes psicopatológicos instalados en un medio familiar disfuncional como patrones de desajuste emocional o comportamental previos a la instalación o aparición del desorden alimentario.

En esta investigación, la utilización del instrumento EDI-II representó un gran aporte para la evaluación de los trastornos de la alimentación y

de los factores psicopatológicos asociados a los mismos. Sin embargo, debe considerarse que no se cubre el espectro total de las patologías de estos pacientes tales como depresión, ansiedad, hostilidad, obsesiones, somatizaciones, desajuste social, malestar físico, introversión, baja autoestima, etc. Por lo tanto, es importante que dicho instrumento sea complementado con la entrevista clínica y otros instrumentos de funcionamiento psicológico que permitan delimitar con mayor precisión la evaluación de los pacientes con TDA. Este procedimiento se tomó en cuenta en el Proyecto de Investigación general en el cual se correlacionaron diferentes instrumentos que evalúan rasgos similares. Los mismos serán presentados en futuros trabajos, así como la réplica de este mismo estudio con sucesivas muestras de pacientes ♦

Referencias bibliográficas

- Bell, R. (1985). Holy anorexia. Chicago: University of Chicago Press. En D. M. Garner (1998), *Manual del EDI 2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: TEA Ediciones, S. A.
- Bemis, K. M. (1983). A comparison of functional relationships in anorexia nervosa and phobia. En P. L. Darby, P. E. Garfinkel, D. M. Garner y D. V. Coscina (Eds.), *Anorexia nervosa: Recent developments in research* (pp. 403-416). New York: Alan R. Liss.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- Bruch, H. (1973). Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within. New York: Basic Books. En D. M. Garner (1998). *Manual del EDI 2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: TEA Ediciones, S. A.
- Bruch, H. (1978). The golden cage. Cambridge: Harvard University Press. En D. M. Garner (1998), *Manual del EDI 2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: TEA Ediciones, S. A.
- Bruch, H. (1982). Anorexia nervosa: Therapy and theory. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1531-1538.
- Casper, R. E. (1983). On the emergence of bulimia nervosa as a syndrome: A historical view. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 3-16.
- Casper, R. E. (1990). Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 52, 156-170.
- Casper, R. E., Eckert, E. D., Halmi, K. A., Goldberg, S. E. y Davis, J. M. (1980). Bulimia. Its incidence and clinical importance in patients with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1030-1034.
- Crisp, A. H. (1965). Clinical and therapeutic aspects of anorexia nervosa: Study of 30 cases. *Journal of Psychosomatic Research*, 91, 67-78.
- Crisp, A. H. (1980). Anorexia nervosa. New York: Grune & Stratton. En D. M. Garner (1998), *Manual del EDI 2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: TEA Ediciones, S. A.
- Connors, M. E., Johnson, C. L. y Stuckey, M. K. (1984). Treatment of bulimia with brief psychoeducational group therapy. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1512-1516.

Cooper, J. L., Morrison, T. L., Bigman, O. L., Abramowitz, S. I., Levin, S. y Krener, P. (1988). Mood changes and affective disorder in the bulimic binge-purge cycle. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 469-474.

Dare, C., Russell, G., Treasure, J. y Dodge, L. (2001). Psychological therapies for adults with anorexia nervosa Randomised controlled trial of out-patient treatments. *The British Journal of Psychiatry*, 178, 216-221.

Dykens, E. M. y Gerrard, M. (1986). Psychological profiles of purging bulimics, repeat dieters, and controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 283-288.

DSM-IV (1995) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Fairburn, C. (1991). The heterogeneity of bulimia nervosa and its implications for treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 35 (1), 3-9.

Fettes, P. A. y Peters, J. M. (1992). A meta-analysis of group treatments for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 11(2), 97-110.

Garner, D. M. (1998). *Manual del EDI 2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: TEA Ediciones, S. A.

Garner, D. M. (2004). Eating Disorder Inventory-3 Professional. Manual. FI: Psychological Assessment Resources. En G. Rutzstein y otros. (2006). Adaptación Lingüística y Conceptual del Eating Disorder Inventory-3 (Garner, 2004). Un Estudio Piloto. Memorias de las XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA.

Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1981). Body image in anorexia nervosa: Measurement, theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 11, 263-284.

Garner, D. M. y Bemis, K. M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 123-150.

Garner, D. M. y Bemis, K. M. (1985). Cognitive therapy for anorexia nervosa. En D. M. Garner y P. E. Garfinkel (Eds), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 107-146). New York: Guildford Press.

Garner, D. M., Garfinkel, P. E. y Bonato, D. P. (1987). Body image measurement in eating disorders. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 17, 119-133.

Garner, D. M., Olmsted, M. P., Davis, R., Rockert, W., Goldbloom, D. y Eagle, M. (1990) The association between bulimic symptoms and reported psychopathology. *International Journal of Eating Disorders* , 9, 1-15.

- Garner, D., Rockert, W., Davis, R., Garner, M. V., Olmsted, M. P. y Eagle, M. (1993) Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 150, 37-46.
- Goodsitt, A. (1977). Narcissistic disturbances in anorexia nervosa. En S. C. Feintein y P. L. Giovacchini (Eds.), *Adolescent psychiatry* (vol. 5, pp. 304-312). New York: Jasón Aronson.
- Hatsukami, D., Mitchell, J. E., Eckert, E. D. y Pyle, R. (1986). Characteristics of patients with bulimia only, bulimia with affective disorder, and bulimia with substance abuse problems. *Addictive Behaviors*, 1, 399-406.
- Heilbrun, A. B. J. R. y Bloomfield, O. L. (1986). Cognitive differences between bulimic and anorexic females: Self-control deficits in bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 209-222.
- Herzog, D. B., Keller, M. B., Lavori, P. W. y Ott, I. L. (1987). Social impairment in bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 741-747.
- Johnson, C. L. y Connors, M. E. (1987). The etiology and treatment of bulimia nervosa: A biopsychosocial perspective. New York: Basic Books. En D. M. Garner (1998), *Manual del EDI 2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: TEA Ediciones, S. A.
- Johnson, C. L., Tobin, D. L. y Enright, A. (1989). Prevalence and clinical characteristics of borderline patients in an eating disorder population. *Journal of Clinical Psychiatry*, 50, 9-15.
- Kächele, H., Kordy, H., Richard, M. y otros (2001). Therapy Amount and Outcome of Inpatient Psychodynamic Treatment of Eating Disorders in Germany: Data From a Multicenter Study. *Psychotherapy Research*, volume 11, number 3/September 01.
- Kernberg, O. F. (1984). *Trastornos graves de la Personalidad*. México: El Manual Moderno.
- Kernberg, O. F. (1994). *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacey, J. H. (1983). Bulimia nervosa, binge eating, and psychogenic vomiting: A controlled treatment study and longterm outcome. *British Medical Journal*, 286, 1609-1612.
- Lacey, J. H. y Evans, C. D. H. (1986). The impulsivist: A multi impulsive personality disorder. *British Journal of Addiction*, 81, 641-649.
- Norman, D. K. y Herzog, D. B. (1984). Persistent social maladjustment in bulimia: A one-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 141, 444-446.

Pyle, R. L., Halvorson, P. A., Neuman, P. A. y Mitchell, J. E. (1986). The increasing prevalence of bulimia in freshman college students. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 631-647.

Quiroga, S. (1995) Trastornos de la alimentación y estrés familiar. Segundas Jornadas de Investigación en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Quiroga, S. y Zonis, R. (1996a) Conductas alimentarias, peso corporal y trastornos psicopatológicos en mujeres ingresantes a la Universidad de Buenos Aires, Terceras Jornadas de Investigación en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Quiroga, S. (1996b) Trastornos de la alimentación y estrés familiar. En R. Zukerfeld, *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópic*a. Buenos Aires: Paidós.

Quiroga, S.; Zonis, R.; Zukerfeld, R. (1998a). Conductas alimentarias y factores psicopatológicos en mujeres ingresantes a la Universidad de Buenos Aires. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, Nro. 2, pp. 113-135.

Quiroga, S. y Cryan, G. (2006). Estudio Comparativo sobre Eficacia Terapéutica en Trastornos de la Alimentación: Resultados del Nivel Nutricional. *Investigaciones en Psicología. Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, Año 11, N° 3, pp. 79-102.

Ramplng, D. (1985). Ascetic ideals and anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 89-94.

Russell, G. F. M. (1970). Anorexia nervosa: Its identity as an illness and its treatment. En J. H. Price (Ed.). *Modern trends in psychological medicine* (vol. 2, pp. 131-164). London: Butterworths.

Russell, G. F. M. (1985). The changing nature of anorexia nervosa: An introduction to the conference. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 101-109.

Rutzstein, G., Maglio, A., Armatta, A., Leonardelli, E., López, P., Moiseeff, C., Murawski, B., Redondo, G. y Marola, M. (2006). Adaptación Lingüística y Conceptual del Eating Disorder Inventory-3 (Garner, 2004). Un Estudio Piloto. Memorias de las XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA.

Selvini-Palazzoli, M. P. (1974). Self-Starvation. London: Chaucer Publishing Co. En D. M. Garner (1998), *Manual del EDI 2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: TEA Ediciones, S. A.

Slade, P. D. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 167-179.

- Sohlberg, S., Norring, C., Holmgren, S. y Rosmark, B. (1989). Impulsivity and long-term prognosis of psychiatric patients with anorexia nervosa/bulimia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 249-258.
- Story, I. (1976). Caricature and impersonating the other: Observations from the psychotherapy of anorexia nervosa. *Psychiatry*, 39, 176-188.
- Strober, M. (1980). Personality and symptomatological features in young, nonchronic anorexia nervosa patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 24, 353-359.
- Strober, M. (1981). A comparative analysis of personality organization in juvenile anorexia nervosa. *Journal of Youth and Adolescence*, 10, 285-295.
- Strober, M. (1983). An empirically derived typology of anorexia nervosa. En P. L. Darby, P. E. Garfinkel, D. M. Garner y D. V. Coscina (Eds.), *Anorexia nervosa: Recent developments in research* (pp. 185-198). New York: Alan R. Liss.
- Stunkard, A. J. (1959) Eating patterns and obesity. *Psychiatry Quarterly*, 33, 284-295.
- Stunkard, A. J. (1976). *The pain of obesity*. Palo Alto, CA Bull Publishing Co.
- Swift, W. y Letven, R. (1984). Bulimia and the basic fault. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23, 487-497.
- Thompson, J. K. (1990). Body image disturbance: Assessment and treatment. New York: Pergamon Press. En D. M. Garner (1998). *Manual del EDI 2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: TEA Ediciones, S. A.
- Valbak, K. (2001). Good outcome for bulimic patients in long-term group analysis: a single-group study. *European Eating Disorders Review*, volume 9, issue 1, 19-32.
- Wagner, S., Halmi, K. A. y Maguire, T. V. (1987). The sense of personal ineffectiveness in patients with eating disorders: One construct or several? *International Journal of Eating Disorders*, 6, 495-505.
- Wilfley, D. E., Agras, W. S. (1993). Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal Psychotherapy for the nonpurging bulimic individual: A controlled comparison. *J. of Consulting and Clinical*, 61, 2, 296-305.
- Zonis, R.; Zukerfeld, R. y Quiroga, S. (1997). Adaptación y validación del Eating Disorder Inventory - EDI-II de Garner, D. M., 1991 (Proyecto UBACyT 1995-1997). Manuscrito no publicado. Facultad de Psicología, UBA.

fundamentos en humanidades

Zonis, R.; Zukerfeld, R. y Quiroga, S. (1998) Conducta alimentaria, peso corporal y psicopatología en jóvenes universitarias. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, Vol. 7, N° II, 159-166.

Zukerfeld, R. y Zonis de Zukerfeld, R. (1997) *Adaptación y validación de la Entrevista estructurada y cerrada basada en los modelos para TDA de Garner, Fairburn y Halmi*. (Proyecto UBACyT 1998-2000). Manuscrito no publicado. Facultad de Psicología, UBA.