

**Fundamentos en Humanidades**

Universidad Nacional de San Luis

Año VI – Número I – (11/2005) 101/124 pp.

# COMPARACIÓN DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LA DEPRESIÓN EN DOS TIPOS DE ABORDAJE TERAPÉUTICO PARA ADOLESCENTES TARDÍAS CON TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

**Susana Quiroga\***

**Glenda Cryan\*\***

Universidad de Buenos Aires

e-mail: suquiroga@ciudad.com.ar

## Resumen

En este trabajo se analiza la evolución de la depresión clínica en adolescentes tardías con trastornos de la alimentación (Bulimia Nerviosa y Trastorno por atracón) y la evolución de los principales ítems del Inventario de Depresión de Beck a lo largo de un año de tratamiento en cada uno de los abordajes psicoterapéuticos propuestos (Psicodinámico-GPD y Cognitivo-conductual-GCC). Este Programa se realizó en la Dirección de Salud y Acción Social de la Universidad de Buenos Aires durante los años 1998/2001. Dirección: Prof. Dra. Susana Quiroga.

El porcentaje de disminución de la sintomatología depresiva para el GCC fue 39,6 %, y para el GPD, fue 30,5 %, siendo significativa la comparación pre-post test de muestras apareadas para ambos grupos (GCC  $p = .003$ ; GPD  $p = .006$ ).

Las temáticas de cada uno de los ítems del Inventario de Depresión de Beck señalaron que los ítems con mayor puntaje en la evaluación basal fueron: 4) *Sentimiento de placer y la capacidad de disfrutar*, equivalente a la presencia-ausencia de Anhedonia; 11) *Esquema corporal* y 17) *Sentimiento de autocrítica*.

---

<sup>1</sup> Dirección de Salud y Asistencia Social de la Universidad de Buenos Aires

**Director** : Dr. Luis Schkolnik.

**Jefa del Servicio de Psicología**: Lic. Silvia Quesada.

<sup>2</sup> **Directora del Programa**: Prof. Dra. Susana Quiroga.

**Colaboradores**: Dr. Rubén Zukerfeld y Lic. Raquel Zonis

La evolución de estos ítemes mostró que el *Sentimiento de placer y la capacidad de disfrutar* es el que más desciende en los dos abordajes terapéuticos.

## Palabras clave

Trastornos de alimentación, Depresión, Abordajes psicoterapéuticos

## Abstract

The evolution of clinical depression in late adolescents with eating disorders (Bulimia Nervosa and Binge Eating) together with the evolution of the main items of the Beck Depression Inventory (BDI) throughout a one-year treatment in each of the proposed therapeutic approaches (Psychodynamic-PDT and Cognitive-Behavioural-CBT) are analysed in this study. This research work was carried out in the Health and Social Welfare Department of the University of Buenos Aires from 1998 to 2001 under the direction of Dr. Susana Quiroga.

The percentage of depression symptomatology decreased by 39.6% for the CBT and 30.5% for the PDT; the pre-post test comparison of the paired up samples of both groups was significant (CBT  $p > .003$ ; PDT  $p > .006$ ).

The BDI items which showed the highest score in the base assessment were: 4) *The capacity of getting satisfaction and joy out of things*, equivalent to the presence/absence of anhedonia, 11) *Body image*, and 17) *Self-criticism*

The evolution of these items during the treatment showed that the item *The capacity of getting satisfaction and joy out of things* was the most decreasing item in both therapeutic approaches.

## Key Words

Eating disorders, Depression, Psychotherapeutic approaches

## 1) Introducción

En este trabajo presentamos un estudio sobre un grupo de pacientes, adolescentes tardías femeninas, que realizaron tratamiento psicoterapéutico en el Servicio de Psicología Clínica de la Dirección de Salud y Asistencia Social de la Universidad de Buenos Aires<sup>1</sup> durante los años 1998/2001.

En esta oportunidad se analiza la evolución de la depresión clínica en adolescentes tardías con trastornos de la alimentación (Bulimia Nervosa y Trastorno por atracón) y la evolución de los principales ítemes del Inventario de Depresión de Beck (BDI) a lo largo de un año de tratamiento en cada una de los abordajes psicoterapéuticos propuestos (Psicodinámico-GPD y Cognitivo-conductual-GCC).

En primer lugar, se presentan algunas de nuestras investigaciones previas sobre el tema. En segundo lugar, se hace referencia a las definiciones de las patologías alimentarias consideradas en este estudio: Bulimia Nerviosa (BN) y Trastorno por atracón (BED), los Trastornos del estado de ánimo: Episodio Depresivo Mayor, Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno Distímico (según el DSMIV), y la asociación entre ambos trastornos. En tercer lugar, se sintetizan las ideas principales de dos marcos conceptuales sobre los estados depresivos y sus respectivos abordajes terapéuticos: la teoría psicoanalítica y la teoría cognitiva. Por último, se presenta nuestra investigación, con el objetivo general, el método y los resultados obtenidos en la misma.

## **2) Investigaciones previas de nuestro equipo: “conducta alimentaria, peso corporal y psicopatología en una población no clínica ingresante a la universidad de buenos aires” (período 1995-1997)**

Uno de nosotros (Quiroga, S.) comenzó a desarrollar el Programa de Prevención, Asistencia e Investigación en Trastornos de la Alimentación<sup>2</sup> en el Servicio de Psicología Clínica de la Dirección de Salud y Asistencia Social en el año 1994. Entre los años 1995 y 1997 (Quiroga, S., Zukerfeld, R. y Zonis, R. 1995, Quiroga, S. 1996; Zonis, R., Zukerfeld, R y Quiroga, S., 1998; Quiroga, S.; Zonis, R. y Zukerfeld, R., 1998; Zukerfeld, R., Zonis, R. y Quiroga, S., 2000) se realizó una investigación epidemiológica con el fin de conocer cuál era el porcentaje de Trastornos de la Alimentación en la población adolescente estudiantil de ambos sexos en nuestra universidad. La población total se conformó con 300 sujetos (n=300) de 18 a 25 años de ambos sexos, 31% (n=93) varones y 69% (n=207) mujeres. El porcentaje de Trastornos de la Alimentación para el sexo masculino fue 0.50 %.

En la población femenina se detectó un 13% (n=27) con algún trastorno alimentario, un 16% (n=33) con conducta dietante y un 4,8 % (n=10) con conducta de comer por atracones. El 22% (n=45) presentó rasgos de Ansiedad y el 17% (n=35) de Alexitimia.

En el subgrupo de dietantes, el 25% mostró tener atracones, mientras que en el subgrupo de atracones, el 90% hacía dietas. Este último subgrupo demostró un claro perfil psicopatológico ya que el 100% cumplía los criterios requeridos para el diagnóstico de algún Trastorno de la Alimentación y el 70% padecía Ansiedad y Alexitimia. También en este subgrupo fue significativamente mayor la presencia de Ineficacia, Conciencia Interoceptiva, Impulsividad e Inseguridad Social registrados en el EDI-II. En aquella ocasión se concluyó que la conducta dietante es un factor relevante en el desarrollo de la conducta con atracones, al mismo tiempo que se transforma

en un factor de riesgo cuando existen otras condiciones psicopatológicas vinculadas como la Ansiedad difusa, la Alexitimia y la Ineficacia asociada a la Depresión.

También se detectó la vinculación entre peso corporal, trastornos de la alimentación y factores psicopatológicos asociados. Estos últimos tuvieron mayor incidencia en el subgrupo con sobrepeso que en las personas delgadas y presentaron un puntaje significativamente más alto en el Eating Disorders Inventory - *EDI III* (Garner, D., Olmstead, M.P. y Polivy, J., 1983) en los siguientes factores: Ineficacia (I) asociado a síntomas depresivos y déficit de Autoestima; Conciencia Interoceptiva (CI) asociado al constructo Alexitimia; e Impulsividad (RI) asociado a la patología borderline.

### 3) Definición de las patologías alimentarias (BN y BED) según el DSMV

#### • **Bulimia nerviosa**

La Bulimia Nerviosa consiste en la presencia de atracones recurrentes y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso.

Un **atacón** se caracteriza por la ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias; y por la sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo). Entre las pruebas que demuestran una falta de control sobre la alimentación cabe citar el comer muy deprisa, comer hasta sentirse desagradablemente lleno, ingesta de grandes cantidades de comida en ausencia de hambre y sentirse disgustado, culpable o **deprimido** tras uno de estos episodios.

Los métodos compensatorios pueden subdividirse en dos tipos:

- **Tipo purgativo**: describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.
- **Tipo no purgativo**: describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.

Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un período de tres meses.

#### • **Trastorno por atracón**

El Trastorno por atracón ha sido incluido en el apéndice B “Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores” del DSMIV. El mismo se caracteriza por atracones de comida recurrentes que se asocian a pruebas subjetivas y comportamentales de falta de control sobre la alimentación y de malestar clínicamente significativo, y que no se acompañan de las estrategias compensatorias típicas de la Bulimia nerviosa (por ejemplo, autoinducción del vómito, abuso de laxantes u otros fármacos, ayuno y ejercicio físico excesivo).

Garner y Garfinkel (1997) definen el Trastorno por atracón en términos similares al DSMIV y agregan que las conductas compensatorias suelen encontrarse entre los pacientes con este trastorno, aunque la frecuencia y la intensidad de las mismas no alcanzan la regularidad observada en los casos de Bulimia Nerviosa.

Los atracones deben ocurrir en un promedio de 2 días a la semana durante 6 meses para poder realizar el diagnóstico.

#### 4) Definición de los trastornos del estado de ánimo según el DSMIV

- **Trastorno Depresivo Mayor**

La característica esencial de un Trastorno Depresivo Mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más **Episodios Depresivos Mayores** sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos.

- **Episodio Depresivo Mayor**

La característica esencial del Episodio Depresivo Mayor es un período de al menos dos semanas durante el cual hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye **cambios de apetito o peso**, del sueño y de la actividad psicomotora, falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.

Este episodio se acompaña de un malestar clínico significativo o de un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

- **Trastorno Distímico**

La característica esencial del Trastorno Distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años. Los sujetos con Trastorno Distímico describen su estado de ánimo como triste o desanimado. Durante los períodos de estado de ánimo depresivo hay al menos otros dos

síntomas de entre los siguientes: **pérdida o aumento de apetito**, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimiento de desesperanza. Los sujetos señalan pérdida de intereses y aumento de la autocrítica, viéndose a menudo a sí mismos como poco interesantes o inútiles.

Los síntomas provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o escolar o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

El Trastorno Depresivo Mayor consiste en uno o más Episodios Depresivos Mayores diferenciados que se pueden distinguir de la actividad normal de la persona, mientras que el Trastorno Distímico se caracteriza por síntomas depresivos menos graves y crónicos, que se han mantenido durante muchos años.

En el apéndice B "Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores", se hallan en proceso de investigación el Trastorno Depresivo de la Personalidad, el Trastorno Depresivo Menor, el Trastorno Depresivo Breve Recidivante y el Trastorno Mixto ansioso-depresivo, los cuales pueden tener comorbilidad con algunos de los trastornos de la conducta alimentaria citados en el apartado anterior.

## 5) Asociación entre trastornos del estado de ánimo y trastornos de la alimentación

En el DSMIV, se plantea que la frecuencia de síntomas depresivos en las personas con Bulimia Nerviosa es alta, al igual que los Trastornos del estado de ánimo (especialmente el Trastorno Distímico y el Trastorno Depresivo Mayor). En muchos individuos la alteración de este estado se inicia al mismo tiempo que la Bulimia Nerviosa o durante su curso y los sujetos manifiestan a menudo que el Trastorno del estado de ánimo es debido a la Bulimia Nerviosa. Sin embargo, en ocasiones, el Trastorno del estado de ánimo precede a la Bulimia Nerviosa.

El DSMIV sugiere también que en casos de *Bulimia Nerviosa de tipo purgativo* hay más síntomas depresivos y una mayor preocupación por el peso y la silueta corporal que en los casos de *Bulimia Nerviosa de tipo no purgativo*.

Algunos individuos con Trastorno por atracón manifiestan que sus atracones están desencadenados por estados de ánimo disfóricos, como **depresión** y ansiedad. En los pacientes que padecen este síntoma y que poseen sobrepeso se constatan porcentajes superiores de autocrítica, descontento de la propia imagen, **depresión**, ansiedad, preocupación por el cuerpo y mayor susceptibilidad ante los demás, comparado con individuos con igual peso que no padecen el trastorno.

Según otros autores (deZwann, M.D.; Mitchell, J.E.; Seim, H.C.; Specker, S.M.; Pyle, R.L. ; Raymond, N. C. ; Crosby, R.B, 1994; Specker, deZwann, Raymond y

Mitchell, 1994; Yanovsky, Nelson, Dubbert y Spitzer, 1993) el Trastorno por atracón se asocia a una comorbilidad psiquiátrica significativa, en particular a los Trastornos del estado de ánimo (Marcus, Wing, Ewing, Kern, Gooding, y McDermott, 1990, Smith, D.; Marcus, M.; Lewis, C.; Fitzgibbon, M.; Schreiner, P., 1998)

Diversos estudios tales como los realizados por Anthony, M.M., Johnson, W.G., Carr-Nangle, R.E y Abel, J.L (1994) citados en Garner y Garfinkel (1997) han demostrado que el 50% o más de los pacientes con Trastorno por atracón han tenido en su historia de vida un Trastorno de Depresión Mayor y altos niveles de sintomatología depresiva.

Por otra parte, Weissenburger, J., Rush, A.J., Gilles, D.E., y Stunkard, A.J. (1986), demostraron que el 40% de las personas con Trastorno por atracón presentaba aumento de peso durante el episodio depresivo. También Stunkard, R.L., Fernstrom, M., Price, A., Frank, E. y Kupfer, D. (1990) plantearon que los individuos obesos presentan aumento de peso y disminución de la actividad cuando están deprimidos. Concluyeron que la tendencia a aumentar o disminuir de peso es constante y a menudo recurrente durante los episodios depresivos. También observaron que esta recurrencia en el aumento de peso asociada a los estados depresivos contribuye a que se instale un trastorno de la conducta alimentaria o la obesidad.

En contraposición a lo expuesto, Wadden, T.A. y Stunkard, A.J. (1985) plantearon que también es importante reconocer que tanto la obesidad como el Trastorno por atracón pueden contribuir a la aparición de la sintomatología depresiva. La sensación de **perder el control** sobre la alimentación, que aparece tanto en el Trastorno por atracón como en la Bulimia Nerviosa, puede ser causa o incremento de la sintomatología depresiva.

Marcus, M.D., Wing, R.R., Ewing, L., Kern, E., Gooding, W. y McDermott, M. (1990) plantearon que en pacientes con Trastorno por atracón la severidad de la depresión estaba fuertemente asociada con la frecuencia de los atracones.

Por lo tanto, a través de estas investigaciones se observa que ambos trastornos están asociados, poseen una influencia recíproca y la génesis de la enfermedad puede encontrarse en uno o en otro polo.

Polivy, J. y Herman, C. P. (1993) siguiendo a Strober, M. y Katz, J. (1988) plantearon que en algunos individuos, los dos desórdenes coexisten al mismo tiempo. Según cuál sea el trastorno desencadenante, los autores ofrecen cuatro explicaciones posibles:

- 1) En algunos sujetos el estado depresivo comienza con la realización de dietas, lo cual aumenta el riesgo del trastorno alimentario. En estos casos, la dieta constituye una defensa contra la incipiente depresión.

- 2) En otros sujetos los déficit y los excesos en la conducta alimentaria pueden potenciar el desequilibrio de los neurotransmisores dando como resultado la presencia de depresión. Esto puede resultar especialmente probable en aquellas personas con una predisposición biológica a la depresión.
- 3) Una tercera posibilidad es que un estado de estrés, actual o acumulado, precipite la depresión cuando se encuentra asociado a un desorden alimentario.
- 4) Finalmente, algunas formas de desórdenes alimentarios y/o desórdenes afectivos conllevan factores de riesgo psicológicos y/o biológicos asociados, y estos últimos aumentan la probabilidad de comorbilidad de los dos primeros.

Según los autores citados, hasta el momento no es posible discriminar cuál de estas cuatro hipótesis constituye la génesis de estos trastornos asociados (depresión y trastornos de la alimentación) pero ellas pueden resultar fructíferas para futuras investigaciones.

## **6) Estados depresivos. dos marcos conceptuales posibles**

### **Teoría psicoanalítica**

Desde la teoría psicoanalítica, Quiroga, S. (1998) analizando el texto de Freud "Duelo y melancolía" (1985a) dice que la depresión normal es definida como un estado afectivo doloroso y displacentero, provocado por una pérdida de objeto, una frustración o un fracaso. En estas ocasiones, el yo preconciente realiza un proceso de duelo en el que se distinguen tres momentos:

- 1) Un pronunciamiento por parte de la realidad, un juicio de existencia que dice que el objeto se ha perdido, seguido de un corte con la realidad de carácter defensivo, que trae como consecuencia la escisión del yo (Freud, 1985c) como forma de mantener la ilusión de la presencia del objeto.
- 2) Una sobreinvestidura de los recuerdos, de las representaciones y por lo tanto, nostalgia y anhelo por los objetos perdidos.
- 3) Proceso de desasimiento propiamente dicho "pieza por pieza", teniendo en cuenta que la historia de constitución de ese objeto y de ese Yo se realizó a través de sucesivas inscripciones, producto de sucesivos vínculos eróticos y hostiles, que el sujeto fue experimentando en relación con su propio cuerpo y con el contexto.

En el segundo momento aparece un tipo de dolor psíquico que es la nostalgia por el objeto ausente y se produce un "deseo de intensidad avasalladora" (Freud,



1985b), que es el anhelo de la percepción del objeto que no aparece. Este punto condiciona un estado de conflicto para el aparato psíquico, que tiende a desmentirse, manteniendo una intensa investidura de los recuerdos. Dado que estos recuerdos no son acordes con la realidad perceptual que se le impone al Yo, la escisión va dando paso al conflicto psíquico y a la entrada en el tercer momento.

En el caso de la depresión endógena (Valls, 1997), entendida desde el Psicoanálisis como melancolía, las causas exteriores no explican la magnitud de la misma; en este caso la pérdida del objeto es inconsciente. Esta falta de conciencia consiste en una identificación del objeto en el yo. En realidad este proceso proviene del odio al objeto perdido. En las primeras etapas el odio se confunde con el amor sin que el yo lo perciba, ya que clínicamente lo que percibe es un sentimiento de autorreproche. El superyó se suma a estos reproches y le aplica un severo castigo al yo por no alcanzar el objeto ideal perdido. Por otro lado, se produce una mayor retracción libidinal y se rompen las ligaduras con el mundo exterior. En consecuencia, el inaceptable odio al objeto, se desplaza al yo que está identificado con el mismo.

En un lugar intermedio entre el duelo por un objeto real y la melancolía se ubican los cuadros depresivos neuróticos que se caracterizan por el sentimiento de inferioridad y de culpa en el que el yo difícilmente puede satisfacer a un severo superrío. El sentimiento de culpa es constante y constituye la base del estado depresivo frente a un ideal exigente. El estado depresivo se agrava ante cada fracaso, y mejora cuando los éxitos lo acercan al ideal.

Exceptuando el proceso de duelo normal descrito en primer término, en el cual el dolor psíquico se produce por la pérdida del objeto y se resuelve en los tres tiempos de elaboración del duelo, en los otros dos, la melancolía y los cuadros neuróticos, el trastorno depresivo es un destino patológico de la libido narcisista.

Jacobson, E (1971) realizó aportes importantes al tema de la depresión. Plantea que a partir del texto de Freud "Duelo y melancolía", diversos autores intensificaron sus estudios sobre la depresión melancólica y su relación con los orígenes infantiles del conflicto entre el yo y el superyó. La autora concibe que los sentimientos de seguridad, depresión y exaltación son estados característicos tanto del equilibrio narcisista normal como el patológico. Plantea además que una sólida teoría psicoanalítica de la depresión presupone un abordaje genético multifactorial teniendo en cuenta los siguientes puntos: naturaleza e intensidad de la pulsión involucradas en el conflicto, tipo de constitución pulsional, cualidades de la pulsión en términos de mezcla y desmezcla, fijaciones y regresiones pulsionales específicas, procesos económicos de investidura, procesos de descarga pulsional, y cambios en las investiduras de las representaciones de objeto y del self, ya que todos estos factores interactúan influyendo en el funcionamiento yoco.

En otro texto, la autora (Jacobson, 1985) aclara que existen dos estados afectivos que tienen un potencial patológico peligroso en los adolescentes. El primero está constituido por un período prolongado de expansión narcisista, en el cual las metas y los valores son muy ambiciosos y resultan ser inalcanzables. Esto conduce al segundo estado afectivo que tiene que ver con la propensión del adolescente a tener estados de ánimo de depresión y elación por no alcanzar el ideal pretendido.

Por otra parte, Philip Wilson (1983), psicoanalista dedicada al estudio de los trastornos de la alimentación y su relación con la depresión y los vínculos familiares, llegó a la conclusión de que los componentes de la depresión en la Bulimia Nerviosa están sobredeterminados y que son causados por conflictos edípicos y preedípicos sin resolver. Entre los principales determinantes sitúa:

- la insatisfacción por no alcanzar las exigencias y el perfeccionismo exigido por el superyó arcaico
- la insatisfacción por la culpa neurótica infligida por el superyó arcaico, que impide la expresión de impulsos libidinales o agresivos y de fantasías
- la insatisfacción por no acceder a relaciones de objeto maduras
- la insatisfacción por no poder actualizar las fantasías narcisistas mágicas
- la insatisfacción por fallas adaptativas
- la insatisfacción por no poder alcanzar una separación – individuación de los padres o subrogados de los mismos.

## **Teoría cognitiva**

Desde la teoría cognitiva, Beck (1979) plantea que los contenidos de pensamiento de los pacientes depresivos se centran en una pérdida significativa. El paciente percibe que ha perdido algo que considera esencial a su felicidad o tranquilidad. El sentido de pérdida irreversible y expectativas negativas conduce a las típicas emociones asociadas con la depresión: tristeza, decepción y apatía. Además, debido a que el sentido de ser atrapado en una situación displacentera aumenta, la motivación espontánea constructiva se disipa.

Este tema puede ser formulado en términos de la tríada cognitiva:

- 1) Una concepción negativa del self
- 2) Una interpretación negativa de las experiencias de vida
- 3) Una vista nihilista del futuro.

---

<sup>3</sup> **Directora del Programa:** Prof. Dra. Susana Quiroga.

**Psicólogas:** Dra. María Isabel Fontao, Lic. Liliana Paradiso, Lic. María del Carmen Pérez Caputo, Lic. Glenda Cryan, Lic. Maia Domínguez, Lic. Claudia Garber.

**Nutricionista:** Lic. María Eugenia Angel Torres.

El abordaje cognitivo para la depresión consiste en usar técnicas que le permitan al paciente verse a sí mismo como un ganador, más que como un perdedor. El terapeuta debe ayudarlo a reconocer cómo en forma recurrente distorsiona su experiencia, situación que lo lleva a aliviar su autocrítica y pesimismo.

El abordaje de la depresión desde la teoría cognitiva consiste entonces en descomponer el problema en factores específicos (emocionales, motivacionales, cognitivos, comportamentales o fisiológicos) y comenzar a trabajar en alguno de ellos. Desde este punto de vista, el mejoramiento en un área de problemas conducirá a mejorar las otras hasta incluir el síndrome de depresión completo.

## **7) Dos tipos de abordaje terapéutico para la depresión**

### **Abordaje psicodinámico**

El objetivo de la psicoterapia psicodinámica es comprender los conflictos inconscientes no resueltos que conducen a la depresión. La depresión es a menudo descrita como una agresión vuelta hacia adentro que le ayuda al sujeto a cubrir su cólera, la cual es en realidad dirigida hacia un objeto exterior. A través de este abordaje se intenta que el paciente pueda comprender y lidiar más adecuadamente con los sentimientos de agresión, para recuperarse de la depresión.

Cuando el trastorno de la alimentación está conectado con una estructura más neurótica, las técnicas más apropiadas son aquellas que permiten la interpretación del inconsciente tales como la interpretación de los sueños, la asociación libre y la exploración de las experiencias infantiles. En los casos en que el trastorno de alimentación y la depresión se asocian a un trastorno de personalidad, una psicosis o un trastorno del estado de ánimo más grave como la depresión mayor, las técnicas psicodinámicas serán posteriores al abordaje de la impulsión y/o el efecto de la medicación psiquiátrica. En estos últimos casos, las técnicas psicodinámicas están dirigidas a los señalamientos e interpretaciones de los vínculos del *aquí y ahora* del paciente y del grupo.

### **Abordaje cognitivo-conductual**

El objetivo de la psicoterapia específicamente cognitiva es que el paciente focalice sus ideas y pensamientos negativos acerca de sí mismo, del presente y del futuro. Los pensamientos negativos acerca de sí mismo lo conducen a tener una baja autoestima; estos pensamientos en el presente se manifiestan a través de una excesiva prudencia y cautela, y en el futuro conllevan ideas pesimistas y desesperanzadas.

La psicoterapia conductual, por su parte, intenta aliviar la depresión a través del reforzamiento de pensamientos y sentimientos asociados con los patrones de comportamiento no depresivo.

Sin embargo, más allá del abordaje con el cual se trabaje en la comorbilidad de estos trastornos, el vínculo del paciente con el psicoterapeuta será fundamental tanto en la empatía con respecto a los afectos como en la información y el apoyo que se provea tanto al paciente como a su familia.

### 8) Proyecto de investigación posterior (periodo 1998-2000)

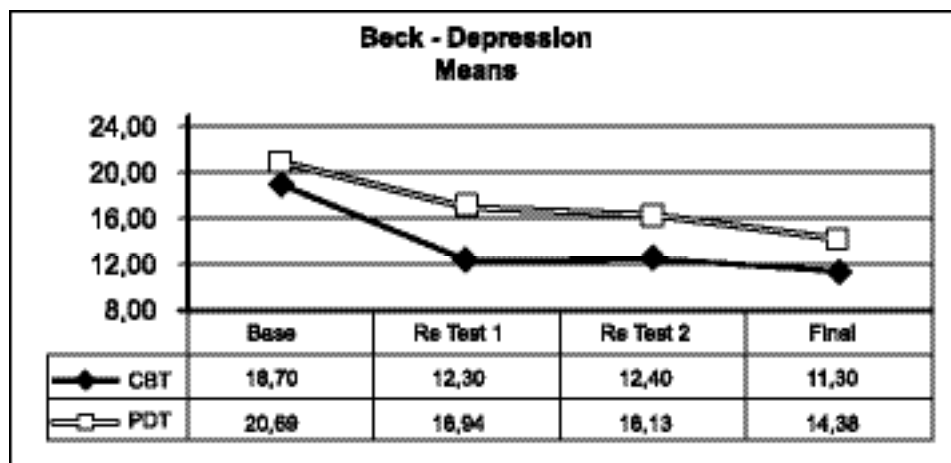
#### La Vulnerabilidad Psíquica y Somática en personas con Trastornos de la Alimentación. Prevención y tratamiento

Los resultados a los que arribamos en nuestra primera investigación (1995-1997) nos llevaron a concluir que el subgrupo de sujetos con atracones era el que tenía una mayor presencia y prevalencia de factores psicopatológicos.

Por esta razón diseñamos un segundo Proyecto de investigación clínica<sup>3</sup> para el período 1998-2001 focalizado en la eficacia psicoterapéutica en dos modelos de abordaje grupal (Cognitivo-conductual y Psicodinámico) para pacientes con atracones.

Esta investigación clínica se realizó en el marco del "Programa de Prevención,

Asistencia e Investigación en pacientes con Trastornos de la Alimentación de la Universidad de Buenos Aires" (Resolución de Rectorado UBA N° 437/98) y el proyecto quedó enmarcado en un Proyecto Trienal UBACYT (IB06). Integrado con la Facultad de Odontología, Cátedra Odontología Preventiva y Comunitaria y



la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires, "Salud Pública: problemas y respuestas". Aprobado (CS) de la Universidad de Buenos Aires. Secretaría de Ciencia y Técnica.

En dicho Programa se asisten pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. Previo a ser incluidos en algún tipo de asistencia psicoterapéutica, se les realiza un diagnóstico interdisciplinario, que incluye una evaluación psicológica, nutricional, clínica y psiquiátrica en caso de ser necesaria.

El abordaje psicológico consta de varios pasos. Una entrevista inicial que indaga el motivo de consulta y la historia individual del paciente, la administración de una serie de cuestionarios objetivos que evalúan diversos ejes tales como: presencia y frecuencia de atracones y purgas, actitud hacia los mismos, imagen corporal, ansiedad estado y rasgo, depresión, personalidad, sexualidad, estructura familiar y sucesos de vida.

### **Subproyecto de investigación: Depresión y trastornos de la alimentación en la adolescencia tardía femenina (período 1999-2001)**

En este trabajo presentaremos un estudio realizado sobre una muestra de pacientes que realizaron tratamiento psicoterapéutico con los dos tipos de abordaje antes mencionados.

#### **Objetivos**

Analizar:

1) la evolución global de la depresión evaluada a través del Inventario de Depresión de Beck en las 26 pacientes que conforman esta muestra a lo largo de un año de tratamiento grupal con frecuencia semanal en cada uno de los dos abordajes psicoterapéuticos: Psicodinámico y Cognitivo-conductual

2) la evolución de cada uno de los ítemes con mayor puntaje detectados y su variación durante el año de tratamiento.

#### **Metodología**

- Instrumento

Inventario de Depresión de Beck- *BDI* (1972) en su adaptación al idioma español de Quiroga, S. (1997). Dicho inventario evalúa conductas depresivas que van desde leves a severas. Consta de 21 ítemes en una gradación de 1 a 4 que aluden a la sintomatología depresiva.

- Cut – off

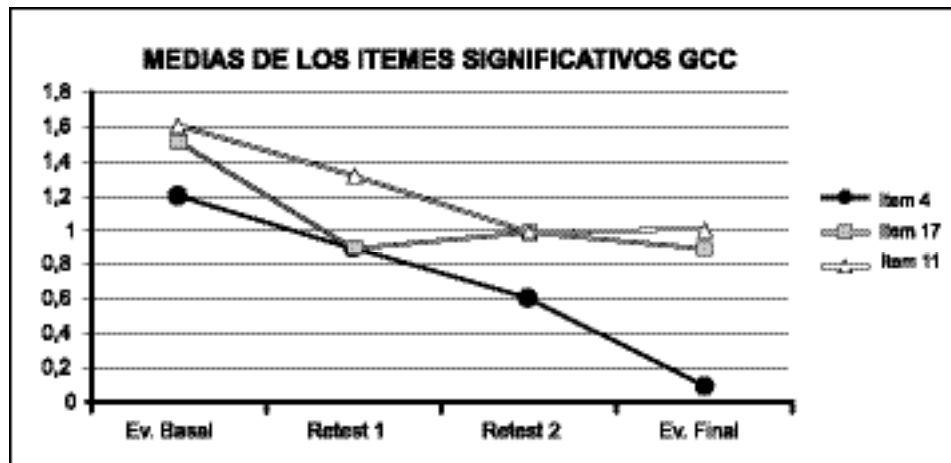
De acuerdo a los códigos internacionales, la media flotante para la depresión clínica se estableció entre 13 y 18 puntos. Para esta investigación se estableció como punto de corte para la depresión clínica 18 puntos. Esta decisión se tomó para tener menor margen de error e incluir falsos depresivos.

- Evaluación

Se realizó en 4 momentos del tratamiento: al inicio, al final y dos evaluaciones intermedias (16, 32 y 48 semanas).

	Basal	Retest 1	Retest 2	Final
Ítem 4	1,2	0,9	0,6	0,1
Ítem 11	1,5	0,9	1	0,9
Ítem 17	1,6	1,3	1	1

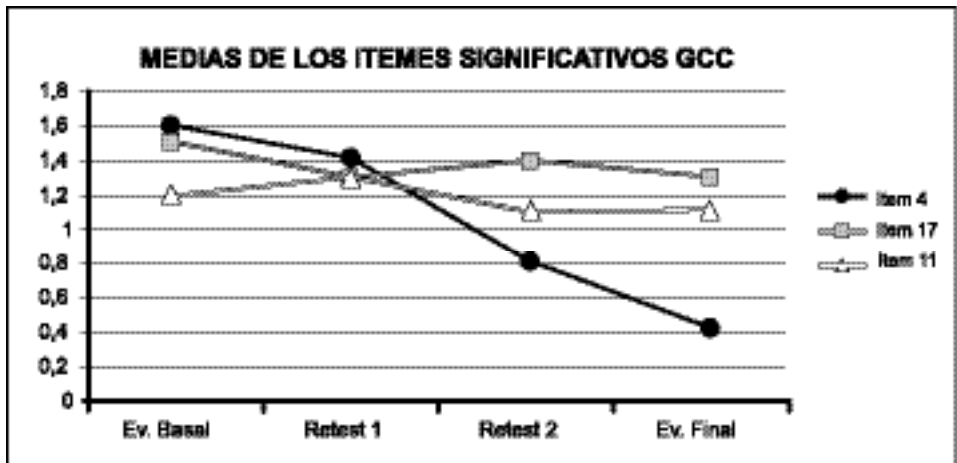
- Muestra



La muestra estuvo conformada con 26 adolescentes tardías femeninas con

	Basal	Retest 1	Retest 2	Final
Ítem 4	1,6	1,4	0,8	0,4
Ítem 11	1,5	1,3	1,4	1,3
Ítem 17	1,2	1,3	1,1	1,1

trastornos de alimentación (Bulimia Nerviosa y Trastorno por Atracón) que realizaron un año de tratamiento psicoterapéutico grupal de frecuencia semanal, en los dos tipos de abordaje: Grupo Cognitivo-conductual (GCC) N=10 y Grupo Psicodinámico (GPD) N=16.



## 9) Resultados

### Objetivo 1

Con respecto a la evolución global de la depresión, ambos grupos (GCC y GPD) comienzan con puntaje que indica depresión significativa, es decir entre 16

y 23 puntos. Ambas medias presentan puntajes iguales o superiores a 18, punto de corte en nuestra investigación (GCC: 18,7 y GPD: 20,69). Los puntajes finales en los dos tipos de abordaje no indican presencia de depresión (GCC: 11,3 y GPD: 14,38) y ambas curvas presentan un recorrido similar (Gráfico 1).

El porcentaje de disminución de la sintomatología depresiva para el GCC fue 39,6 %, y para el GPD, fue 30,5 %.

La comparación pre-post test de muestras apareadas fue significativa para ambos grupos (GCC  $p = .003$ ; GPD  $p = .006$ ).

## Objetivo 2

### Análisis cualitativo de los ítems. Las temáticas

A continuación analizamos cuáles eran los contenidos de las temáticas de cada uno de los ítems con mayor puntaje en la evaluación basal y encontramos que los mismos se referían en primer lugar al *Sentimiento de placer y la capacidad de disfrutar*, equivalente a la presencia-ausencia de Anhedonia que es un factor que se encuentra presente en todos los trastornos del estado de ánimo (Ítem 4); en segundo lugar, a los problemas con el *Esquema corporal* (Ítem 11); y en tercer lugar y coincidente con lo que se expresa en el DSMIV acerca de la asociación entre ambos trastornos, al *Sentimiento de autocrítica* (Ítem 17).

Transcribimos la temática que evalúa cada uno de los ítems 4, 11 y 17 y las opciones a elegir:

Ítem 4: Sentimiento de placer y capacidad de disfrutar de lo personal y del entorno Opciones:

- a. En general siento satisfacción por las cosas que he hecho
- b. No disfruto de las cosas como solía hacerlo
- c. No he vuelto a encontrar satisfacción en ninguna cosa
- d. Me siento insatisfecho con todo

Ítem 11: Esquema corporal e imagen que el paciente tiene de sí mismo Opciones:

- a. No siento que mi aspecto haya cambiado
- b. Me preocupa estar pareciendo mas viejo/a o poco atractivo/a
- c. Siento que hay permanentemente cambios en mi apariencia que me hacen poco atractivo
- d. Estoy convencido/a que soy feo/a



Ítem 17: Sentimiento de autocrítica y sentirse causa de acontecimientos negativos Opciones:

- a. No siento que soy peor que cualquier otra persona
- b. Soy crítico de mí mismo
- c. Me echo la culpa todo el tiempo por mis defectos
- d. Me echo la culpa por todo lo malo que ocurre

Media de la evolución de los ítems significativos en cada uno de los abordajes psicoterapéuticos (10 pacientes GCC y 16 pacientes GPD)

La evolución de los ítems con puntaje más alto (4 – 11 – 17) en cada uno de los abordajes psicoterapéuticos propuestos es la siguiente:

- *Grupo Cognitivo-Conductual (GCC)*

Analizando la evolución de estos ítems se puede observar que el ítem 4 desciende 1,1 puntos, es decir en un 91,67 %; el ítem 11 desciende 0,6 punto, es decir en un 40% y el ítem 17 desciende 0.6 punto, es decir en un 37,5 %.

- *Grupo Psicodinámico (GPD)*

Analizando la evolución de estos ítems se puede observar que el ítem 4 descendiendo 1,2 puntos, es decir en un 75 %; el ítem 11 descendiendo 0,2 punto, es decir en un 13,34% y el ítem 17 descendiendo 0.1 punto, es decir en un 8,34 %

Estos resultados indican que, a partir de la comprensión subjetiva de las pacientes en el ámbito terapéutico, los ítems con mayor puntaje del Inventario descienden de manera similar en ambos tratamientos, presentándose una mejoría mayor en la evolución de estos ítems en el GCC. El ítem 4 que alude a la calidad de vida es el que más desciende para ambos abordajes psicoterapéuticos.

## 10) Conclusiones

Los resultados obtenidos en el presente trabajo corroboran la relación existente entre los trastornos de la alimentación y los trastornos del estado de ánimo, tal como se plantea en el DSMIV y como es desarrollado por Garner, D. y Garfinkel, P. (1997); DeZwaan, M.D.; Mitchell, J.E.; Seim, H.C.; Specker, S.M ; Pyle, R.L. ; Raymond, N. C. ; Crosby, R.B (1994); Specker, S. ; de Zwan, M.D. ; Raymond, N. ; Mitchell, J. (1994); Yanosky, S.Z. ; Nelson, J.E. ; Dubbert, B.K. ; Spitzer, R.L. (1993); Marcus, M.D. ; Wing, R.R. ; Ewing, L. ; Kern, E. ; Gooding, W. ; McDermott, M. (1990); Anthony, M.M.; Johnson, W.G; Carr-Nangle, R.E. y Abel, J.L. (1994); Weissenburger, J. ; Rush, A.J. ; Gilles, D.E. ; Stunkard, A.J. (1986); Stunkard, R.L. ; Fernstron, M. ; Price, A. ; Frank, E. ; Kupfer, D. (1990); Wadden, T.A. ; Stunkard, A.J. (1985). Los niveles de depresión de estos pacientes muestran la interacción e influencia recíproca que se da entre ambos trastornos y confirma la existencia de fenómenos de comorbilidad, lo cual coincide con lo propuesto por Polivy, J. y Herman, C. P. (1993) que siguiendo a Strober, M., y Katz, J. (1988) plantean que en algunos individuos, los dos desórdenes coexisten al mismo tiempo.

Con respecto al estudio estadístico llevado a cabo en nuestra investigación clínica, encontramos que las medias de las mediciones basales del Inventario de Depresión de Beck- BDI señalan la presencia de depresión significativa en ambos abordajes: en el GCC: 18,7 y en el GPD: 20,69.

Con respecto a la evolución de la depresión, los resultados obtenidos en el BDI muestran una disminución estadísticamente significativa de la sintomatolo-

gía depresiva en ambos abordajes terapéuticos: 39,6 %, en el GCC y 30,5 % en el GPD. Al concluir el año de tratamiento, las medias de depresión en ambos tipos de abordaje muestran la ausencia de sintomatología depresiva: en el GCC: 11,3 y en el GPD: 14,38.

En principio, los resultados de esta investigación clínica muestran la eficacia terapéutica en la disminución de los síntomas depresivos. Más allá del abordaje propuesto, podemos pensar que la influencia de los vínculos establecidos en una psicoterapia grupal (ya sea a través de la *transferencia* en el GPD o de la *adherencia* en el GCC) resultan de fundamental importancia ya que permiten establecer empatía e identificaciones de los miembros del grupo entre sí y hacia el terapeuta.

Sin embargo, desde el punto de vista clínico, no pueden dejar de considerarse las diferencias que implica el abordaje de la depresión desde ambos tipos de tratamiento. La psicoterapia psicodinámica, se propone comprender los conflictos inconscientes no resueltos que conducen a la depresión e intenta que el paciente pueda comprender y lidiar más adecuadamente los sentimientos de agresión. La psicoterapia cognitivo-conductual se propone, en cambio, que el paciente focalice sus ideas y pensamientos negativos acerca de sí mismo, del presente y del futuro e intenta aliviar la depresión a través del reforzamiento de pensamientos y sentimientos asociados con los patrones de comportamiento no depresivo.

Estas diferencias nos llevan a preguntarnos sobre la eficacia terapéutica lograda a largo plazo en la evolución de la sintomatología depresiva asociada a estos trastornos, ya que el GPD apunta al cambio de estructura y el GCC a la disminución de síntomas. Por ello resulta de sumo interés considerar por un lado, los datos de deserción de pacientes en ambos tratamientos (Quiroga, S., Cryan G., Fontao, M.I., 2001; Quiroga, S.; Cryan, G.; Fontao, M.I.; Paradiso, L. y Angel Torres, M.E., 2001; Quiroga, S.; Paradiso, L.; Angel Torres, M.E.; Piatti, G.; Cryan G. y Dominguez, M., 2001; Quiroga, S.; Cryan, G.; Paradiso, L.; Angel Torres, M.E.; Pérez Caputo, M. del C.; Garber, C. y Dominguez, M., 2001; Quiroga, S.; Pérez Caputo, M. del C.; Garber, C.; Paradiso, L.; Angel Torres, M.E.; Piatti, G.; Cryan, G.; Zukerfeld, R y Zukerfeld, R., 2001; Quiroga, S.; Cryan, G. y Fontao, M.I., 2002) y por otro, los estudios de follow-up realizados al año de concluídos los mismos (Quiroga, S.; Paradiso, L.; Pérez Caputo, M. del C.; Cryan, G.; Dominguez, M., 2002). Con respecto al primero, la deserción de pacientes en el GCC fue del 50% mientras que en el GPD fue del 30%. En cuanto a los estudios de follow-up, si bien exceden el marco de esta presentación, queremos señalar que en ellos se pudo comprobar que el 50% de las pacientes que concluyeron el GCC

solicitaron posteriormente asistencia psicológica individual con orientación psicodinámica.

Por otra parte, al realizar el análisis cualitativo de los ítemes del BDI, se encontró que aquellos con mayor puntaje señalados por las pacientes se referían al *Sentimiento de placer y la capacidad de disfrutar* (Ítem 4), al *Esquema corporal* (Ítem 11) y al *Sentimiento de autocrítica* (Ítem 17). Estos resultados son coincidentes con lo expresado en el DSMIV acerca de porcentajes superiores de autocrítica coincidente con el ítem 17 del BDI y descontento con la imagen corporal y preocupación por el cuerpo, coincidente con el ítem 11.

Resulta de sumo interés comparar los ítemes con mayor puntaje seleccionados por todas las pacientes que iniciaron tratamiento (n=43) con los ítemes de mayor puntaje seleccionados por las pacientes que concluyeron el tratamiento (n=26). En un estudio anterior (Quiroga, S., Cryan, G.; 2002) en el que se realizó la evaluación cualitativa de los ítemes en la muestra basal de la totalidad de las pacientes, se encontró que los ítemes con mayor puntaje se referían a la *Toma de decisiones*, al *Esquema corporal* y al *Sentimiento de autocrítica*. Estos dos últimos coinciden con los ítemes seleccionados por la muestra de las pacientes que concluyó el tratamiento, a diferencia del ítem *Toma de decisiones* que tuvo un puntaje bajo.

En este último grupo, se destacó el ítem referido al *Sentimiento de placer y la capacidad de disfrutar*, lo cual alude al deseo de lograr una mejor calidad de vida y a la presencia-ausencia de Anhedonia. En este estudio se pudo comprobar que las pacientes que tomaron la decisión de concluir su tratamiento presentaban en el comienzo un grado elevado de insatisfacción personal y con su entorno. El descenso de esta insatisfacción se comprobó en la disminución de este ítem en ambos tratamientos cuyo rango fue entre un 75 y un 90%, lo cual indica la marcada intención de mejorar su calidad de vida.

Para concluir, queremos destacar que los resultados hallados en esta investigación señalan la importancia de administrar el BDI en Trastornos de la Alimentación con el objeto de 1) evaluar la evolución de este síntoma, 2) observar la evaluación basal del ítem 4 referido al *Sentimiento de placer* y 3) observar la evaluación basal del ítem 10 referido a la *Toma de decisiones*. Estos datos pueden proveer una información interesante con respecto al pronóstico de evolución de estas pacientes y la detección posible de deserción al tratamiento.

## Referencias Bibliográficas

- Anthony, M.; Johnson, W.; Carr-Nangle, R. y Abel, J. (1994). Psychopathology correlates of binge eating and binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 386-392
- Beck, A. (1972). *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. (1979). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. U.S.A: Meridian.
- DeZwaan, M.; Mitchell, J.; Seim, H.; Specker, S.; Pyle, R.; Raymond, N.; Crosby, R. (1994). Eating related and general psychopathology in obese female with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorder*, 15,43-52.
- DSMIV, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (1995). Barcelona: Editorial Masson.
- Freud, S. (1985a) [Original: 1917]. *Duelo y melancolía*. Buenos Aires: Amorrortu. Obras completas, vol.3.
- Freud, S. (1985b) [Original: 1936]. *Carta a Romain Rolland (Una perturbación del recuerdo en la Acrópolis)*. Buenos Aires: Amorrortu. Obras completas, vol.22.
- Freud, S. (1985c) [Original: 1940]. *Esquema del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu. Obras completas, vol.23.
- Garner, D.; Olmstead, M. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Garner, D; Garfinkel, P (1997). Adapting Treatment for Patients with Binge-Eating Disorder. En: Garner y Garfinkel, *Handbook of treatment for Eating Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Jacobson, E. (1971). *Depresión. Estudios comparativos de condiciones normales, neuróticas y psicóticas*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Jacobson, E. (1985). La adolescente: sus estados de ánimo y la remodelación de sus estructuras psíquicas. *Revista de Psicoanálisis*, vol. 42, Nº 3, 515-534.
- Marcus, M.; Wing, R.; Ewing, L. ; Kern, E. ; Gooding, W. ; McDermott, M. (1990). Psychiatric Disorders among obese binge eaters. *International Journal Of Eating Disorders* , 9, 69-77.

Polivy, J. ; Herman, C. (1993). Etiology of Binge Eating: Psychological Mechanisms. En: Fairburn, C. ; Wilson, G. *Binge Eating. Nature, Assessment and Treatment*. New York: The Guildford Press.

Quiroga, S., Zukerfeld, R. y Zonis, R. (1995) . Bulimia, personalidad y estrés familiar en relación con la alimentación. *XXV Congreso Interamericano de Psicología*. 9 al 14 de julio, San Juan de Puerto Rico.

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

Quiroga, S. (1997). Adaptación del Beck Depression Inventory “Adolescencia Tardía y Migración. Su repercusión en estudiantes universitarios migrados” (1995/2000). (Proyectos UBACyT Ps: 042 y TP: 40) Facultad de Psicología. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

Quiroga, S.; Zonis, R.; Zukerfeld, R. (1998). 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, p. 113– 135.

Quiroga, S. (1998). *Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo de objeto*. Buenos Aires: Eudeba.

Quiroga, S., Cryan, G., Fontao, M. (2001). Comparative Study on the Therapeutic Efficacy for Eating Disorders. En: Fonag, P. (Ed.). *An Open Door Review of the Outcome Studies in Psychoanalysis. Second revised edition*. Prepared by the Research Committee of the International Psychoanalytic Association. London: United Kingdom.

Quiroga, S.; Cryan, G.; Fontao, M.; Paradiso, L. y Angel Torres, M. (2001) Comparison of symptomatic and structural changes in two group psychotherapy approaches for Eating Disorders. *International Psychoanalytical Association Pre-Congress Research Meeting*, Niza.

Quiroga, S.; Paradiso, L.; Angel Torres, M.; Piatti, G.; Cryan G. y Dominguez, M. (2001). Resultados Terapéuticos en Tratamientos Grupales para pacientes con Trastornos Alimentarios. *XXVIII Congreso Interamericano de Psicología Sociedad Interamericana de Psicología, Santiago de Chile*.

Quiroga, S.; Cryan, G.; Paradiso, L.; Angel Torres, M.; Pérez Caputo, M.; Garber, C. y Dominguez, M. (2001). Evolución de la Depresión Clínica en Psicoterapia Grupal con pacientes con Trastornos Alimentarios. *VIII Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología*, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Quiroga, S.; Pérez Caputo, M. del C.; Garber, C.; Paradiso, L.; Angel Torres, M.;

Piatti, G.; Cryan, G.; Zukerfeld, R y Zukerfeld, R (2001). *Outcomes in Group Psychotherapy for Female Adolescents with Eating Disorders*. Society for Psychotherapy Research Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Montevideo.

Quiroga, S.; Cryan, G. (2002). Grado de asociación entre depresión y trastornos de la alimentación en la adolescencia tardía femenina. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, Año 7, Nro.3, pp. 109-134. ISSN 0329-5893.

Quiroga, S; Paradiso, L; Pérez Caputo, M.; Cryan, G; Dominguez, M. (2002). A Follow-up of the Comparative Study on CBT-PDT Psychotherapy Group Efficacy for Eating Disorders. *Society for Psychotherapy Research International Conference 2002*. Santa Barbara, California

Quiroga, S ; Cryan, G. y Fontao, M. (2002). Comparative study on the therapeutic efficacy for eating disorders. *Psicoterapia e Istituzioni. Review of Psychoanalytical Methodological Research and Clinical Experiences Psychodynamic group therapies for Eating Disorders*. Editores: Ciocca, A, y Turno, M. Anno IX n. 1/2002 ISSN 1129-4108.

Smith, D. ; Marcus, M. ; Lewis, C. ; Fitzgibbon, M. ; Schreiner, P. (1998). Prevalence of binge eating disorder , obesity and depression in a biracial cohort of young adults. *Annals of Behavioral Medicine* , vol. 20 (3) , 227-232.

Specker, S.; de Zwan, M.; Raymond, N.; Mitchell, J. (1994). Psychopathology in subgroups of obese women with and without binge eating disorder. *Comprehensive psychiatry* , 35, 185-190 .

Strober, M. y Katz, J. (1988). Depression in the eating disorders: a review and analysis of descriptive, family and biological findings". In Garner, D. y Garfinkel, P. (Eds.). *Diagnostic Issues in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa* Brunner/Mazel eating disorders. Monograph Series, Nro. 2 pp 80-111. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel Inc.

Stunkard, R.; Fernstron, M.; Price, A. ; Frank, E. ; Kupfer, D. (1990). Direction of weight change in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry* , 47, 857-860.

Valls, J. (1997). *Diccionario Freudiano*. Madrid: Ed. Julián Yébenes.

Wadden, T.; Stunkard, A. (1985). Social and psychological consequences of obesity. *Annals of Internal Medicine*, 103, 1062-1067.

Weissenburger, J.; Rush, A.; Gilles, D.; Stunkard, A.(1986). Weight change in depression. *Psychiatry Research* , 17, 275-283.

Wilson, C. (1983). The Treatment of bulimic depression". *Paper presented at Grand Rounds*. Nueva York: ST Lukes Roosevelt Hospital.

Yanosky, S.; Nelson, J.; Dubbert, B.; Spitzer, R. (1993). Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1472-1479.

Zonis, R.; Zukerfeld, R.; 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; Zonis, R y Quiroga, S; (2000). Trauma, desesperanza y conducta alimentaria. *Revista del Instituto Psicosomático de Buenos Aires*. Año 7, N°7, pp. 65-83.