

Comorbilidad depresiva en mujeres con trastornos de conducta alimentaria

Depressive comorbidity in women suffering from eating behavior disorders

Mariana Rebuffo¹, María Silvia Siravegna¹
y Leonardo Adrián Medrano²

RESUMEN

Los trastornos de la alimentación afectan diferentes aspectos de la vida de los pacientes. La literatura sobre este problema señala que dicha patología se encuentra generalmente asociada a otros trastornos afectivos, entre los cuales se destaca la depresión, ya que constituye una variable fundamental en su mantenimiento. Aunque las clasificaciones categoriales vigentes han aportado precisión y consenso internacional a la nomenclatura psiquiátrica, el uso de delimitaciones sindrómicas definidas por límites precisos ha limitado la visión del amplio rango de presentaciones clínicas que ofrecen los pacientes reales. Para superar esta grieta, se recurre frecuentemente al concepto de comorbilidad. Por ello, se llevó a cabo un estudio tendiente a evaluar la existencia de comorbilidad entre los trastornos de la alimentación y los depresivos. Mediante un diseño ex post facto y con un grupo cuasicontrol, se verificó la asociación entre ambos trastornos, observándose que las pacientes con trastornos de la alimentación mostraban más síntomas depresivos; específicamente, mayor disconformidad consigo mismas, pérdida de placer, desvalorización, cambios de apetito, autocrítica y tristeza.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria; Depresión; Comorbilidad.

ABSTRACT

Eating disorders affect different aspects of the patient's life. Various research studies suggest that eating disorders are generally associated to other affective disorders such as depression which is, in turn, a critical variable in the maintenance of eating disorders. Although standard classifications have contributed to precision and international consensus for psychiatric nomenclature, the use of syndromic delimitations defined by precise limits has narrowed the vision of the wide range of clinical manifestations shown by actual patients. It is common to try to overcome this problem by using the concept of comorbidity. Therefore, the aim of the present study was to evaluate the existence of comorbidity between eating disorders and depressive symptoms. The analysis of this relationship was carried through an ex post facto design with a quasi-control group. Results indicate an association between both disorders. Patients with eating disorders have major depressive symptoms, specifically, negative self-perception, loss of pleasure, devaluation, changes in appetite, self-criticism, and sadness.

Key words: Eating disorders; Depressive symptoms; Comorbidity.

¹ Hospital Nacional de Clínicas, Santa Rosa 1564, B° Alberdi, Córdoba, Argentina, tel. 54(035)14-33-70-14. Artículo recibido el 15 de julio de 2010 y aceptado el 28 de marzo de 2011.

² Laboratorio de Psicología Cognitiva, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba, Enrique Barros y Enfermera Gordillo s/n, tel. 54(035)14-69-64-21, correo electrónico: leomedpsico@gmail.com.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la alimentación constituyen uno de los problemas de salud que han experimentado mayor crecimiento en la población joven (Sierra, 2005), y se ha señalado que, en la actualidad, el ser delgado se asocia con la belleza y la salud, lo que está provocando un culto por el cuerpo y la búsqueda del canon estético de la delgadez. Esta preocupación excesiva por el peso y la figura conduce con frecuencia al desarrollo de trastornos en la conducta alimentaria (TCA en lo sucesivo). Entre dichos trastornos se observa una especial preocupación por la anorexia y la bulimia, dado que sus índices de prevalencia se han incrementado notablemente en las últimas décadas (Quiles, Perol y Quiles, 2002). En efecto, estudios recientes sugieren que 11.2% de los adolescentes muestran conductas alimentarias de riesgo para el desarrollo de TCA, de las que casi 70% de los casos son mujeres (Aubalat, Quiles y Castaño, 2011).

Se ha reportado reiteradamente en diversas investigaciones nacionales y extranjeras que, principalmente en la población joven y femenina, los trastornos de la alimentación tienen un importante impacto epidemiológico (Etxeberria, González, Padierna y cols., 2002). De hecho, a partir de estudios epidemiológicos, en nuestro medio se ha observado que los TCA constituyen el trastorno de mayor prevalencia en la población femenina adolescente (Herrero, 2007). Las mujeres con TCA rechazan mantener el peso corporal mínimo para su edad y talla y muestran un temor intenso a aumentarlo y, consecuentemente, a la comida (Sierra, 2005). Tomando en consideración que el hecho de ser mujer y vivir en una cultura occidental ya constituye un factor de riesgo para padecer TCA (Carretero, Planell, Estregués, Raich y Carracedo, 2009), el presente estudio se focaliza en las mujeres.

Los TCA afectan diferentes aspectos de la vida de los pacientes. Aparentemente, las relaciones sociales y familiares, junto al estado de ánimo, son los aspectos más perturbados, además de la salud física, la alimentación, los estudios y la vida laboral. Mediante el uso de grupos focales (Etxeberria y cols., 2002), la investigación cualitativa en el área de la calidad de vida ha demostrado que los pacientes con TCA llegan a abandonar los estudios, manifiestan problemas de insatisfacción laboral y

un considerable deterioro físico. Sumado a ello, una gran cantidad de pacientes dedican mucho tiempo a hablar del deterioro de las relaciones familiares como uno de los aspectos más afectados, e incluso muchos consideraban que su trastorno es causa de sufrimiento para sus familias. Las alteraciones en el estado de ánimo, los cambios de humor, la pérdida de la alegría y las ilusiones constituyen otros de los aspectos dañados en las personas que padecen TCA (Etxeberria y cols., 2002). De esta manera, se observa que sus consecuencias no se reducen sólo a lo relacionado con la salud física y la alimentación, sino que se generaliza a diversos aspectos emocionales y sociales.

Aunque no existe una etiología clara de los TCA, la literatura señala la importancia de la alteración de la imagen corporal como el factor que determina el inicio y mantenimiento de dicho trastorno (Carretero y cols., 2009; Sepúlveda, Botella y León, 2001). En efecto, si bien resulta esperable cierto margen de error en la percepción del propio cuerpo, las personas que padecen TCA realizan sistemáticamente juicios valorativos sobre el propio cuerpo que no coinciden con sus características reales, y algunos estudios metaanalíticos indican que el grado de distorsión estimada en la imagen corporal resulta ser mayor en las pacientes bulímicas que en las anoréxicas (Sepúlveda y cols., 2001); no obstante, ambos subtipos de TCA exhiben sesgos sistemáticos en la percepción del propio cuerpo.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 2002), los TCA pueden dividirse en dos tipos: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, que se caracterizan por graves alteraciones de la conducta alimentaria debido a las distorsiones en la percepción de la forma y el peso corporal. Las características diagnósticas esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, un temor intenso a ganar peso y una alteración significativa en la percepción de la forma y tamaño del cuerpo. Por otra parte, como características diagnósticas básicas, en la bulimia nerviosa se observa una ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (atacón) y el uso de métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso.

Aunque las clasificaciones categoriales vigentes (DSM IV y CIE10) han aportado precisión, especificidad y consenso internacional a la nomenclatura psiquiátrica, el uso de delimitaciones sindrómicas definidas por límites precisos ha estrechado la visión del amplio rango de presentaciones clínicas que manifiestan los pacientes reales (Cía, 2004). En efecto, hay una gran cantidad de síntomas atípicos, subclínicos y rasgos de personalidad presentes en numerosos enfermos, que van más allá del repertorio de síntomas nucleares considerados por los criterios diagnósticos descriptivos.

Para superar esta grieta, frecuentemente se recurre al concepto de *comorbilidad* (Feinstein, 1970), el cual hace referencia a cualquier entidad clínica adicional que ha existido o puede surgir durante la evolución clínica de un paciente que padece una enfermedad principal en estudio. Es por este concepto que en la actualidad la nosología psiquiátrica se ha enriquecido con la llamada *perspectiva dimensional*, referida a que los límites entre las entidades psiquiátricas no son tan definidos, por lo que se plantea la existencia de un espectro de síntomas, esto es, de relaciones entre grupos de síntomas. En esta dirección, Klein (2008) plantea una controversia entre sistemas categoriales vs. sistemas dimensionales: mientras que los primeros facilitan el proceso de comunicación y la toma de decisiones por parte de los profesionales, los segundos proveen un abordaje más realista y confiable.

En la bibliografía que hay sobre TCA se encuentra que dicha patología generalmente está asociada a otros trastornos mentales, como trastornos afectivos (Troop, Serpell y Treasure, 2001), ansiosos y obsesivo-compulsivos (Chávez y Caballero, 2008; Raffi, Rondín, Grande y Fava, 2001), abuso de sustancias o tóxicos (García, Badía, Fernández y cols., en prensa; Varela, Maldonado y Ferre, 2011) y trastornos límites de la personalidad (Gargallo, Aranda y Raich, 2003; Torres, Río y Borda, 2008). Otras de las variables comúnmente asociadas a los TCA es la alexitimia, es decir, la incapacidad para expresar las propias emociones (Curial y Repila, 1997). Los resultados obtenidos en diferentes estudios coinciden en que hay una comorbilidad entre los trastornos de personalidad y los TCA, y así se observa que la anorexia nerviosa asociada a trastornos de la personalidad caracterizados por obsesión y perfeccionismo. Por su parte, la buli-

mia nerviosa se encuentra comúnmente vinculada con trastornos de inestabilidad e impulsividad (Westen, 2001). Diversos autores sostienen el papel destacado que desempeñan los trastornos comórbidos en la génesis y evolución del TCA (Quiroga y Cryan, 2005; Troop y cols., 2001); en efecto, algunas de dichas patologías han sido identificadas como predictoras de un mal pronóstico y asociadas a una mayor frecuencia de abandono del tratamiento (Gargallo y cols., 2003).

Si bien la investigación empírica ha demostrado de manera repetida que entre los numerosos sentimientos y trastornos que acompañan a los TCA hay una alta comorbilidad, la depresión constituye una variable fundamental en el mantenimiento de los mismos (Quiroga y Cryan, 2005). Como señalan Sepúlveda y cols. (2001), la distorsión de la imagen corporal en las personas que padecen TCA proviene de factores actitudinales, afectivos y cognitivos. Aparentemente, la insatisfacción con el propio cuerpo es mayor cuando se incluyen medidas vinculadas a la apariencia corporal y el atractivo físico. Esto lleva a considerar la importancia de los síntomas depresivos; dado que se encuentran asociados a la autopercepción una imagen corporal negativa (Quiroga y Cryan, 2005; Salazar, 2008), favorecen que el trastorno se mantenga de una manera más prolongada y continua a lo largo del tiempo.

Los sentimientos de baja autoestima y la no aceptación del propio cuerpo, entre otros, condicionan no solo el mantenimiento de los TCA, sino también las actitudes, aspiraciones y relaciones sociales de dichos pacientes. Estudios longitudinales desarrollados por Quiroga y Cryan (2005) en Argentina en pacientes con TCA han hallado que los pacientes que obtenían mayores puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) mostraban un mayor índice de abandono del tratamiento. Estos resultados llevaron a esas autoras a señalar la importancia de administrar el BDI-II a pacientes con dichos trastornos para evaluar la evolución de este síntoma, obtener información respecto al pronóstico de evolución del paciente y detectar así posibles casos de deserción del tratamiento. Además, señalan que en muchos individuos la alteración de tal estado se inicia al mismo tiempo que los TCA o durante su curso. No obstante, a pesar de los numerosos estudios efectuados, no se ha logrado un acuerdo respecto a la direccio-

nalidad de la relación. Mientras que algunos pacientes comunican que los síntomas depresivos surgen como producto de los TCA, dado que la sensación de perder el control sobre la propia alimentación aumenta sintomatología depresiva, otros reportan que los síntomas depresivos preceden a los TCA, comunicando que el desprecio por el propio cuerpo provoca disturbios en la conducta alimentaria.

Es posible vislumbrar la influencia de la depresión sobre la evolución del TCA cuando se considera el sustrato psicológico de la depresión propuesto por Beck, Rush, Shaw y Emery (2003). Según estos autores, un conjunto de patrones de pensamiento de tipo negativo explican el desarrollo y la evolución de los TCA. Diferentes estudios empíricos concuerdan en considerar que las percepciones negativas acerca de uno mismo constituyen un buen predictor (Bardone-Cone, Schaeffer, Maldonado y cols., 2009; Daley, Jimerson, Heatherton, Metzger y Wolfe, 2008; Demidenko, Tascia, Kennedy y Bissada, 2010). Aparentemente, las percepciones negativas sobre uno mismo generan comportamientos que refuerzan esa misma percepción, aumentando así el riesgo de padecer TCA (Bardone-Cone y cols., 2009).

De esta manera, considerando la relevancia que la bibliografía actual pone de manifiesto respecto al hecho de que los TCA se encuentran asociados a otros trastornos psicológicos, y asimismo la importante influencia de los síntomas depresivos sobre la evolución y tratamiento de los TCA, el presente estudio, hecho a partir de un marco cognitivo, tuvo por objeto evaluar la existencia de comorbilidad entre estos y los trastornos depresivos. De igual modo, considerando que la depresión abarca un amplio espectro o continuum de síntomas, se pretendió identificar los síntomas depresivos que aparecen con mayor magnitud en pacientes con TCA.

MÉTODO

Participantes

Participaron en la presente estudio un total de 80 mujeres seleccionadas por medio de un muestreo no probabilístico (León y Montero, 2003). El grupo clave estuvo constituido por 40 pacientes ad-

mitidas por cumplir las pautas del diagnóstico de TCA, consignado en la respectiva historia clínica y confirmado por el equipo interdisciplinario del Hospital de Clínicas. Cabe señalar que 72.5% de las mismas habían sido diagnosticadas como bulímicas (N = 29), y 27.5% tenía un diagnóstico de anorexia (N = 11). Vale decir que en el presente estudio no se incluyeron pacientes con trastornos inespecíficos de la conducta alimentaria (ortorexia, vigorexia, trastornos por atracones, síndrome del gourmet, trastorno nocturno, síndrome de Prader Willy y comedoras compulsivas, entre otros), ni tampoco pacientes con bulimia o anorexia atípicas. Respecto a los datos sociodemográficos, todas las pacientes eran mujeres con edades comprendidas entre los 13 y 27 años.

Por otra parte, las 40 participantes que conformaban el grupo de cuasicontrol fueron seleccionadas considerando como criterio de inclusión que fuesen personas no hospitalizadas y sin trastornos psicopatológicos, para lo cual se estipuló como punto de corte las puntuaciones inferiores al percentil 75 del Cuestionario Epidemiológico de Sintomatología Mental. Sumado a ello, se estipuló como criterio de inclusión adicional que dichos participantes tuvieran características sociodemográficas equiparables a las del grupo clave (género, edad y nivel de estudio). Estos requisitos fueron estipulados con el objeto de lograr un adecuado grupo cuasicontrol que favoreciera el cumplimiento de los objetivos de la investigación y que permitiera descartar la influencia de variables enmascaradas. En la Tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de ambos grupos.

Tabla 1. Descripción de las características sociodemográficas del grupo clave y cuasicontrol.

CARACTERÍSTICAS	Grupo clave	Grupo cuasicontrol
N	40	40
Edad		
Media	21.45	17.13
Desviación estándar	5.64	2.73
Porcentaje de nivel de estudios		
Primario	50%	50%
Secundario	50%	50%
Tipo de establecimiento educativo		
Público	52.50%	55%
Privado	47.50%	45%

Instrumentos

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Beck, Sterr y Brown, 2006). Para evaluar la sintomatología depresiva se utilizó la adaptación argentina de este instrumento, hecha por Brenlla y Rodríguez (2006), la que cuenta con diferentes estudios psicométricos y resultados inicialmente satisfactorios. Los estudios de consistencia interna arrojaron alfas elevadas ($\alpha = .88$ en la muestra de pacientes clínicos y $\alpha = .86$ en la de personas sin trastornos), valores considerados óptimos por la literatura (cfr. Hogan, 2004). Adicionalmente, en los estudios de estabilidad del instrumento se observaron elevados índices de correlación ($r = .90$ en la muestra de pacientes y $r = .86$ para la muestra de personas sin trastornos), denotando que el BDI-II muestra una adecuada estabilidad. Cabe señalar además que la escala cuenta con estudios de estructura interna realizados mediante análisis factorial exploratorio que verifican la validez de constructor; en efecto, los resultados obtenidos sugieren que los 21 ítems de la escala presentan saturaciones factoriales adecuadas (superiores a .30) y se agrupan de una manera teóricamente coherente.

Los estudios de validez convergente-discriminante, donde se compararon los valores del BDI-II con las puntuaciones de otras pruebas, mostraron que correlaciona positivamente con la escala de depresión del MMPI ($r = .58$) y con la escala de depresión de la SCL-90-R ($r = .81$). Asimismo, la escala es apoyada por estudios que verifican su capacidad diagnóstica; al comparar las puntuaciones de la población general y de pacientes externos, se observan diferencias significativas entre los grupos ($t = 18.22$, $p < 0.00$), con medias superiores en el grupo de pacientes externos. Cabe señalar que en el presente trabajo no solo se utilizó el puntaje global del BDI-II, sino que se apeló al análisis de cada ítem para lograr una descripción más precisa de las manifestaciones depresivas de las mujeres con y sin TCA.

Cuestionario Epidemiológico de Sintomatología Mental (CESIM) (Grasso y Buriyovich, 1993). Se utilizó este instrumento para determinar la ausencia de sintomatología mental en el grupo de cuasicontrol. El CESIM es un instrumento desarrollado íntegramente en nuestro medio que cuenta con

estudios psicométricos satisfactorios. Los estudios destinados a evaluar la estabilidad del cuestionario mediante el método test-retest ($r = .86$) resultaron óptimos, observándose una elevada consistencia interna mediante el método de partición en mitades ($r = .93$ con corrección Spearman-Brown). Dicho cuestionario permite obtener una medida de sintomatología mental que no apunta a un diagnóstico psicológico individual sino a establecer la probabilidad de que un sujeto presente un desorden mental, suministrando así una medida global de malestar psicológico. De esta manera, el CESIM resulta ser un instrumento adecuado para utilizarse como prueba de *screening*, ya que permite la rápida detección de casos con alto riesgo de padecer trastornos mentales. Tal como se señaló anteriormente, se empleó el CESIM para establecer los criterios de inclusión y exclusión de participantes. Así, aquellos participantes que obtenían puntuaciones superiores al percentil 75 no se incluyeron en el grupo de cuasicontrol dado que tienen una alta probabilidad de padecer algún tipo de sintomatología mental.

Procedimiento

Se llevó a cabo un diseño *ex post facto* retrospectivo con grupo de cuasicontrol (Montero y León, 2007), el cual hace posible estudiar las covariaciones entre las variables bajo estudio. El diseño consiste en identificar mediante un muestreo a propósito un grupo de personas que posean la misma "característica" (síndrome clínico, historia personal, etc.), para posteriormente evaluar su relación con otras variables.

En el presente proyecto, además del grupo clave (grupo con TCA), al cual se le administró el BDI-II, se localizó un segundo grupo de personas no hospitalizadas. Este segundo grupo, denominado grupo de cuasicontrol, se asemeja al grupo clave en las restantes condiciones (sexo, edad y nivel de estudios), a fin de controlar otras variables que podrían estar relacionadas con el fenómeno a investigar. Para recolectar los datos del grupo clave, se concurrió a los Consultorios Externos de Admisión del Servicio del Hospital Nacional Clínicas. Una vez identificadas y diagnosticadas las personas que padecían TCA, se les informó sobre el pre-

sente proyecto de investigación y, luego de haber obtenido su consentimiento, se administró el inventario BDI-II en un consultorio contiguo.

En cuanto al grupo de cuasicontrol, se solicitó autorización para administrar el BDI-II y el CESIM en diferentes facultades de la Universidad de Córdoba y en colegios secundarios. Luego de comentar los fines de la investigación y de que los participantes brindaran su consentimiento informado, se administraron ambas escalas: el CESIM, con el objeto de identificar participantes con alta probabilidad de padecer algún tipo de sintomatología mental (puntuaciones superiores al percentil 75), y el BDI-II para evaluar la existencia de sintomatología depresiva y para realizar posteriormente comparaciones con el grupo clave.

Aunque los diseños *ex post facto* poseen la limitación de no permitir contrastar hipótesis causales, toda vez que no hay asignación al azar ni manipulación de las variables (León y Montero, 2003), permiten sin embargo realizar inferencias al trabajar directamente en el campo, aumentando así la validez externa del estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 2001).

RESULTADOS

En primera instancia, se efectuaron pruebas de ajuste con el propósito de determinar la equivalencia entre los grupos en lo concerniente a las variables sociodemográficas, tal como sugieren Clingempeel, Henggeler y Britt (2008). De esta manera, se efectuaron pruebas chi cuadrada para eva-

luar la equivalencia entre los grupos en cuanto a las variables de nivel de estudios (secundarios y universitarios) y grupo etario de los participantes (adolescentes y adultos). No se obtuvieron resultados significativos en la primera variable nivel ($\chi^2 = 0.00$, $gl = 1$, $p > 1$), pero sí al considerar el grupo etario ($\chi^2 = 11.16$, $gl = 1$, $p < 0.01$). No obstante, cabe señalar que al calcular el tamaño del efecto mediante el estadístico *phi* de Cramer (ϕ_c), no se observó un efecto grande ($\phi_c = .37$).

Para evaluar la existencia de una asociación significativa entre los síntomas depresivos y la presencia de TCA, se realizó una prueba χ^2 de independencia utilizando el programa SPSS, versión 11.5, apreciándose una asociación significativa entre las variables ($\chi^2 = 40.93$, $gl = 3$, $p < 0.00$). A continuación se procedió a estimar el ϕ_c para obtener una medida del tamaño del efecto, obteniéndose $\phi_c = .71$, lo que indica un tamaño del efecto grande cuando se consideran las reglas de Cohen para dicho estadístico (valores superiores a .35 con tres grados de libertad).

Posteriormente, se procedió a realizar un estudio con el objeto de determinar en qué síntomas específicos se observaba comorbilidad. Para ello, se realizaron sucesivas pruebas *t* de Student para muestras independientes, comparando la magnitud de los síntomas depresivos entre participantes con y sin TCA. Adicionalmente, se calculó el tamaño del efecto de las diferencias observadas mediante el estadístico *d* de Cohen. Los resultados obtenidos se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2. Diferencias en síntomas depresivos entre participantes con y sin TCA.

SÍNTOMA DEPRESIVO	Grupos				<i>t</i>	sig.	<i>d</i>
	Con TCA		Sin TCA				
	M	DT	M	DT			
Tristeza	1.05	0.85	0.20	0.56	5.29	0.00	1.00
Pesimismo	0.88	0.91	0.25	0.59	3.64	0.00	0.69
Fracaso	1.13	1.02	0.45	0.68	3.49	0.00	0.66
Pérdida de placer	1.30	0.76	0.30	0.52	6.90	0.00	1.32
Sentimiento de culpa	1.33	0.80	0.73	0.51	4.02	0.00	0.75
Sentimientos de castigo	1.30	1.36	0.30	0.61	4.24	0.00	0.73
Disconformidad con uno mismo	1.93	1.07	0.38	0.77	7.42	0.00	1.45
Autocrítica	1.70	0.88	0.80	0.82	4.72	0.00	1.02

Continúa...

Pensamientos suicidas	0.78	0.77	0.20	0.41	4.19	0.00	0.75
Llanto	1.55	0.93	0.85	1.03	3.19	0.00	0.75
Agitación	1.13	1.14	0.65	0.77	2.19	0.03	0.42
Pérdida de interés	1.53	1.09	0.75	0.49	4.11	0.00	0.71
Indecisión	1.43	1.13	0.85	0.95	2.47	0.02	0.51
Desvalorización	1.53	1.01	0.38	0.74	5.80	0.00	1.14
Pérdida de energía	1.33	0.89	0.68	0.69	3.65	0.00	0.73
Cambios en los hábitos de sueño	1.40	0.96	1.03	0.73	1.97	0.05	0.39
Irritabilidad	1.18	0.93	0.53	0.60	3.72	0.00	0.70
Cambios de apetito	1.70	1.07	0.53	0.60	6.07	0.00	1.10
Dificultad de concentración	1.53	0.93	0.93	0.89	2.95	0.00	0.64
Cansancio o fatiga	1.38	0.77	0.98	0.77	2.32	0.02	0.52
Pérdida de interés sexual	0.80	0.94	0.20	0.46	3.62	0.00	0.64

gl = 78; N = 40 cada grupo.

Considerando las reglas del tamaño del efecto de Cohen, se estableció el valor $d = .80$ como punto de corte para considerar como “grande” el tamaño del efecto (Aron y Aron, 2001). De esta manera, los síntomas depresivos que se observan con mayor magnitud en pacientes con TCA son los de disconformidad con uno mismo ($d = 1.45$), pérdida de placer ($d = 1.32$), desvalorización ($d = 1.14$), cambios de apetito ($d = 1.10$), autocrítica ($d = 1.02$) y tristeza ($d = 1.00$).

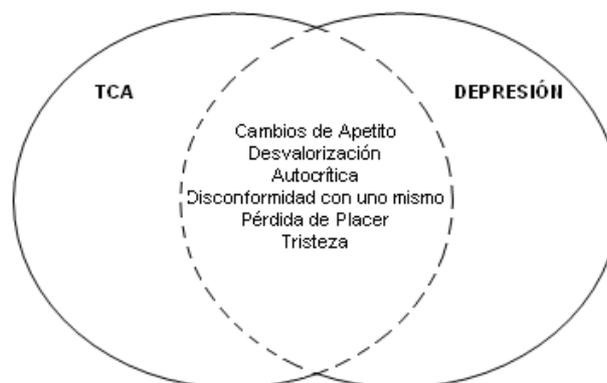
DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos resultan coherentes con las investigaciones reportadas en la literatura científica (Quiroga y Cryan, 2005; Sepúlveda y cols., 2001). De hecho, hay efectivamente una asociación entre los TCA y los síntomas depresivos. Según los resultados, las pacientes con TCA –ya sea

bulimia o anorexia nerviosa– sufren una mayor cantidad de síntomas depresivos que las personas sin trastornos psicológicos, verificando así que las mujeres que padecen TCA manifiestan a su vez depresión. Cabe señalar que 72.5% de las participantes del grupo clave tenían un diagnóstico de bulimia, por lo cual los resultados no se pueden hacer extensivos a todos los TCA.

A partir de los resultados obtenidos en el presente estudio, es posible derivar algunas implicaciones teóricas y prácticas, así como futuras líneas de trabajo destinadas a superar las limitaciones de la presente investigación. Respecto a los aportes de orden conceptual, cabe señalar que a partir de los resultados obtenidos se obtuvo información importante respecto a los síntomas específicos en los que se observa comorbilidad (Figura 1), vislumbrándose así las manifestaciones depresivas de mujeres que padecen TCA.

Figura 1. Síntomas comórbidos entre TCA y depresión.



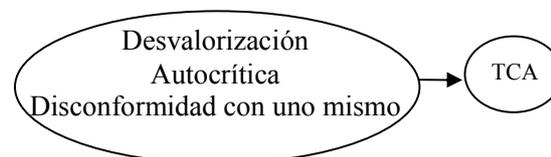
De esta manera, estos resultados sugieren que hay una asociación entre TCA y depresión, la que puede observarse principalmente en los síntomas de cambio de apetito, desvalorización, autocrítica, disconformidad con uno mismo, pérdida de placer y tristeza; sin embargo, no es posible establecer a partir del presente trabajo la direccionalidad de las relaciones, esto es, si los síntomas depresivos conllevan la aparición de TCA, o bien si la aparición de TCA deriva en el desarrollo de los síntomas depresivos mencionados.

Respecto a este punto, Quiroga y Cryan (2005) sostienen que no hay acuerdo respecto a la direccionalidad de la relación entre ambos cuadros. Mientras que algunos pacientes comunican que los síntomas depresivos surgen como producto de los TCA –dado que la sensación de perder el control sobre la propia alimentación aumenta la sintomatología depresiva–, otros pacientes reportan que los síntomas depresivos preceden a los TCA, comunicando que el desprecio por el propio cuerpo provoca disturbios en la conducta alimentaria (Daley y cols., 2008; Etxeberria y cols., 2002). Aunque es necesario llevar a cabo estudios más controlados tendientes a evaluar estos factores, podría plan-

tearse una explicación tentativa sobre la relación entre ambas entidades. En efecto, a partir de los resultados obtenidos y considerando los estudios antecedentes, puede hipotetizarse que algunos síntomas depresivos favorecen la aparición del TCA, y que a su vez otros síntomas depresivos surgen como consecuencia del TCA (Bardone-Cone y cols., 2009; Curial y Repila, 1997; Salazar, 2008).

Como señalan Sepúlveda, Botella y León (2001), la distorsión en la imagen corporal constituye uno de los factores de mayor peso para explicar la aparición de TCA. Según los estudios metaanalíticos efectuados por dichos autores, la distorsión en la imagen corporal explica en gran medida la existencia de anorexia y bulimia nerviosa en adolescentes (con medidas de tamaño del efecto de $d = .54$ y $d = 1.01$, respectivamente). Asimismo, diferentes estudios empíricos señalan que la autodesvalorización y la percepción negativa de sí mismo constituyen factores predictores de TCA (Bardone-Cone y cols., 2009; Demidenko y cols., 2010). De esta manera, cabe suponer que los síntomas depresivos relacionados con la desvalorización, la autocrítica y la disconformidad con uno mismo favorecen la aparición de estos trastornos (Figura 2).

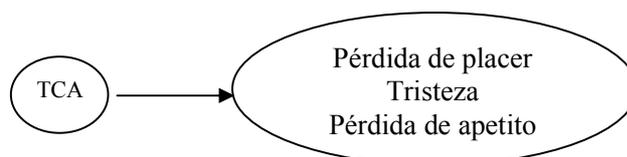
Figura 2. Relación causal hipotetizada entre síntomas depresivos antecedentes y TCA.



Por otra parte, podría suponerse que los sentimientos de pérdida de apetito, tristeza y pérdida de placer surgen como consecuencia del TCA; es

decir, una vez desarrollado el TCA aumenta la sintomatología depresiva (Salazar, 2008; Troop y cols., 2001). Tal relación se representa en la Figura 3.

Figura 3. Relación causal hipotetizada entre TCA y síntomas depresivos consecuentes.



Esta manera de comprender la relación entre los síntomas depresivos y el TCA hace posible conge-
niar dos posicionamientos teóricos habitualmente

enfrentados. Por un lado, los autores que sostienen que los síntomas depresivos favorecen la aparición del TCA (Curial y Repila, 1997; Grilo, 2002;

Sierra, 2005) y los que afirman que aquellos son consecuencias de este (Gargallo y cols., 2003; Quiroga y Cryan, 2005). En otras palabras, podría plantearse como futura hipótesis de trabajo que algunos síntomas depresivos (desvalorización, auto-crítica y disconformidad con uno mismo) favorecen la aparición del TCA, y otros síntomas depresivos (pérdida del placer, tristeza y pérdida del apetito) constituyen una consecuencia del TCA. No obstante, cabe destacar que esta es solamente una hipótesis que debe ser evaluada en futuras investigaciones, dado que el presente diseño de investigación no permite aseverar la existencia de relaciones causales entre las variables, ni tampoco la antecesión temporal entre ellas.

Respecto a las implicancias prácticas del presente estudio, cabe señalar que se aporta evidencia empírica a favor de la perspectiva dimensio-

nal, la cual sostiene que los límites entre entidades psiquiátricas no son tan definidos (Cía, 2004). Si bien el uso de delimitaciones sindrómicas acotadas por límites precisos favorece la comunicación y el consenso entre profesionales, también puede limitar la visión del amplio rango de presentaciones clínicas que ofrecen los pacientes reales. De esta manera, la evidencia obtenida sugiere la adopción de un modelo de intervención basado en la atención global e integral de los pacientes. Dicho de otro modo, ningún síntoma padecido por el paciente debe parecer ajeno a la incumbencia o responsabilidad del psicólogo o profesional a cargo (Kleine, 2008). Ello implica asumir la responsabilidad del bienestar general del paciente manteniendo una visión holística e integral de su salud, lo que exige un trabajo interdisciplinario e interconsultas permanentes entre los profesionales.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (texto revisado) Barcelona: Masson.
- Aron, A. y Aron, E. N. (2001). *Estadística para psicología*. Buenos Aires: Pearson Education.
- Aubalat L., P., Quiles M., Y. y Castaño M., B. (2011). Conductas alimentarias de riesgo en una muestra de 2,142 adolescentes. *Medicina Clínica*, 136(4), 139-143.
- Bardone-Cone, A.M., Schaeffer, L.M., Maldonado, R.C., Fitzsimmons, E.E., Harney, M., Lawson, M.A., Robinson, P.D., Tosh, A. y Smith, R. (2009). Aspects of self-concept and eating disorder recovery: What does the sense of self look like when an individual recovers from an eating disorder? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(7), 821-846.
- Beck, A., Rush, J.A., Shaw, B.F y Emery, G. (2003). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A., Sterr, R. A. y Brown, G.K. (2006). *Inventario de Depresión de Beck*. Buenos Aires: Paidós.
- Brenlla, M.E. y Rodríguez C., M. (2006). Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). En A. Beck, R. A. Sterr y G. K. Brown (Eds.): *Inventario de Depresión de Beck*. Buenos Aires: Paidós.
- Carretero G., A., Planell L., S., Estregués J., R., Raich R., M. y Carracedo D., S. (2009). Relevancia de factores de riesgo, psicopatología alimentaria, insatisfacción corporal y funcionamiento psicológico en pacientes con TCA. *Clínica y Salud: Revista de Psicología Clínica y Salud*, 20(2), 145-157.
- Chávez F., A. y Caballero R., A. (2008). Sintomatología obsesivo-compulsiva con trastornos de la conducta alimentaria: una muestra de pacientes mexicanas. *Liberaddictus*, 102, 3-8.
- Cía, A. (2004). *Trastorno de ansiedad social*. Buenos Aires: Polemos.
- Clingempeel, W.G., Henggeler, S.W. y Britt, S.C. (2008). Beyond treatment effects: Comorbid psychopathologies and long-term outcomes among substance-abusing delinquents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(1), 29-36.
- Curial D., J. y Repila B., A. (1997). Estudio de variables relacionadas con la alexitimia en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 5(10).
- Daley, K.A., Jimerson, D.C, Heatherton, T.F., Metzger, E.D. y Wolfe, B.E. (2008). State self-esteem ratings in women with bulimia nervosa and bulimia nervosa in remission. *International Journal of Eating Disorders*, 41,159-163.
- Demidenko, N., Tasca, G.A., Kennedy, N. y Bissada, H. (2010). The mediating role of self-concept in the relationship between attachment insecurity and identity differentiation among women with an eating disorder. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(10), 1131-1152.
- Etxeberria, Y., González, N., Padierna, J.A., Quintana, M.J. y Ruiz de Velasco, I. (2002). Calidad de vida en pacientes con trastornos en de alimentación. *Psicothema*, 14(2), 399-404.
- Feinstein, A. (1970). The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *Journal Chronic Diseases*, 23, 455-468.

- García V., I., Badía C., A., Fernández A., F., Jiménez M., S., Turón G., V. y Vallejo R., J. (en prensa). Characteristics of bulimic patients whose parents do or do not abuse alcohol. *Eating and Weight Disorders*.
- Gargallo M., M., Aranda F., F. y Raich R., M. (2003). Bulimia nerviosa y trastornos de la personalidad. Una revisión teórica de la literatura. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(2), 335-349.
- Grasso, L. y Buriyovich, J. (1993): *Cuestionario Epidemiológico de Sintomatología Mental (CESIM)*. Córdoba (Argentina): Dirección General de Salud Mental de la Provincia de Córdoba.
- Grilo, C.M. (2002). Recent research of relationships among eating disorder and personality disorders. *Currents Psychiatry*, 4(1), 18-24.
- Hernández S., R., Fernández C., C. y Baptista L., P. (2001). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Herrero G., S. (2007). *Prevalencia de trastornos psicopatológicos en menores de 21 años que consultaron al Servicio de Psicopatología del HNC*. Tesis inédita de Licenciatura en Psicología. Córdoba (Argentina): Universidad Nacional de Córdoba.
- Hogan, T.P (2004). *Pruebas psicológicas*. México: El Manual Moderno.
- Klein, D.N. (2008). Classification of depressive disorders in the DSM-V: Proposal for a two-dimension system. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(3), 552-560.
- León O., G. y Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en psicología y educación* (3ª ed.). Madrid: McGraw-Hill.
- Montero, I. y León O., G. (2007). Guía para nombrar los estudios de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Quiles M., Y., Perol C., M.C. y Quiles S., M.J. (2002). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(2), 313-333.
- Quiroga, S. y Cryan, G. (2005). Comparación de la evolución clínica de la depresión en dos tipos de abordaje terapéutico para adolescentes tardías con trastornos en la alimentación. *Fundamentos en Humanidades*, 1(10), 103.
- Raffi, A.R., Rondini, M., Grandi, S. y Fava, A. (2000). Life events and prodromal symptoms in bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 30, 727-731.
- Salazar M., Z. (2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Reflexiones*, 87(2), 67-80.
- Sepúlveda A., R., Botella, J. y León, A. (2001). La alteración en la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. *Psichotema*, 13(1), 7-16.
- Sierra P., M. (2005). La bulimia nerviosa y sus subtipos. *Diversitas*, 1(1), 79-87.
- Torres P., I., Río S., C. y Borda M., M. (2008). MCMI-II borderline personality disorder in anorexia and bulimia nervosa. *Psichotema*, 20(1), 138-143.
- Troop, N., Serpell, L. y Treasure, J.L. (2001). Specificity in the relationship between depressive and eating disorder symptoms in remitted and nonremitted women. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 306-311.
- Varela C., P., Maldonado, M.J. y Ferre, F. (2011). Estudio de los perfiles clínicos de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria en dispositivos específicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(1), 12-19.
- Westen, D. (2001). Personality profiles in eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 547-562.