



PONTIFICIA **UNIVERSIDAD CATÓLICA** DEL PERÚ

Esta obra ha sido publicada bajo la licencia Creative Commons
Reconocimiento-No comercial-Compartir bajo la misma licencia 2.5 Perú.

Para ver una copia de dicha licencia, visite
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS
ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA**



**SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y RIESGO PARA
DESARROLLAR UN TRASTORNO ALIMENTARIO EN MUJERES
ADOLESCENTES UNIVERSITARIAS Y PREUNIVERSITARIAS**

**Tesis para optar por el Título de Licenciada en Psicología con mención en
Psicología Clínica**

Lorena Rodríguez Cuadros

**Lima, Perú
2008**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar la relación entre la sintomatología depresiva y el riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en 188 mujeres adolescentes entre 16 y 20 años. Éstas fueron seleccionadas a partir de un muestreo no probabilístico de tipo accidental. En su totalidad, la muestra estuvo conformada por 188 estudiantes de la universidad y de la academia preuniversitaria seleccionadas. En el caso de las adolescentes de la universidad, éstas se encontraban cursando los primeros ciclos. Además, se analizaron los niveles de ambos constructos en la muestra y su relación con determinadas variables sociodemográficas. Con estos fines, se utilizaron tres instrumentos: el Inventario de Depresión de Beck – Segunda Edición de Beck (1996), el Inventario sobre Trastornos Alimentarios de Hartley (1999) y una encuesta sociodemográfica construida para esta investigación que preguntaba por las siguientes variables: edad, sexo, lugar de procedencia, centro de estudio, personas con las que vive, peso y talla.

Los resultados mostraron que, en cuanto a la sintomatología depresiva, la media hallada en la muestra fue de 10.64, la cual la ubica en un nivel mínimo. Además, se encontró que 84.57% de las evaluadas no se encuentra en riesgo para desarrollar un cuadro depresivo mientras que un 15.43% sí lo está. En cuanto a las conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario, la media hallada en la muestra fue de 101.99, la cual la ubica dentro del rango para ser considerada No Riesgo, presentando 38.3 % Riesgo 1 y 15.4 % Riesgo 2 para sufrir un trastorno alimentario.

En cuanto a la correlación entre ambos constructos, ésta demostró ser, según el criterio de Cohen: positiva, significativa y grande. Es decir, mientras más alto es el nivel de

sintomatología depresiva, mayor es nivel de conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario.





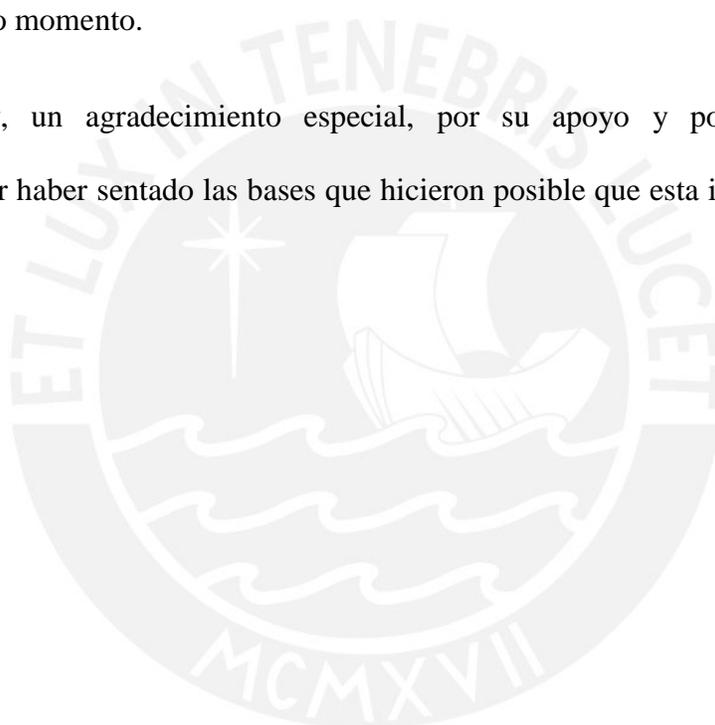
**A mis padres, Willy y Rose Mary,
por haberme permitido elegir este
camino, brindándome su apoyo a lo largo
de estos años, y a mi
abuelito Rodolfo.
A Jando, por su amor y su apoyo
incondicional ...**

AGRADECIMIENTOS

A Mónica Cassaretto, por haber sido más que mi asesora de tesis, mostrando en todo momento interés, dedicación, paciencia y confianza... Por los conocimientos compartidos... Por sus ánimos y su aliento a lo largo de este proceso.

A Diego Guerero, por su valiosa ayuda en la parte estadística y por su disposición y ganas de ayudar en todo momento.

A Joan Hartley, un agradecimiento especial, por su apoyo y por su experiencia compartida... Por haber sentado las bases que hicieron posible que esta investigación fuera llevada a cabo.



INTRODUCCIÓN

Nos encontramos dentro de un contexto en el que la preocupación por la figura y “mantener la línea” se hace cada vez mayor. Debido a ello, muchas personas se encuentran decididas a poner en práctica diferentes conductas, incluso aquellas que pueden poner en riesgo sus vidas, con el objetivo de lucir delgadas y, por ende, cumplir con el ideal impuesto por la sociedad. Así, vemos que los medios de comunicación así como informan acerca de estas conductas y los trastornos asociados, invaden al público con publicidad que les ofrece éxito y felicidad por medio de un cuerpo inasequible o casi perfecto (Rivarola, 2003).

Es en este panorama donde resulta importante hablar de los trastornos alimentarios que son entidades clínicas con implicancias físicas, psicológicas y sociales que afectan tanto el bienestar emocional como el desempeño académico, profesional y social, especialmente en las mujeres (APA, Siglas para la Asociación Psiquiátrica Americana, 2002, Papalia, Wendkos y Duskin, 2005, Tannehaus, 1997; Zusman, 1999).

Los trastornos alimentarios se caracterizan por un comportamiento alimentario perturbado y una alteración de la percepción de la forma y el peso corporal, además de una preocupación excesiva hacia los alimentos y un intenso temor a engordar (APA, 2002). Si bien, existen quienes llegan a cumplir con todos los criterios necesarios, según el DSM IV TR (APA, 2002) para determinarse la presencia de algún trastorno alimentario, existe un grupo mayor de personas que presentan ciertas conductas cuya presencia las coloca en situación de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario.

Por otro lado, la depresión mayor es un trastorno del estado de ánimo con consecuencias graves para la persona, entre las cuales, encontramos como la más alarmante

el suicidio. Además, otras de las consecuencias son la presencia de dificultades familiares, laborales y sociales (APA, 2002; Barlow, 2001; Saranson y Saranson, 2006).

Al igual que con los trastornos alimentarios, existen quienes a pesar de no llegar a cumplir con todos los criterios que propone el DSM IV TR (APA, 2002) para ser considerado un cuadro de depresión mayor o distímico, presentan sintomatología depresiva que los hace vulnerables a desarrollar estos cuadros clínicos. Es importante mencionar que, en la población adolescente de nuestro medio, el episodio depresivo es el trastorno clínico más frecuente (Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”, 2002).

Para las adolescentes, este periodo del ciclo de la vida, las enfrenta al riesgo de padecer tanto un trastorno alimentario como uno depresivo. Esto, debido a que en la adolescencia se busca definir una identidad en medio de cambios de todo tipo como lo son los cognitivos, los sociales y, sobretudo, los físicos (Erikson, 1974; Papalia et. al., 2005). Estos cambios pueden aparecer de manera brusca, sin que las adolescentes perciban control sobre ellos y es, en este panorama, que el incremento de la grasa corporal, que es un suceso natural, puede convertirse en una “tortura” para quienes tratan de mantener una figura “adecuada”, es decir, sumamente delgada, ya que consideran que esto es esencial para sentirse bien y para ser aceptadas dentro de su entorno social (Gilligan, 1982; Graber y Brooks-Gunn, 2001; Zusman, 1999). Así, este hecho, las podrá llevar a incurrir en conductas que las colocan en riesgo para desarrollar un trastorno alimentario

En medio de este proceso, también es común que la inestabilidad emocional por la que pasan, las lleve a presentar momentos depresivos muy significativos que deben ser tomados en cuenta (Papalia et. al., 2005; Zusman, 1999). Así, Weissman (1986) enfatiza

que la llegada de la pubertad moviliza en las adolescentes los aspectos psicológicos más profundos de sí mismas y las confronta con estados de ánimo variables que son difíciles de comprender para ellas y para quienes las rodean y este hecho se sitúa en medio de diversas exigencias que deben atender (citado en Zusman, 1999).

Consideramos de suma importancia estudiar en población adolescente femenina si la presencia de sintomatología depresiva se encuentra asociada al riesgo para desarrollar un trastorno alimentario. Este tema es especialmente relevante, si consideramos que existe evidencia que apoya la idea de que, tanto los trastornos alimentarios como la depresión, se vienen dando con una frecuencia mucho más elevada que antes y que, en muchos casos, ambos se encuentran relacionados (Fairburn y Cooper, 1984; Izabela, 2006; Lisa, 2004; Nolen-Hoeksema, Stice, Wade y Bohon, 2007; Tannenhaus, 1997; Wachter, 2005; Zusman, 1999).

El riesgo en el que se encuentra la persona que presenta ambos cuadros es bastante alto. Es por esto que nos interesa saber si, en la población estudiada, estas variables se encuentran relacionadas ya que, de ser así, estos resultados podrían tener un gran impacto, no solo en la intervención y en el tratamiento, sino más que nada en la prevención de estos cuadros y sus consecuencias.

De todo lo visto, nos surge la pregunta de si ¿Existe relación entre la sintomatología depresiva y el riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en mujeres adolescentes entre 16 y 20 años?

De esta pregunta, se desprende el objetivo principal de esta investigación que es determinar si existe relación entre la sintomatología depresiva y el riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en mujeres adolescentes entre 16 y 20 años.

Para realizar esta investigación, se ha buscado información acerca de las variables mencionadas y se ha elaborado un marco teórico que contiene información acerca de la adolescencia, de la depresión en mujeres y en adolescentes, de los trastornos alimentarios, de los trastornos alimentarios en adolescentes y de la relación que se viene encontrando entre las variables de estudio. Como segundo capítulo, se encuentra la metodología en la que se explica el tipo y el diseño de la investigación, los participantes y el procedimiento empleado para llevar a cabo la investigación. Como tercer capítulo, se encuentran los resultados obtenidos luego de haber analizado los datos. Finalmente, como cuarto capítulo, se encuentra la discusión de los resultados obtenidos en la que se incluyen las conclusiones y las sugerencias que surgen a partir de esta investigación.

Es importante mencionar que la información que surge a partir de esta investigación, busca brindar un aporte útil a los estudios en salud mental en las adolescentes mujeres de nuestro medio.

Capítulo 1

LA ADOLESCENCIA

1.1. *Adolescencia: Aspectos básicos*

En las sociedades industriales modernas, el paso de la niñez a la edad adulta, se encuentra marcado por un periodo de transición del ser humano conocido como adolescencia. Ésta, es una etapa del desarrollo que entraña importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales, cuya interrelación dependerá del contexto en que aparezca. Por ello, la adolescencia es una construcción social, un concepto cuyo significado depende de la forma en que lo defina cada cultura. (Papalia et. al., 2005).

Krauskopf (1999) citado en Green y Sánchez (2007) define la adolescencia como:

“el período crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio”.

Por lo general, se considera que la adolescencia empieza con la pubertad, siendo esta, el proceso que conduce a la madurez sexual, es decir, a la capacidad para reproducirse. La adolescencia se desarrolla de los 11 ó 12 años a los 19 ó 20. En este periodo se replantea la definición personal y social del ser humano, por medio de una segunda individuación que moviliza procesos de exploración, diferenciación del medio familiar, búsqueda de pertenencia y sentido de vida. Esta situación se hace crítica en los tiempos actuales, pues los y las adolescentes son los portadores de los cambios culturales. Demandan, para el medio adulto, una reorganización de esquemas psicosociales que incluyen el establecimiento de nuevos modelos de autoridad y metas innovadoras de desarrollo. De no

darse ésta en condiciones adecuadas, las nuevas interacciones personales y sociales pueden favorecer la emergencia de riesgos y daños (Krauskopf, 1994; Santrock, 2006; Papalia et al., 2005).

Krauskopf (1995) plantea que existen tres fases en la adolescencia. La fase temprana se da entre los 10 y 13 años y tiene como característica principal la preocupación por lo físico y lo emocional. Durante esta fase, los adolescentes atraviesan una etapa de duelo por el cuerpo y por la pérdida de la relación infantil con los padres. Además, se da una reestructuración del esquema y de la imagen corporal; y los adolescentes deben ajustarse a los cambios sexuales y físicos que se van dando en ellos. Por otro lado, las relaciones grupales se sostienen, básicamente, con personas del mismo sexo. Es aquí donde se dan movimientos de regresión y avance en la exploración y el abandono de la dependencia.

La fase intermedia tiene lugar entre los 14 y 16 años. Ésta tiene como principal característica la preocupación por la afirmación personal social del joven. Por eso, en esta fase se encuentra la diferenciación del adolescente de su grupo familiar, el deseo de afirmar su atractivo sexual y social; y la emergencia de los impulsos sexuales. Por otro lado, al empezar a explorar sus capacidades personales, van tomando conciencia de sus gustos por lo cual se interesan por nuevas actividades. Asimismo, en esta fase adquieren y desarrollan la capacidad de situarse frente al mundo y ante sí mismos; y se cuestionan una serie de aspectos comportamentales y posiciones previas. Además, los grupos de pares pasan a ser heterosexuales. Todo esto se enmarca dentro de un proceso de búsqueda de autonomía por parte del adolescente (Carvajal, 1993; Papalia et. al., 2005).

Finalmente, encontramos la adolescencia tardía. Ésta, tiene lugar entre los 17 y los 19 años ó 20 años y tiene como característica principal la preocupación por lo social. En esta fase, se da un gran avance en la elaboración de la identidad y tiene lugar la búsqueda de afirmación del proyecto personal-social. Aquí, se desarrolla una reestructuración de las relaciones familiares y las relaciones de pareja pasan a ser diferenciadas y a tener intimidad. En cuanto al ámbito social, el adolescente va explorando opciones sociales y se forman grupos afines en lo laboral, educacional y comunitario. En sus relaciones, existe la capacidad de autocuidado y de cuidado mutuo (Krauskopf, 1995).

Para que el adolescente se convierta en adulto, es necesario que cumpla diversas tareas psicosociales, que surgen como producto de las necesidades del individuo y de las demandas de la sociedad (Rice, 1997). Dentro de estas tareas, encontramos el logro de la identidad del yo, la aceptación de sus propias características físicas y la utilización su cuerpo en forma efectiva. Además, encontramos el logro de la independencia emocional de los padres. Otra de las tareas es la elaboración del proyecto de vida que implica reconocer las propias potencialidades y necesidades en un hacer posible y dependiente del individuo mismo, esto es su proyecto de vida, lo que hace que el adolescente se aboque, aunque no siempre consciente de todas las implicancias de lo que hace, a una búsqueda de sentimientos, valores y actitudes que lo reflejan en un ahora proyectado hacia el futuro; en un sí mismo proyectado hacia los demás. Encontramos también, el establecimiento de relaciones estables que involucran tanto ternura como amor sexual y el logro de una identidad sexual y de género más definida (Krauskopf, 1995).

Dentro de las tareas mencionadas, la primordial es lograr la identidad del yo. Carvajal (1993) menciona que, hacia el final de la adolescencia, el futuro adulto ya ha

adquirido su identidad y con ella también su idea del lugar que le gustaría ocupar en la sociedad que lo rodea. Para Erikson (1974) la identidad es

"la experiencia interna de mismidad, de ser nosotros mismos en forma coherente y continua, a pesar de los cambios internos y externos que enfrentamos en nuestra vida".

Es decir, significa saber quiénes somos y cómo encajamos en el resto de la sociedad. Este proceso tiene carácter subjetivo para el cual se toman en cuenta diversos procesos que le dan características individuales y formas de expresión de cada persona, entre ellos: conformaciones intrapsíquicas de la personalidad, la elaboración por el cuerpo y el rol infantil, el desprendimiento de las figuras parentales y lo que estas representaban, factores de género y antecedentes culturales. Estos elementos se conjugan en este momento específico para ofrecer un nuevo sentido de orientación a la vida del y la adolescente.

La identidad exige que tomemos todo lo que hemos aprendido acerca de la vida y de nosotros mismos, y lo moldeemos en una autoimagen unificada, una que nuestra sociedad considere significativa. En contraposición, puede darse la confusión de roles que implica que no sepamos cuál es nuestro lugar dentro de la sociedad y del mundo. Erikson (1974) menciona la importancia de una “moratoria psicosocial”, animando a los adolescentes a dejar por un momento todas las obligaciones y darse un tiempo para buscarse a sí mismos y darse cuenta de qué es lo que desean en sus vidas. Por norma, tendemos a conseguir el “éxito” demasiado deprisa, aunque en realidad no nos hayamos detenido a pensar qué significa el éxito para nosotros.

En la actualidad, el paso del colegio a la universidad es tan brusco que no les permite a los adolescentes tener un tiempo para pensar. Como muestra, vemos que existen casos de adolescentes que ingresan a la universidad antes de haber terminado el colegio.

Esto trae como consecuencia, muchas veces, que los adolescentes universitarios tengan dudas y para qué se encuentran en la universidad, pudiendo llegar a concluir que sólo están tratando de llenar las expectativas de otros (de los padres, de la sociedad, etc.), olvidando cuáles son los deseos propios. En este contexto es que se asume que por norma, los adolescentes deben ingresar a la universidad saliendo el colegio, sin tomar en cuenta que existen muchas otras opciones.

Para tener una mejor comprensión de la adolescencia es importante considerar cómo es la evolución del pensamiento en esta etapa. Elkind (1997) identificó que los adolescentes presentan comportamientos y actitudes inmaduras que pueden surgir como resultado de las primeras incursiones de los jóvenes en el pensamiento abstracto. Es así que ellos creerán que lo saben todo, que son invulnerables, que todos los observan y que “el mundo gira a su alrededor”. Además, menciona que las características de su pensamiento son el idealismo y el carácter crítico; la dificultad para tomar decisiones, incluso en temas que más adelante podrían resultar sencillos; así como la tendencia a discutir, sobretodo con los adultos, la cual se encuentra asociada a la búsqueda de fallas en la autoridad. Además, encontramos como características de este pensamiento la hipocresía aparente y la creencia de que son invulnerables ante ciertos riesgos. Estas características resultan importantes ya que, por ejemplo, una persona que presenta síntomas de un trastorno alimentario, podrá creer que estas conductas no tendrán consecuencias negativas en ellas ya que se sentirán invulnerables y pensarán que tienen el control de la situación, corriendo el riesgo de que estas conductas se vuelvan cada vez mayores en intensidad y frecuencia. Además, el encontrarse de alguna manera, en oposición con los padres y las figuras de autoridad, las

llevará a callar los síntomas que presentan sin mostrar la confianza necesaria hacia quienes podrían brindarles ayuda.

1.2 *Depresión y sintomatología depresiva en mujeres*

La depresión mayor es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos. Es un desorden altamente tratable, sin embargo, según la OMS (Siglas para la Organización Mundial de la Salud, 2008) la depresión es la principal causa de discapacidad. En la actualidad, 121 millones de personas sufren depresión y la carga que representan las enfermedades depresivas está aumentando (OMS, 2008). La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en la población general, con una prevalencia de vida del 15%, siendo más alta en mujeres (Kaplan, 1996).

En nuestro medio, hablando de la población adulta, la prevalencia de vida, es decir, el porcentaje de personas que ha presentado trastornos depresivos en general (depresión mayor y distimia) en algún momento de su vida es de 19.0% en total, 14.5% en hombres y 23.3% en mujeres. Además, la prevalencia de seis meses, es decir, el porcentaje de personas que ha presentado estos trastornos en los últimos seis meses, es de 10,6%, 6.6% en hombres y 13.7% en mujeres. Finalmente, la prevalencia actual de los trastornos mencionados es de 6,7% en total, 3,0% en hombres y 10.2% en mujeres. Este porcentaje se refiere a quienes se encuentran presentando el cuadro al momento de ser evaluados.

Es importante mencionar que el desorden clínico más frecuente es el episodio depresivo, con una prevalencia de vida de 18.2% (13.5% en hombres y 22.6% en mujeres), una prevalencia de seis meses de 9.5% (5.6% en hombres y 13.3% en mujeres) y una

prevalencia actual de 6.6% (3.0% en hombres y 10.1% en mujeres) (Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi, 2002).

La característica principal de un episodio depresivo mayor es la presencia de un estado de ánimo deprimido y una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Este estado de ánimo es descrito por el sujeto como triste, deprimido, desesperanzado o desanimado. Además, se deben presentar por lo menos cuatro síntomas dentro de una lista en la que se encuentran: cambios de apetito o peso; alteraciones en el sueño (la más usual es el insomnio) y en la actividad psicomotora (que incluyen agitación o enlentecimiento); falta de energía; sentimientos de culpa que pueden implicar evaluaciones negativas no realistas del propio valor ó preocupaciones y rumiaciones de culpa referidas a errores pasados. Las personas que lo presentan suelen malinterpretar los acontecimientos cotidianos neutros o triviales, tomándolos como prueba de sus defectos personales, y suelen tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades, llegando a distorsionar sus experiencias, incluso las positivas, para que coincidan con la creencia que tienen de que hagan lo que hagan fracasarán (Halguin y Whitbourne, 2004). Entre los síntomas, encontramos también dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida o planes o intentos suicidas (Beck, 1996). Estos síntomas deben mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas, y el episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (APA, 2002).

Este trastorno puede causar grandes impedimentos tanto en la vida social como en la física y es un factor precipitante del suicidio. Ha sido asociado con altos costos médicos,

gran discapacidad, pobre autocuidado y adherencia a regímenes médicos (Barlow, 2001; Halguin y Whitbourne, 2004; Kaplan, 1996; Katon y Sullivan, 1990; Saranson y Saranson, 2006)

Es importante mencionar que no todos los individuos con ánimo decaído llegan a cumplir con los criterios que el DSM IV TR (APA, 2002) propone para diagnosticar un trastorno depresivo. Sin embargo, puede que sí cumplan con algunos de los criterios, situación que los pone en gran riesgo para sufrir este trastorno, y sus terribles consecuencias, si es que no reciben una atención adecuada. Es justamente en estas personas en las que la prevención juega un rol fundamental para evitar el desarrollo de este cuadro.

Brenlla y Rodríguez (2006) señalan que los datos internacionales indican un aumento importante de los trastornos depresivos, por lo que se empieza a considerar al siglo XXI como la era de la melancolía. Cada nueva generación, desde principios del siglo XXI, ha tenido un riesgo mayor que la generación anterior de sufrir una depresión importante en el curso de su vida, aunque este trastorno adopta diversas formas en función de características sociales y culturales.

La variable evolutiva pareciera ser muy importante ya que en los últimos años se ha constatado un aumento del diagnóstico de depresión en personas jóvenes (Patel y Kleinman, 2003).

Además, en los últimos 20 años, existe un índice muy elevado de depresión en mujeres. Así, las mujeres tienen el doble de probabilidad que los hombres de presentar depresión (APA, Siglas para la Asociación Psicológica Americana, 2007). Este hecho ha llevado a que muchos autores se cuestionen acerca del por qué de este fenómeno e intenten dar diferentes explicaciones que van desde las exclusivamente biologicistas hasta aquellas

con un enfoque más interdisciplinario. Así, se tienen indicios de que una variedad de factores, específicos en las mujeres, juegan un papel relevante en el desarrollo de la depresión. Básicamente, las investigaciones se concentran en tratar de entender los factores reproductivos, hormonales, genéticos u otros factores biológicos; el abuso y la opresión; factores interpersonales; y ciertas características psicológicas y de la personalidad. Aún así, las causas específicas de la depresión en las mujeres todavía no están claras ya que, muchas de las mujeres que se encuentran expuestas a estos factores no desarrollan este trastorno (Bhatia y Bhatia, 1999; Luna, Gutierrez, Jaramillo, Jara y Chuquituzza, 2006; Rubinow, Schmidt y Roca, 1998; Zusman, 2000)

Regresando a las explicaciones biologicistas, entre los factores biológicos mencionados, se señala que los cambios hormonales de las mujeres, que incluyen las variaciones del ciclo menstrual, el embarazo, el período postparto, la infertilidad, y la menopausia, llevan a fluctuaciones en el humor que para algunas de las mujeres incluye la depresión (Bhatia y Bhatia, 1999; Luna et. al., 2006). Asimismo, investigadores han confirmado que el funcionamiento de las hormonas afecta la química del cerebro que controla las emociones y el humor; aunque se desconoce el mecanismo biológico específico que explica el papel que juegan éstas. En este sentido, los científicos se encuentran estudiando cómo la subida y bajada cíclica del estrógeno y otras hormonas puede afectar la química del cerebro que se encuentra asociada a la enfermedad depresiva (Rubinow et. al., 1998).

Las explicaciones de tipo psicológicas y sociales plantean que son varias las condiciones que llevan a la mujer a encontrarse más expuesta a la depresión. Así, la transición entre un modelo de mujer tradicional a uno más moderno llevan a actitudes

ambivalentes. Por un lado, la experiencia de ser madre y los valores emocionales y morales asociados a ella, inclinan la balanza hacia una orientación tradicional, que sitúa a la mujer en los roles de madre, esposa y ama de casa; es decir, la orientan hacia el cuidado y al mantenimiento de relaciones intra e inter familiares. Por otro lado, la posibilidad de desarrollo intelectual/profesional inclina la balanza hacia el lado opuesto, ya que incentiva el desarrollo individual y la libertad emocional (Zusman, 2000).

Por ello, uno de los cuestionamientos más grandes de nuestra época es si la depresión, como síntoma de la mujer, es un cuadro psicopatológico específico o, como conjunto de síntomas, es un componente que estructura la definición de mujer. Sobre este tema, diversos autores coinciden en afirmar que la depresión es una experiencia que suele ser identificada por las mujeres como propia y, por lo tanto, atendiendo a la frecuencia de este síndrome en el género femenino, se sugiere que, probablemente no se trate de una “enfermedad” en el sentido médico de la palabra, sino de una distorsión o exageración del estado normativo de la mujer en sociedades de occidente. Los periodos depresivos suelen ser normales y, en este sentido, se habla de un cuadro depresivo propiamente dicho cuando los síntomas comienzan a interferir con el funcionamiento individual, afectivo, intelectual y social. Acerca de este tema, existen estudios transculturales acerca de la depresión en mujeres que demuestran que la depresión femenina es una constante cultural, como expresión de su malestar interno, y no una experiencia privativa de las sociedades occidentales (Dio Bleichmar, 1991; Meler, 1996; Zusman, 1999)

1.2.1 La depresión en mujeres adolescentes

En la población adolescente de nuestro medio, el trastorno clínico más frecuente es el episodio depresivo con una prevalencia de 8.3% (Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”, 2002).

En el caso de las mujeres adolescentes, vemos que con la pubertad, la joven inicia un periodo que va a estar definido por una suerte de inestabilidad en la cual se pueden apreciar momentos depresivos muy significativos. Por otro lado, como hemos mencionado, la correspondencia entre los cambios físicos y los cambios emocionales no siempre es adecuada, dándose situaciones que ponen en riesgo al adolescente para experimentar problemas como los desordenes alimenticios, depresión, entre otros (Zusman, 1999).

Antes de la adolescencia, la diferencia en la tasa de depresión de entre niños y niñas es bastante baja. A la edad de 15 años, las mujeres tienen la probabilidad de haber experimentado un episodio depresivo mayor dos veces más que los varones y la diferencia entre género de los niveles de depresión subclínica y depresión clínica diagnosticable se encuentra en la tasa de 2:1, siendo el doble en las mujeres, tasa que persiste hasta la adultez. (Cyranowski, Frank, Young y Shear, 2000). Esto sucede en la adolescencia cuando los roles y las expectativas cambian dramáticamente. El estrés propio de la adolescencia incluye la preocupación por la formación de una identidad, el desarrollo de la sexualidad, enfrentar cierta separación de los padres, y tomar decisiones por primera vez, junto con otros cambios físicos, intelectuales, y hormonales. Este estrés generalmente es diferente entre adolescentes mujeres y hombres, y puede estar asociado con más frecuencia con la depresión en las adolescentes. Existen estudios que señalan que las estudiantes mujeres de los últimos años de secundaria tienen tasas de depresión, trastornos de ansiedad, trastornos

alimentarios y problemas de ajuste, significativamente más altos que las de los estudiantes varones, los cuales tienen tasas más altas de trastornos de comportamiento disruptivo (Lewisohn, Hyman, Roberts, Seeley y Andrews, 1993).

Como hemos mencionado, existen diversos factores que pueden causar en las mujeres depresión. En el caso de las adolescentes, la entrada a la adolescencia se encuentra marcada por cambios hormonales y físicos; cambios sociales en la familia, grupo de pares y ambiente educativo; y cambios individuales concomitantes en el funcionamiento cognitivo y socioemocional. Por esto, es importante tomar en cuenta los modelos que examinan los componentes biológicos, psicológicos y sociales de la adolescencia que pueden contribuir a que se generen respuestas depresivas.

Nolen-Hoeksema (1995) afirma que los rasgos depresivos en la joven no se encuentran directamente relacionados con los cambios hormonales sino, más bien, con la aparición de las características sexuales secundarias, es decir, los signos fisiológicos de maduración sexual que no involucran necesariamente los órganos sexuales (por ejemplo, los senos de las mujeres, los cambios en la voz y la textura de la piel, el desarrollo muscular y el crecimiento del vello público, facial, axilar y corporal) ya que afectan directamente a la representación del sí mismo y a la autoestima. A lo largo de la pubertad, las niñas valoran su cuerpo más que los niños. Por ello, puede entenderse que, las que desarrollan una imagen corporal adecuada y se sienten bien con esta, tienen un mayor nivel de autoestima. En cambio, las niñas que no se encuentran satisfechas con su imagen corporal presentan mayor riesgo de presentar síntomas depresivos y posibles trastornos alimenticios.

La aceptación del propio físico y la utilización del cuerpo en forma efectiva son dos de las principales tareas de la adolescencia y el no lograrlas puede traer consecuencias tan negativas como las que hemos mencionado.

Tomando en cuenta los grandes retos y tareas que les son impuestas a las adolescentes en una cultura tan exigente como la actual, puede entenderse el por qué de la importancia de la variable evolutiva en el aumento del diagnóstico de depresión en personas jóvenes (Patel y Kleinman, 2003).

1.3. Trastornos alimentarios: Definición y tipos

Los trastornos alimentarios son entidades clínicas complejas con importantes implicancias psicológicas, físicas y sociales que afectan, principalmente, a la población femenina (APA, 2002), tanto su salud física como su bienestar emocional y su desempeño profesional y social. Sólo en Estados Unidos, cerca de ocho millones de ciudadanos presentan alguna de sus variedades. Y, dentro de este número, alrededor del 90% son mujeres entre 13 y 30 años (Asociación Nacional de Anorexia Nerviosa y Desórdenes Asociados).

Diversos estudios sugieren que las conductas de los desórdenes de la alimentación ocurren en un continuum en el que, por un lado, se encuentra una conducta asintomática no frenada y, por el otro, se encuentran los desórdenes alimentarios en su forma clínica (Mazzeo y Espalage, 2002).

En general, los trastornos alimentarios se caracterizan por un comportamiento alimentario perturbado, una alteración de la percepción de la forma y el peso corporal, además de una preocupación excesiva hacia los alimentos y un intenso temor a engordar

(APA, 2002). Martínez, Zusman, Hartley, Morote, y Calderón (2003) señalan que estas entidades clínicas tienen una causalidad plurideterminada, donde intervienen múltiples factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento, que entran en juego en un momento determinado.

Es importante tomar en cuenta que estos trastornos no solo se deben a factores individuales-intrapsíquicos o familiares (Malson, 1998; Selvini-Palazzoli, 1988; Toro y Villardel, 1987 citados en Martínez et. al. 2003). Existen otros factores que juegan un rol fundamental. Así, la cultura en la que nos encontramos inmersos y la publicidad existente en la actualidad, tienen un gran efecto. La llamada “cultura de la delgadez” en la que nos encontramos inmersos establece un estereotipo cultural extremadamente delgado, capaz de desencadenar una serie de valores y normas que determinan una cadena de comportamientos relacionados con la talla, peso y figura corporal, comportamientos que, aumentan la probabilidad de desarrollar un problema o trastorno alimentario (Merino, Pombo y Godás, 2001). Así, la presión social hacia la delgadez a la que los adolescentes, en especial las adolescentes, se ven sometidas es un factor importante. Más aún cuando los mensajes transmitidos por los medios de comunicación a los que accedemos, muestran la delgadez como un posible sinónimo de felicidad y éxito (Rivarola, 2003).

Además, existen quienes señalan que el valor excesivo que es colocado en la delgadez de la mujer así como la exigencia a cumplir roles contradictorios como el de profesional y madre, al lado del énfasis colocado en la autonomía de la mujer actual, constituyen factores socioculturales importantes en la génesis de los trastornos alimentarios (Bruch, 1973; Coleman, 1985; Gutwill, 1994; Malson, 1998; Selvini-Palazzoli, 1974; Steiner-Adair, 1986 citados en Martínez et. al., 2003; Perpiñá, 1995).

De los factores mencionados podemos concluir que la cultura sola no es suficiente para crear un trastorno alimentario ya que esta se encuentra mediada por las características personales y el ambiente familiar (Vandereycken y Meermann, 1984 citados en Martínez et. al., 2003).

Así, Tannenhaus (1997) señala algunos rasgos comunes a los trastornos de la alimentación. En primer lugar, menciona la preocupación extrema por el aspecto, la imagen o el tamaño corporal. Existe además, un exagerado temor a engordar y una exageración del tamaño y los defectos corporales. Finalmente, menciona la presencia de una creciente rigidez de pensamiento y abandono de las actividades normales.

Saranson y Saranson (2006) indican que las personas con trastornos de la conducta alimentaria, muchas veces preocupadas por convertirse en personas delgadas, se encuentran deprimidas la mayor parte del tiempo, además de estar en constante estado de ansiedad. Asimismo, tienen una baja autoestima y habilidades sociales limitadas y tienden a ser obsesivas y perfeccionistas.

Para empezar a hablar de los tipos de trastornos alimentarios existentes, es importante mencionar que, la APA (2002) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV TR) hace una clasificación que propone que se consideren, básicamente, dos trastornos alimentarios específicos: la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa. Además, este manual incluye la categoría de trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TANE) que se refiere a todos aquellos trastornos que no cumplen con los criterios necesarios para ser considerados un trastorno alimentario específico (APA, 2002). El DSM IV TR (APA, 2002) especifica el *Binge-Eating Disorder* (Trastorno por atracón) y

el *yo-yo dieting* que si bien, no se encuentra de forma específica, se encuentra incluido dentro de los ejemplos de trastornos alimentarios no especificados.

A continuación, pasaremos a explicar cuáles son las principales características de cada uno de los trastornos alimentarios mencionados:

Empezando a hablar de la anorexia nerviosa, quien la padece, presenta una negativa a mantener el peso corporal por encima de uno normal mínimo para su edad y altura. Generalmente, esta pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total; aunque existen otras formas para conseguir este fin como la utilización de purgas. Además, estas personas tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en personas obesas, a pesar de que adelgazan. Así, existe una percepción distorsionada del peso y de la silueta corporal. Por otro lado, el nivel de autoestima de estas personas depende en gran medida de la forma y el peso de su cuerpo, por lo que consideran el adelgazar como un logro y signo de mucha autodisciplina. Finalmente, en las mujeres post puberales, se da la presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (Costin, 2007; Tannenhaus, 1997).

Existen dos tipos de anorexia nerviosa: el tipo restrictivo en el que no se recurre a atracones o conductas purgatorias y el tipo compulsivo/purgativo en el que sí recurre a estas conductas. El curso de la anorexia nerviosa es altamente variable, aunque éste suele ser crónico. La mortalidad ocurre en el 10% de los casos y las causas más frecuentes son inanición, suicidio o desbalance electrolítico (APA, 2002).

Si bien no podemos hablar de un perfil anoréxico universal, se pueden identificar algunas características de personalidad que se presentan comúnmente. La personalidad premórbida de la paciente anoréxica restrictiva es obsesiva, socialmente inhibida,

complaciente y cohibida emocionalmente (Wonderlich, 1995 citado en Del Río, Torres y Borda, 2002). Además, presenta rasgos como perfeccionismo, rigidez, gran responsabilidad y sentimientos de ineficacia, teniendo miedo sobretodo a las situaciones nuevas. Las anoréxicas de tipo compulsivo/purgativo se caracterizan por ser más impulsivas, con reacciones distímicas frecuentes, presencia de mayor labilidad emocional (llegando a presentar rasgos depresivos) y mayor frecuencia de conductas adictivas (Kaplan, 1996; Perpiñá, 1995; Romano, 1999 citado en Saranson y Saranson, 2006; Tannenhaus; 1997). En general, las pacientes con anorexia presentan una dificultad para resolver las demandas del proceso de separación-individuación, que son reeditadas en la adolescencia (Rausch, 1996 citado en Martínez et al., 2003). Tannenhaus (1997) agrega que la mayoría de las pacientes anoréxicas presentan una historia de ligero sobrepeso previo al desarrollo del desorden y tienen un deseo excesivo de agradar a los demás y evitar situaciones que puedan generarles estrés, sin embargo, tienen una tendencia a criticar a los otros. Strada (2002) señala que, también, entre sus rasgos característicos se destacan la obstinación y la tenacidad además del fervor de su discurso. Encuentra además que un nivel elevado de actividad y la presencia de un discurso con muchas quejas y reivindicaciones, son también rasgos característicos.

Este trastorno suele iniciarse en la adolescencia entre los 13 y 18 años y afecta a 0.5 por ciento de las adolescentes y mujeres jóvenes (APA, 2002; Papalia et. al., 2005). La anorexia nerviosa raras veces se presenta antes de la pubertad. Su primera aparición puede ocurrir en dos periodos clave: cerca de los 14 años y alrededor de los 18, aunque la edad media en que se diagnostica por primera vez es a los 17 (Saranson y Saranson, 2006)

Por otro lado, la bulimia nerviosa se caracteriza por la presencia de atracones recurrentes, caracterizados por una ingesta de alimento, en un espacio corto de tiempo, que contenga una cantidad superior a la que la mayoría de personas ingerirían en un periodo similar y en las mismas circunstancias. Además, se tiene la sensación de no poder controlar la ingesta de alimento. Los disparadores más frecuentes de un atracón son los estresores interpersonales, los estados de ánimo disfóricos, el hambre intenso debido a una restricción alimentaria, entre otros (APA, 2002).

Por medio del atracón, la persona siente alivio pero éste es solo pasajero. Luego vienen sentimientos autodestructivos y de culpa, temor a ganar peso, tristeza profunda y sensación de incomodidad física. También se da la presencia de conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso. Entre estas conductas encontramos la provocación del vómito; un uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno; y ejercicio excesivo. Estos episodios tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses. Finalmente, existe mucha preocupación por la figura y el eje principal de la autoevaluación es el peso corporal (APA, 2002).

Existen dos tipos de bulimia nerviosa: en el tipo purgativo, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso; y en el tipo no purgativo se caracteriza por presentar conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso (APA, 2002).

En personas con bulimia, son frecuentes los síntomas de ansiedad, depresión crónica e irritabilidad, pobre control de impulsos, acting out, promiscuidad, baja tolerancia a la

frustración, ideación suicida, conductas de auto-mutilación y abuso de sustancias. Además, suelen tener una autoestima más baja que el promedio (APA, 2002; Kaplan, 1996; Perpiñá, 1995; Saranson y Saranson, 2006). La bulimia nerviosa aparece en personas con tasas elevadas de trastornos afectivos y de control de los impulsos (Kaplan, 1996). Además, éstas personas presentan trastornos del pensamiento entre los que cabe resaltar el pensamiento dicotómico o del “todo o nada” pues presentan dificultad para poder distinguir matices. Tannenhaus (1997) menciona que entre los rasgos característicos de las personas con bulimia se encuentran la tergiversación de emociones y estados internos como el hambre, el miedo a la madurez emocional y biológica, una vida emocional turbulenta, antecedentes personales de obesidad y/o un frecuente estar a dieta y gran preocupación por todas las facetas del aspecto. En cuanto a las características familiares de riesgo para este desorden, se encuentran antecedentes de obesidad de uno o dos padres; una madre afectuosa y sobreprotectora; un padre distante y también el vivir en un ambiente familiar caótico. Menciona además que muchas personas con bulimia se atracan cuando se sienten tensas, ansiosas o infelices. Es importante mencionar que luego de los atracones suele seguir un estado de ánimo depresivo que ha sido llamado “angustia post atracón” (Kaplan, 1996).

Este trastorno es difícil detección, ya que la persona intenta ocultar estas conductas, por lo que este problema puede permanecer como algo secreto durante muchos años (Tannenhaus, 1997). Este hecho genera muchos riesgos en quienes la padecen ya que mediante las purgaciones, el cuerpo pierde importantes sustancias para el funcionamiento del corazón, lo cual podría ocasionar la muerte. Por esta razón, en algunos casos, la bulimia grave es más peligrosa que la anorexia nerviosa.

Su inicio es en la adolescencia tardía o el inicio de la edad adulta, entre los 18 y 25 años, y se calcula que entre 1 y 3 % de las adolescentes mujeres jóvenes padecen bulimia, cantidad aproximadamente 10 veces mayor que la de los varones (Papalia et. al., 2005).

Por otro lado, las nuevas formas de alimentación socialmente aceptadas y validadas, así como la evidencia clínica con mujeres que padecen trastornos de alimentación, han llevado a diferentes autores a descubrir lo que puede llamarse trastornos intermedios (Hartley, 1999; Zusman, 2000). Estos trastornos no cumplen con los criterios diagnósticos que plantea el DSM IV TR (APA, 2002) para anorexia nerviosa y bulimia nerviosa pero tienen en común la alimentación perturbada y el tipo de relación que la persona establece con su cuerpo y con los alimentos. Algunas de estas manifestaciones están incluidas en lo que el DSM IV TR (APA, 2002) describe como Trastornos Alimentarios No Especificados. Como se ha mencionado, entre ellos encontramos el *Binge Eating Disorder* (Trastorno por Atracón) y *el yo-yo dieting* (APA, 2002).

El *Binge Eating Disorder* se caracteriza por la presencia de episodios recurrentes de atracones en la ausencia de conductas compensatorias inapropiadas características de la bulimia nerviosa (APA, 2002). Después de los atracones, es usual que la persona se sienta molesta consigo misma, deprimida o muy culpable. Se sugiere la existencia de dos tipos de *Binge Eating Disorder*. El primero es el deprivatorio/sensitivo que parece darse como resultado de haber estado sometido a una dieta para perder peso o periodos restrictivos en cuanto a la alimentación. El segundo es el tipo disociativo/adictivo que se encuentra asociado a la búsqueda de generarse calma más que a un periodo de restricción. Estos individuos pueden reportar sentimientos de disociación, calma, entumecimiento o pueden regresar al equilibrio interno después de haber presentado los atracones (Costin, 2007).

Finalmente, el *yo-yo dieting* se caracteriza por el proceso de hacer dietas yo-yo, las cuales alternan periodos de elevada ingesta con periodos de abstinencia alimentaria. Este cuadro fue muchas veces considerado un precursor habitual de los trastornos del comportamiento alimentario (Tuschl, 1990 en Larraburu, 2006). Sin embargo, actualmente puede ser considerado un trastorno alimentario por sí mismo. Quienes padecen este cuadro tienen éxito en alcanzar los resultados anhelados de su dieta, pero no les es posible mantener esta baja de peso y empiezan a recuperarlo. Luego de esto, la persona busca volver a perder peso y el ciclo vuelve a empezar. Las razones para presentar este cuadro son diversas pero suelen incluir el embarcarse en una dieta que, en sus inicios, es muy estricta y lleva a la persona a experimentar alegría ante la creencia de que está perdiendo peso y orgullo por su capacidad de rechazar la comida. Sin embargo, con el tiempo, estas dietas tan extremas imponen sus límites causando depresión o fatiga, haciendo que la dieta se vuelva imposible de mantener. Por ello, la persona vuelve a sus conductas alimentarias anteriores y éstas, sumadas a sus efectos emocionales, genera que ganen peso nuevamente.

Este cuadro tiene como consecuencias incremento en la presión arterial, mayor resistencia a la insulina, tendencia a perder cada vez menos peso a lo largo de ciclos repetidos y una elevación de la tasa de aumento de peso después de ciclos sucesivos de reducción de peso (Larraburu, 2006).

1.4 *Trastornos alimentarios y depresión en la adolescencia*

El inicio de la pubertad, supone la aparición de cambios físicos y de maduración sexual que influyen en la vida sexual del adolescente, en la representación de su imagen corporal y la declinación de sus intereses, actitudes y, finalmente, en los nuevos poderes y

sensaciones físicas adquiridas. Así, el crecimiento es una secuencia de cambios súbitos más que una progresión gradual y suave y, por ello, la correspondencia de los cambios físicos con los cambios emocionales no siempre es adecuada, presentándose situaciones que colocan al adolescente en una posición de riesgo para experimentar problemas como los desórdenes alimentarios, depresión, entre otros (Papalia et al., 2005; Zusman, 1999)

Los cambios corporales, propios de la pubertad, generan una gran preocupación respecto del cuerpo ya que éste se encuentra en evolución constante. Estos cambios son percibidos como impredecibles ya que no pueden ser controlados por parte del individuo. Así, esta evolución genera incertidumbre y, en algunos, puede desarrollarse sin mayores dificultades pero, en otros, se pueden presentar problemas de diversa índole e intensidad. Entre estos problemas podemos encontrar la obesidad y/o el acné. Así, es habitual observar que las púberes se sienten más incómodas con el peso que ganan y con las nuevas formas definidas de sus cuerpos, las cuales van en contra de los modelos de los cuerpos puberales idealizados por la moda y la belleza y validados por la cultura (Gilligan, 1982; Zusman, 1999).

Así, en la pubertad, se da un incremento de grasa corporal y, en este contexto, los adolescentes se preocupan por su cuerpo y desarrollan imágenes individuales de las características de su físico (Graber y Brooks-Gunn, 2001). Las adolescentes, especialmente las chicas que maduran temprano, es decir, quienes tienen pubertad precoz, son especialmente susceptibles a la depresión. Los cambios propios en la imagen corporal y los trastornos alimentarios pueden agravar, también, los síntomas depresivos en este periodo (Papalia et. al., 2005).

Los trastornos alimentarios pueden acompañar a otros trastornos psicológicos o psiquiátricos como la depresión, esquizofrenia o trastorno obsesivo compulsivo. Acerca de este tema, Costin (2007) señala que la relación entre los desórdenes de la alimentación y los desórdenes afectivos se ha estudiado extensamente y los resultados encontrados sugieren que existe alta comorbilidad entre la depresión y los trastornos alimentarios (aproximadamente 50%) en individuos que siguen tratamiento para anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y binge eating.

Se ha realizado diversos estudios que relacionan la depresión con los trastornos alimentarios y éstos determinan diferentes patrones de evolución.

Por un lado, existen investigaciones que han encontrado que los desórdenes alimentarios preceden a la depresión. En esa línea encontramos a Bronwell y Fairburn (1998) citado en Barlow (2001) y Leon, Fulkerson, Perry, y Early-Zadd, (1995); quienes señalan que el rol de la depresión en la etiología de los desórdenes alimentarios no es central y consideran que la depresión es una consecuencia de las anomalías nutricionales o de la auto denigración que aparece, típicamente, después de las conductas características de los desórdenes alimentarios. Esto también podría ocurrir ya que el hambre producido por la abstinencia alimenticia puede generar consecuencias psiquiátricas en el cuerpo como inestabilidad emocional, irritabilidad, ansiedad, apatía, obsesividad, pobre concentración, entre otras. Es así que, por ejemplo, en las personas con bulimia, el hambre incrementa sentimientos de culpa, vergüenza y desesperanza.

Por otro lado, hay quienes afirman que los trastornos alimentarios son una consecuencia de la depresión (Nolen-Hoeksema et. al., 2007). En este sentido, se sugiere que ésta podría funcionar como un factor de riesgo para que, más adelante, las personas que

la presentan, desarrollen un trastorno alimentario. Así, hay quienes han encontrado que un diagnóstico clínico de depresión durante la adolescencia temprana se asocia con un riesgo elevado de desarrollar más adelante un trastorno de la conducta alimentaria (Jonson y cols., 2002 citado en Saranson y Saranson, 2006). Esta relación podría darse sobretodo en mujeres jóvenes con historia de abuso familiar (Mazzeo y Espelage, 2002).

Por su parte, Tannenhaus (1997) señala que el desorden de la alimentación puede ser secundario al disturbio del ánimo. Así, es común encontrar a pacientes que comen excesivamente debido a la depresión. Además, un cambio de peso es un síntoma diagnóstico de depresión porque muchas mujeres llegan a estar tan deprimidas que dejan de comer. En este sentido, Lisa (2004) encontró que las mujeres con intentos de suicidio que presentan un trastorno de la alimentación, pueden haber tenido un trastorno depresivo mucho antes de que empezaran sus problemas con la comida.

Existe, también, una explicación que propone que los trastornos alimentarios y la depresión co-ocurren, de manera tan frecuente, debido a que los trastornos alimentarios no son más que una forma de trastorno afectivo (Herzog, 1982 citado en Mazzeo y Espelage, 2002).

A continuación pasamos a presentarles cómo se relaciona la depresión con cada uno de los trastornos alimentarios más importantes:

En primer lugar, en pacientes con anorexia, se ha encontrado que éstas presentan tasas bastante elevadas de depresión mayor. Entre 15% y el 50% de pacientes que presentan el tipo restrictivo de anorexia presenta también un cuadro de depresión mayor. Además, las tasas de quienes presentan el tipo purgativo de este cuadro son aun mayores, llegando a ser

entre 46% y 80% las personas que presentan depresión mayor (Redgrave, 2005 citado en Wachter, 2005).

Como podemos ver, la comorbilidad entre la depresión y la anorexia se da en un porcentaje elevado y este es un dato que debe ser tomado en cuenta. Además, es importante considerar que estos números sugieren que la anorexia podría ser una manifestación comportamental de un desorden del estado de ánimo que la precede. Al respecto, Izabela (2006) encontró que 73% de las personas observadas en su estudio presentaron depresión mayor en el transcurso de la anorexia nerviosa.

En segundo lugar, en pacientes con bulimia, se ha encontrado que entre el 30% y el 60% presenta depresión concurrente y entre el 50% y el 60% presenta en su historia haber estado deprimido. Acerca de este tema, otro dato importante es que, en una muestra clínica de mujeres con bulimia, éstas presentaron niveles de depresión similares a quienes se encontraban diagnosticadas con depresión mayor. (Fairburn y Cooper, 1984).

Al tratar de explicar dicha relación, alguno autores sugieren que habría a la base factores personales mediadores, como son el estilo de pensamiento rumiativo, Así, Nolen-Hoeksema et. al. (2006) sugieren que, en adolescentes mujeres, la rumiación podría contribuir a la etiología de un cuadro depresivo, abuso de sustancias y bulimia. También se encontró que un estilo de respuesta rumiativa puede desarrollarse como respuesta a experiencias en la adolescencia de síntomas depresivos y síntomas bulímicos. Como vemos, la relación de causalidad no se encuentra determinada. Si investigaciones científicas posteriores llegaran a confirmar estos hallazgos, las intervenciones para las adolescentes que presentan depresión o bulimia nerviosa deben tomar en cuenta el estilo de respuesta rumiativo ya que este podría incrementar los síntomas.

Respecto a la relación entre la distimia y la bulimia, se encuentra que ésta es mayor que la de la depresión mayor (Pérez, Joiner y Lewinsohn, 2004). Se sugiere que, incluso, la distimia podría ser un factor de riesgo mayor para la presencia de bulimia nerviosa por lo que sería adecuado darle importancia a este desorden al momento de diseñar programas de prevención y de tratamiento.

En tercer lugar, en pacientes con *Binge Eating*, los niveles de depresión también son elevados, siendo entre 30% y 60% quienes presentan un trastorno del estado de ánimo. Acerca de este tema, se ha encontrado que la relación existente entre la autocrítica, la sobre valoración y evaluación de su cuerpo que hacen las personas con *Binge Eating*, se encuentra mediada por una autoestima baja y por síntomas depresivos (Dunkley y Grilo, 2007). Además, Nolen-Hoeksema et. al., (2006) agrega que la depresión mayor es un predictor eficiente del desarrollo del *Binge Eating* en estas personas.

Como hemos podido observar, existen diferentes hallazgos acerca de los trastornos alimentarios y la depresión. De estos podemos desprender que, si bien, la coexistencia es innegable, existe amplia discusión al respecto.

Algunos autores, en sus explicaciones, consideran que el que exista alta frecuencia entre los trastornos depresivos y alimentarios podría deberse a un posible nexo biológico común entre ambas. Se sugiere que una disfunción en la neurotransmisión de la serotonina puede ser una de sus causas. Acerca de este punto, las investigaciones dan cuenta de niveles bajos de serotonina en sujetos con trastornos del estado de ánimo y con trastornos alimentarios. También, se ha encontrado que sujetos con bajos niveles de actividad serotoninérgica presentan niveles mayores de impulsividad y la conducta de atracones al comer propios de los desordenes alimentarios. En este sentido, existen estudios que han

demostrado que, cuando se elevan los niveles de serotonina química del cerebro, el hambre disminuye. Las personas que se involucran en comer compulsivamente podrían tener una respuesta diferente a los cambios en los niveles de serotonina. (Weltzin, Fernstrom y Fernstrom, 1995).

Las otras explicaciones señalan que, más bien, un trastorno alimentario en realidad, esconde de fondo un cuadro depresivo o, por otro lado, el cuadro depresivo tiene de fondo un trastorno alimentario, como vimos en las referencias anteriores. De estas, podemos observar que son cuadros independientes pero se encuentran presentando, de alguna manera, una relación causa-efecto. A estas explicaciones podemos agregarles las que se basan en factores fisiológicos y sociales que citamos en capítulos anteriores.

Luego de haber revisado diversos estudios, podemos concluir que existen diferentes explicaciones para esta comorbilidad tan alta pero ninguna de ellas es la definitiva. Este es un campo que continúa siendo ampliamente estudiado y aún no ha sido definido cuál de los cuadros se presenta primero. Lo que es innegable es que existen diversos factores involucrados en el desarrollo de ambos trastornos al igual que para que se presenten juntos. Con lo que se ha investigado, podemos llegar a la conclusión de que la relación entre ambos trastornos es indiscutible, siendo aparentemente independientes, en el sentido de que si bien co-existen con mucha frecuencia, pueden existir de manera independiente; y el tratamiento de ambos es un desafío en el que los expertos deberán seguir investigando (APA, 2002; Barlow, 2001; Wachter, 2005).

Planteamiento del problema

En la actualidad, encontramos una mayor presencia de trastornos alimentarios y de cuadros depresivos, sobretodo en adolescentes escolares y universitarios (Zusman, 1999). Resulta importante mencionar que, para ambos cuadros, quienes se encuentran en mayor riesgo son las mujeres. Así, por lo menos el 90% de las personas que padecen anorexia o bulimia son mujeres, siendo esta tasa, en relación a los hombres de 9 a 1 (APA, 2002). Por otro lado, las mujeres tienen el doble de probabilidad que los hombres de presentar depresión (APA, 2007).

Estudios realizados en Estados Unidos con mujeres entre 15 y 30 años de edad, muestran que la prevalencia de anorexia nerviosa se encuentra entre 0.5% y 1%, de bulimia nerviosa entre 1% y 3%, (APA, 2002) y los Trastornos Alimentarios No Especificados tienen una prevalencia de 15% (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997 citados en Martínez et. al., 2003). Por otro lado, Hoek (1995) refiere que los trastornos alimentarios son especialmente comunes en mujeres jóvenes afectando del 2% al 4% de la población (citado en Martínez et. al., 2003).

En el Perú, si bien los indicadores de presencia de trastornos alimentarios, aparentemente, no son muy elevados (la prevalencia de bulimia nerviosa es de 0.8% y la de anorexia nerviosa es de 0.1%), los indicadores de presencia de conductas de riesgo sí son mayores. Así, la prevalencia de conductas bulímicas, categoría que se refiere a haber tenido por lo menos dos crisis bulímicas por semana en los últimos tres meses, es de 3.8%. Además, la tendencia a tener problemas alimentarios, categoría que se refiere a las personas que con la finalidad de perder peso o bien se inducen al vómito, o toman laxantes o realizan ejercicios excesivos, es de 8.3% (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado

Hideyo Noguchi, 2002). Estos datos sugieren que el número de casos que presentan indicadores alarmantes de riesgo para los trastornos alimentarios es mayor. Este porcentaje de casos, a pesar de no cumplir con los criterios diagnósticos propuestos por el DSM IV TR (APA, 2002) debe ser tomado en cuenta ya que, al hacerlo, podría prevenirse el aumento de las personas que presentan estos cuadros. En este sentido, estudios como el de Hartley (1999) nos muestra que en un grupo de 361 adolescentes escolares de Lima, el porcentaje de personas en riesgo para desarrollar un trastorno alimentario estaba entre el 10.5% y el 15.2%. Por su parte, Zusman (2000) encontró que en una muestra de 695 adolescentes escolares, el 18.6% presentaba indicadores de trastornos alimentarios.

Por otro lado, hablando de los cuadros depresivos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que, actualmente, 121 millones de personas sufren depresión y la carga que representan las enfermedades depresivas está aumentando.

En nuestro medio, el episodio depresivo tiene una prevalencia de 8.6%, adolescentes, cifra que lo sitúa como el cuadro con mayor prevalencia actual en esta población (Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental - Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, 2002). De la misma manera, existen personas que a pesar de no cumplir con los criterios diagnósticos que presenta el DSM IV TR (APA, 2002) presentan síntomas que los colocan en situación de riesgo para el desarrollo de este cuadro.

Así, es importante resaltar que los dos cuadros que tienen mayor prevalencia actual en nuestro entorno en población adolescente son el episodio depresivo y la tendencia a trastornos alimentarios, siendo estas prevalencias de 8.6% y 8.3% respectivamente (Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental - Instituto Nacional de Salud Mental

Honorio Delgado Hideyo Noguchi, 2002). Resulta fundamental estar alerta a la presencia de estos trastornos y a sus síntomas ya que sus consecuencias podrían llegar a ser fatales.

Es importante tomar en cuenta que, ambos cuadros, además de los efectos en la salud mental, presentan consecuencias en el ámbito físico. La APA (2002) señala que los trastornos alimentarios y la depresión impactan en gran intensidad la calidad de vida de los individuos que los presentan, afectando la autoimagen, las relaciones interpersonales, el bienestar físico y la vida diaria. Así, encontramos que el trastorno depresivo trae consigo consecuencias personales, familiares y sociales, siendo una de las más alarmantes el suicidio que es especialmente alto en estas personas. Es importante mencionar que los sujetos con trastorno depresivo mayor que mueren por suicidio llegan al 15% (APA, 2002). En el caso de la anorexia y la bulimia, Pomalima (s.f.) señala que estos problemas provocan la muerte del 10 al 15% de las personas que las presentan, cifra que las ubica como las enfermedades psiquiátricas que causan mayor número de muertes.

Los riesgos señalados se incrementan si tomamos en cuenta que tanto los trastornos alimenticios como la depresión suele coexistir en una misma persona, varios estudios sustentan la relación existente entre estos cuadros (APA, 1998; Nolen-Hoeksema et. al., 2007; Río et. al., 2002; Saranson y Saranson, 2006; Tannenhaus, 1997) aunque la naturaleza de esa relación no ha sido completamente aclarada. Así, la APA (1998) menciona que vivir con conductas que caracterizan a los desordenes alimentarios puede causar depresión pero vivir con depresión puede llevar también a un trastorno alimentario. Cabe resaltar que en nuestro medio, más del 30% de problemas alimentarios en adolescentes se encuentra asociado a la depresión (Pomalima, s.f.).

El que estas variables se encuentren relacionadas, puede significar un gran riesgo para las personas que las presentan. Por un lado, el tratamiento al que se sometan puede tardar más tiempo en ser efectivo, pueden presentarse más recaídas a lo largo del proceso de recuperación, puede existir un riesgo mayor de incurrir en suicidio, entre otros factores que resultan sumamente perjudiciales.

Debido a ello, nuestro interés por estudiar la presencia de sintomatología referidos a estas dos patologías en mujeres adolescentes, Por toda la información presentada anteriormente, nuestra pregunta de investigación es:

¿Existe relación entre la sintomatología depresiva y el riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en mujeres adolescentes entre 16 y 20 años?

Además, tenemos la siguiente hipótesis:

Existe relación directamente proporcional entre la sintomatología depresiva y el riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en mujeres adolescentes entre 16 y 20 años.

Los objetivos planteados son:

Objetivo general

- Determinar si existe relación entre la sintomatología depresiva y el riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en mujeres adolescentes entre 16 y 20 años.
- De existir la relación, determinar cuál es el tipo de relación existente entre la sintomatología depresiva y el riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en mujeres adolescentes entre 16 y 20 años.

Objetivos específicos

- Determinar los niveles de sintomatología depresiva existente en mujeres adolescentes entre 16 y 20 años.
- Determinar los niveles de Sin Riesgo y Riesgo para desarrollar un cuadro depresivo existente en mujeres adolescentes entre 16 y 20 años.
- Determinar los niveles de Sin Riesgo, Riesgo 1, Riesgo 2 y Riesgo 1 y 2 para desarrollar un trastorno alimentario.
- Comparar la incidencia de sintomatología depresiva y conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimenticio de acuerdo a la edad, el centro de estudio y el índice de masa corporal reportado de las participantes.

Capítulo 2

METODOLOGÍA

2.1. *Tipo de investigación*

La presente investigación es de tipo correlacional dado que tiene como propósito conocer y medir el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). Los estudios correlacionales permiten conocer cómo se puede comportar una variable, al conocer el comportamiento de otras variables relacionadas (Hernández et. al., 2006). En este caso, se pretende conocer y medir la posible relación existente entre los niveles de sintomatología depresiva y el riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en mujeres adolescentes entre 16 y 20 años.

Por otro lado, el diseño de la presente investigación es no experimental ya que se observan fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos (Hernández et al., 2006). En la investigación no experimental no es posible manipular las variables o asignar aleatoriamente a los participantes o tratamientos debido a que la naturaleza de las variables es tal que imposibilita su manipulación (Kerlinger y Lee, 2002).

De acuerdo con Hernández et. al. (2006), para efectos de este trabajo se utilizó el diseño transaccional ya que los datos fueron recolectados en un solo momento y en un tiempo único.

2.2. *Participantes*

Descripción de la población

El universo de estudio estuvo conformado por los estudiantes que cursan los primeros ciclos de las facultades de Ciencias y Letras de una universidad particular de Lima Metropolitana. Además, estuvo conformado por los estudiantes no escolares que se preparan para entrar esta universidad a través de la academia perteneciente a la universidad. La población se encuentra constituida por 6670 alumnos en total, de los cuales, 2974 llevan cursos en la facultad de Ciencias, 3443 en la facultad de Letras y 253 en la academia preuniversitaria. De estos, aproximadamente el 50% son mujeres, por lo tanto, el grupo de interés para este estudio se encuentra conformado por 3335 adolescentes mujeres. De esta población, se tomó una muestra de 188 estudiantes.

2.2.1. Tipo de muestreo

Los participantes de la investigación se obtuvieron a partir de un muestreo no probabilístico que, si bien tiene la desventaja de ser un procedimiento de selección informal y algo arbitrario, es muy útil cuando se necesita una elección controlada y cuidadosa de los sujetos que posean las características especificadas en el planteamiento del problema. Además, es no probabilístico ya que la selección de la muestra no respondió a la premisa de que todos los sujetos tienen la misma probabilidad de pertenecer a la muestra (Sarria, Guardia y Freixa, 1999).

Por otro lado, el muestreo es de tipo accidental pues dependerá de la participación voluntaria de las personas que cumplan con las particularidades requeridas (Hernández et.

al., 2006). Si bien, hubo participantes que no cumplieron con los criterios requeridos, estos fueron eliminados.

Criterios de selección de la muestra

La muestra esta constituida por 188 mujeres que cumplen los siguientes criterios:

- Tener entre 16 y 20 años de edad.
- Estar matriculado en las áreas de estudio de letras, ciencias o en la academia preuniversitaria elegida al momento de la investigación.
- Haber nacido en Perú.
- Llenar al menos datos sobre sexo, edad y centro de estudio ficha demográfica.

En total, 27 sujetos fueron eliminados. Algunos de ellos, se eliminaron por no haber contestado las pruebas necesarias para esta investigación y otros por no contar con los datos mínimos necesarios para ser considerados óptimos para formar parte de la muestra.

2.2.2. Descripción de la muestra

La muestra para la presente investigación quedó compuesta por 188 adolescentes provenientes de una universidad privada de Lima de las áreas de estudio de letras, ciencias y de la academia preuniversitaria elegida. A continuación, se presenta la distribución de los datos sociodemográficos obtenidos en la encuesta:

Cuadro N ° 1

Frecuencia y porcentaje de la edad, grupo de edad, lugar de procedencia y centro de estudio de las adolescentes

	<i>f</i>	%
Edad		
16 años	14	7.4
17 años	85	45.2
18 años	60	31.9
19 años	25	13.3
20 años	4	2.1
Grupo de Edad		
Adolescencia Media (16 y 17 años)	99	52.7
Adolescencia Tardía (18, 19 y 20 años)	89	47.3
Lugar de Procedencia		
Lima	146	77.7
Provincia	42	22.3
Centro de Estudio		
Academia Preuniversitaria	81	43.1
Universidad (facultad de estudio)		
Estudios Generales Letras	85	45.2
Estudios Generales Ciencias	22	11.7
Total	188	100

Como vemos en el Cuadro N ° 1, en relación a la variable edad, se observa que la mayor parte de la muestra (77.1%) se encuentra compuesta por adolescentes mujeres de 17 y 18 años de edad. La edad promedio de la muestra es 17.57 años. En cuanto a los grupos formados según la edad, vemos que el número es bastante similar siendo 99 para adolescencia media y 89 para adolescencia tardía.

En cuanto al lugar de procedencia, un 77.7% proviene de Lima mientras que un 22.3% proviene de diferentes provincias del país.

Además, 43.1% de la muestra se encuentra realizando sus estudios en la academia preuniversitaria y 56.9% en la universidad.

En el Cuadro N ° 2 se presentan los datos obtenidos respecto a las medidas antropométricas reportadas por las adolescentes.

Cuadro N ° 2

Datos descriptivos de las variables antropométricas reportados

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación</i>
Peso	184	40	80	54.2	7.22
Talla	185	1.45	1.74	1.60	.057
IMC	184	14.53	28.84	20.90	3.34

Se puede observar que el peso mínimo señalado en mujeres es 40 kg. y el máximo es 80 kg. La media referida al peso corporal en kilogramos es 54.2 kg. Con respecto a la talla, se encuentra que la talla promedio de las participantes es 1.60 m., siendo la mínima 1.45 m. y la máxima 1.74 m. En cuanto al índice de masa corporal reportado por las adolescentes, vemos que el mínimo fue 14.53 y el máximo 28.84, teniendo como media 20.90 que se encuentra dentro del rango normal.

Es importante mencionar que, para determinar el índice de masa corporal, se ha tomado en cuenta la clasificación dada por la Organización Mundial de la Salud (2004) que hace la siguiente distribución:

<i>IMC</i>	<i>Rango</i>
Bajo Peso	Menor de 18.5
Rango Normal	18.5 a 24.9
Sobrepeso	25 a 29.9
Obesidad	Mayor ó igual a 30

Basándonos en estos datos, encontramos la distribución del índice de masa corporal reportado en el siguiente cuadro (Cuadro N ° 3). Este solo pudo ser obtenido de 183 adolescentes de la muestra gracias a que consignaron los datos necesarios.

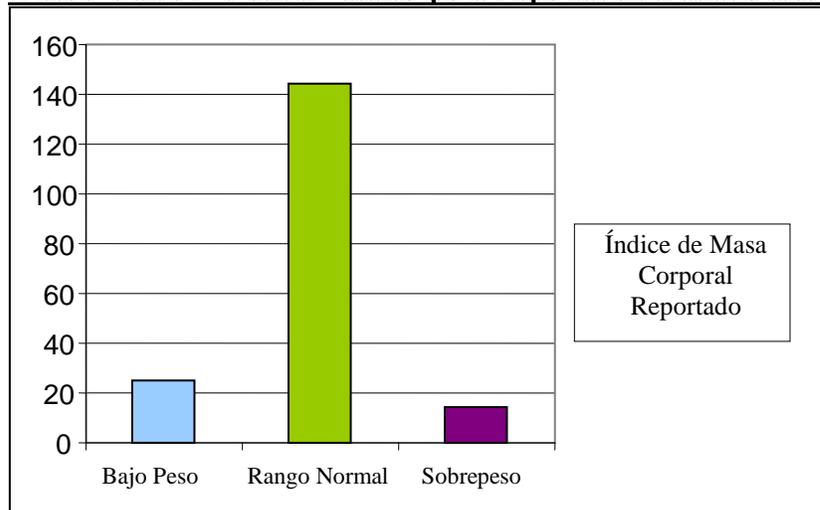
Cuadro N ° 3

Frecuencia y porcentaje del índice de masa corporal reportado de las adolescentes

<i>IMC</i>	<i>Rango</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Bajo Peso	Menor de 18.5	25	13.7
Rango Normal	18.5 a 24.9	144	78.7
Sobrepeso	25 a 29.9	14	7.7
Total		183	100

n = 183

Gráfico N ° 1:

Frecuencia del índice de masa corporal reportado de las adolescentes

Como vemos en el cuadro N ° 3, 25 (13.7%) de las adolescentes de la muestra reportan indicadores de bajo peso, es decir, presentan un peso bajo en relación a su estatura, y 14 (7.7%) reportan sobrepeso, presentando así, un exceso de peso en relación a su estatura. Además, 144 (78.7%) adolescentes se encuentra dentro del rango normal, presentando un peso adecuado en relación a su estatura, siendo este grupo, la mayoría. Es importante mencionar que no se han determinado la presencia de casos ni de obesidad ni de obesidad severa.

2.3. Instrumentos

2.3.1. Encuesta Sociodemográfica

Para la presente investigación se usó una encuesta sociodemográfica que brinda datos relevantes al momento de hacer los análisis de la información recibida. Los datos reportados son: edad, sexo, peso, talla, ciclo de estudios en el que se encuentra, carrera que estudia y personas con las que vive. Los datos obtenidos permiten tener un análisis más detallado ya que estas juegan un rol muy importante en el desarrollo de los trastornos alimentarios.

2.3.2. Inventario de Depresión de Beck-Segunda Edición (BDI-II)

El Inventario de Depresión de Beck-Segunda Edición (BDI-II) es un instrumento de autoinforme compuesto por 21 ítems cuya finalidad es medir la severidad de la depresión en adultos y adolescentes, es útil para ser aplicado en población normal y psiquiátrica; este inventario puede ser administrado a partir de los 13 años e identifica el nivel de los síntomas típicos de la depresión según los criterios del DSM IV TR. Sin embargo, este no es un instrumento para especificar un diagnóstico clínico. Existen tres versiones del BDI, la versión original fue creada por Beck (1961), posteriormente fue revisada en el año 1971. Finalmente, la segunda edición de esta prueba, fue publicada en 1996.

Los síntomas medidos por este instrumento son: Tristeza, Pesimismo, Fracaso, Pérdida de Placer, Sentimientos de Culpa, Sentimiento de Castigo, Disconformidad con Uno Mismo, Autocrítica, Pensamientos o Deseos Suicidas, Llanto, Agitación, Pérdida de Interés, Indecisión, Desvalorización, Pérdida de Energía, Cambios en los Hábitos de

Sueño, Irritabilidad, Cambios en el Apetito, Dificultad de Concentración, Cansancio o Fatiga, Pérdida de Interés en el Sexo.

Los ítems del instrumento son puntuados según una escala de cuatro puntos que va de 0 a 3 y la puntuación total máxima que se puede obtener es de 63. Los ítems en comparación con la primera versión, incluyen cambios en los ítems 16 y 18 que cuentan con tres alternativas más de respuesta que sirven para diferenciar entre incrementos y disminuciones del comportamiento y/o de la motivación. Se debe considerar que, en caso el examinado marque más de una alternativa de respuesta, se utilizará la alternativa con el valor más alto.

Los ítems del BDI-II cubren todos los criterios diagnósticos sintomáticos del DSM IV para el trastorno depresivo mayor y el distímico, lo que apoya su validez de contenido. En términos de consistencia interna, validez factorial y validez de contenido, el BDI-II parece mejor que el BDI-IA para evaluar sintomatología depresiva en estudiantes universitarios.

En los últimos 35 años, el BDI se ha convertido en uno de los instrumentos más aceptados para evaluar la severidad de la depresión en pacientes diagnosticados y para detectar casos de depresión en poblaciones normales (Brenlla y Rodríguez, 2006)

Actualmente, a nivel mundial en general, y particularmente en Latinoamérica el BDI-II viene a ser uno de los instrumentos más usados para medir sintomatología depresiva (Brenlla y Rodríguez, 2006; Sanz, Navarro y Vásquez, 2003; Carmody y Lega, s.f.).

Es importante mencionar que se han realizado diversas adaptaciones y, para fines de esta investigación, se usó la adaptación argentina al castellano del BDI-II (Brenlla y

Rodríguez, 2006) que es también empleada en los estudios epidemiológicos realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”. Esta adaptación se llevó a cabo a través del procedimiento de traducción back-translation, la revisión especializada del contenido de las traducciones, la administración de la prueba obtenida por esos procedimientos en una muestra piloto y el estudio de las propiedades psicométricas obtenidas de esta versión argentina. En cuanto a la confiabilidad, el coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach de este inventario fue de 0.88 para la muestra psiquiátrica y de 0.86 para la muestra normal. En ambas muestras (pacientes externos y población general) todas las correlaciones ítem-total corregidas fueron significativas. Para los pacientes las correlaciones fueron desde 0.19 (Agitación, que fue indicado por el 75% de los entrevistados) hasta 0.61 (Pesimismo, que fue indicado por el 60%). En los sujetos del grupo de no pacientes, el rango de las correlaciones estuvo comprendido entre 0.25 (Pensamientos o Deseos Suicidas) y 0.55 (Desvalorización).

Por otro lado, la correlación test-retest de 7 a 10 días después de administrada la prueba, en un grupo de 17 pacientes externos, fue positiva y significativa entre ambas evaluaciones ($r= 0.90$, $p<0.001$). En la población general, se constató una correlación significativa entre ambas mediciones ($r= 0.864$), lo que indica, en ambas poblaciones, una estabilidad importante del BDI-II a través del tiempo. En cuanto a la validez convergente, los datos indican que el BDI-II está correlacionado positivamente con la Escala de Depresión del MMPI-II (adaptación de Casullo, 1999) y con la escala de Depresión de la SCL-90-R (adaptación de Casullo, 1998). En cuanto a la validez discriminante, la correlación entre el BDI II y la escala de Ansiedad de la SCL-90-R fue de 0.63 ($p<0.001$). Estos resultados son semejantes a los encontrados por Beck (1996) quien considera que no

son inesperados ya que las evaluaciones clínicas han probado que existe correlación entre la ansiedad y la depresión.

En España se ha realizado también la adaptación del inventario BDI-II (Sanz et. al., 2003). Esta fue realizada en 590 estudiantes universitarios españoles, ofreciendo datos acerca de las propiedades psicométricas en esta muestra. En cuanto a la confiabilidad, vemos que la consistencia interna del BDI-II fue elevada, teniendo un coeficiente de alfa de 0.89. La distribución de puntuaciones del BDI-II fue similar a la encontrada en estudios previos, con una media superior en 3 puntos a la que se suele obtener con su predecesor, el BDI-IA, lo que justifica incrementar puntuaciones para definir las categorías de gravedad de la depresión.

En una submuestra de 165 estudiantes, y tomando como criterio la entrevista estructurada por ordenador Quick DISIII-R, el BDI-II demostró una validez aceptable para discriminar entre personas con y sin episodio depresivo mayor. Al no encontrarse diferencias entre sexos ni edades en la puntuación total, se ofrecen baremos generales para universitarios (Sanz et. al., 2003)

En el Perú el instrumento no ha sido adaptado pero ha sido utilizado por el Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental (2002) realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”. Además se encuentra siendo utilizado en diferentes investigaciones que se interesan en este constructo.

Finalmente, la prueba no está compuesta por áreas; sin embargo, es interesante estudiar la forma en que pueden organizarse dimensiones a través de un estudio de la composición factorial de sus ítems. Los datos parecen indicar que el BDI II representa dos dimensiones subyacentes –Cognitivo-Afectiva y Somática- correlacionadas

significativamente tanto en la muestra de pacientes como en la de población general. No obstante, los síntomas afectivos individuales como la Tristeza y el Llanto pueden desplazar sus cargas de una dimensión a otra de acuerdo con el tipo de muestra que está siendo estudiada. Es importante mencionar que en Estados Unidos se hizo un estudio con 300 residentes colombianos (Carmody y Lega, s.f) a quienes se les administró la versión en español del BDI- II y se demostró que los factores subyacentes de depresión que experimentan los colombianos son similares a los factores identificados en el grupo con el cual se estandarizó el BDI-II versión en inglés, el cual estaba constituido en su mayoría por población de USA, Inglaterra y Canadá.

Para este estudio, se realizaron los análisis de confiabilidad (ver ANEXO A) y validez (ver ANEXO B). En cuanto a la confiabilidad, se obtuvo que la consistencia interna fue elevada, teniendo un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.91 y de cada una de las escalas, teniendo coeficientes Alfa de Cronbach de 0.87 y 0.80. Además, hallamos las correlaciones ítem-test, dando como resultado que todas son superiores a 0.20. Además, para determinar la validez de constructo se realizó un análisis factorial confirmatorio Promax mediante el cual los ítems se agruparon en dos factores. Sin embargo, las cargas de los factores no se reproducen de la misma manera que el elemento original pero superan el 0.4 que es lo mínimo necesario para ser aceptados. Por ello, podemos ver que existen ítems que podrían ser considerados tanto de un factor como de otro.

2.3.3. *Inventario sobre Trastornos Alimentarios*

El Inventario sobre Trastornos Alimentarios fue adaptado sobre la base de este instrumento original no publicado, creado por Marcés y Delgado (1995) que contaba con

validez de constructo y confiabilidad de tipo consistencia interna en base a una muestra de 30 casos, demostrando ser un instrumento válido y confiable. La adaptación fue hecha por Hartley (1999). Este inventario evalúa comportamientos relacionados a trastornos alimentarios. Es de aplicación individual o colectiva y puede ser utilizado en mujeres adolescentes de todos los niveles socioeconómicos. Se encuentra conformado por 51 ítemes, con formato tipo Lickert, cada uno con 6 opciones de respuesta: Nunca = 1, Raras veces = 2, Algunas veces = 3, Muchas veces = 4, Frecuentemente = 5 y Siempre = 6).

Para llegar al resultado final del inventario, luego de la aplicación final al grupo total de 361 adolescentes, se utilizó nuevamente el coeficiente Alfa de Cronbach para determinar la confiabilidad, manteniendo éste su valor (0.93). Se encontraron dos ítemes con correlaciones ítem-test menores a 0.20. Se eliminó uno (ítem #6: Sueño con comida) y se mantuvo el otro (ítem # 27: Se me hace difícil relacionarme con los demás), por su importancia tanto teórica como clínica. Después de la eliminación del ítem #6, el coeficiente alfa se mantuvo (0.93).

Por lo tanto, el inventario tiene una confiabilidad alfa de cronbach de 0.93. Se aplicó el análisis factorial por componentes principales con rotación varimax para verificar la existencia de agrupaciones de ítemes o áreas independientes. Utilizando el criterio de Kayser, se encontraron 13 factores (con varianza > 1). Luego, se procedió a determinar los ítemes asociados a cada factor a partir de la matriz de correlaciones ítem-factor, estableciéndose como punto de corte el valor de 0.3 para las cargas factoriales (Steven, 1986 citado en Hartley, 1999). Los 13 factores en conjunto explicaban el 61.4% la varianza de los puntajes en la escala.

De los ítemes existentes, se seleccionaron algunos que corresponden con criterios diagnósticos del DSM IV para trastornos alimentarios. Estos han sido llamados ítemes críticos y se utilizarán posteriormente para determinar la población en riesgo.

Con el análisis factorial se construyeron seis áreas de acuerdo a determinados criterios que fueron que cada factor debía tener como mínimo 5 ítemes asociados a él, cada factor debía tener sentido teórico y los ítemes asociados a cada factor debían satisfacer los criterios estándares en los análisis de confiabilidad (buenas correlaciones ítem-test y un coeficiente alfa adecuado). Como resultado de esto, los factores resultaron confiables ($\alpha > 0.60$) y se pudo establecer seis áreas que son: preocupación exacerbada por la comida, el peso y el cuerpo; métodos drásticos de control de peso; episodios de atracón alimentario; escasa variación en la percepción de sí misma; métodos socialmente aceptados de control de peso; y sintomatología física asociada a trastornos alimentarios.

Para este estudio, se realizaron los análisis de confiabilidad (ver ANEXO C) y validez (ver ANEXO D). En cuanto a la confiabilidad, se encontró que el inventario en general, tiene un buen nivel de consistencia interna, presentando un Alfa de Cronbach de 0.95. Algunas de las áreas planteadas por la autora también tienen buena confiabilidad pero otras, como la 3 y la 6 presentan Alfas de Cronbach débiles y cuestionables (George y Mallery, 1995). Para encontrar la validez de constructo, se realizó un análisis factorial confirmatorio mediante el método de Rotación Varimax confirmatorio de las seis áreas planteadas por la autora pero estas no fueron reproducidas. Al hacer un análisis factorial exploratorio, este dio como resultado 13 áreas.

Es importante mencionar que esta prueba es bastante buena determinando el riesgo general para desarrollar un trastorno alimentario ya que, como vemos, tiene un alto grado

de confiabilidad. En este sentido, es capaz de discriminar grupos de riesgo (Sin Riesgo, Riesgo 1 y Riesgo2). Sin embargo, son las áreas las que presentan ciertas deficiencias ya que no todas son confiables. Este hecho, de alguna manera, significó una limitación ya que no permitió hacer determinados análisis que pudieron haber dado datos adicionales acerca de la relación entre la sintomatología depresiva y cada una de las áreas en las que se encontraban clasificadas las conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario.

Es importante mencionar que, en nuestro medio, este inventario fue empleado por Delgado (2001) en un estudio en el que la muestra estuvo conformada por adolescentes mujeres escolares.

2.4 Procedimiento

El presente estudio se realizó con coordinación con otros dos investigadores que se encontraban interesados en el estudio de los trastornos alimentarios en la adolescencia. Por ello, se decidió trabajar en equipo para el trabajo de campo. Las etapas de la presente investigación fueron las siguientes:

Contacto con los centros de estudio

En primer lugar, se contactó a las autoridades de las facultades de Letras y Ciencias de la universidad seleccionada y de la academia preuniversitaria seleccionada. A estos, se les indicó los objetivos de la investigación; dichas autoridades aceptaron la realización de la investigación en sus facultades.

Aplicación de los inventarios a la muestra

En el área de Letras, nos fueron asignados tres salones para realizar la aplicación de los instrumentos durante los últimos 30 minutos de sus clases. Por otro lado, en el área de Ciencias se nos asignaron dos salones para realizar las aplicaciones en los últimos 30 minutos de la clase. Por último, en la academia preuniversitaria, nos fueron asignados seis salones, en los cuáles se solicitó a los profesores que nos presenten y pidieran a los alumnos que se queden después de clases para participar en esta investigación.

Las fechas de aplicación estuvieron dentro de un lapso de tres semanas. En las mismas estaban presentes el investigador y otro psicólogo/a asistente con el fin de ayudar en la resolución de preguntas por parte de los alumnos y facilitando la recolección de las pruebas cuando los alumnos las concluían.

El proceso de aplicación incluía inicialmente la presentación del investigador a los alumnos y la explicación de los objetivos de la investigación. Posteriormente, se procedió a repartir los cuadernillos con la prueba y la ficha sociodemográfica en las cuáles se encontraba anexo el Consentimiento Informado (ver ANEXO E). Cuando todos los alumnos contaban con el instrumento se procedió a revisar el Consentimiento Informado con los mismos de forma que se aseguraba que conocían sus derechos en la investigación. Luego se solicitó a los individuos que contesten la ficha sociodemográfica (ver ANEXO F) y que posteriormente iniciaran con la resolución de los instrumentos (ver ANEXO G y ANEXO H).

En el transcurso de la aplicación se les aconsejó a los individuos que contestaran el instrumento en su totalidad y se especificó que no había un tiempo límite para la resolución

del mismo. En todas las aulas el tiempo promedio de conclusión del instrumento fue de 30 minutos, habiendo un rango mínimo de 15 minutos y uno máximo de 50.

Análisis de datos

El análisis de los datos se realizó de la siguiente manera:

1. Análisis de la confiabilidad del Inventario sobre Trastornos Alimentarios y el Inventario de Depresión de Beck en general y luego por factores. Se determinó la consistencia interna que existe entre las puntuaciones mediante el estadístico Alfa de Cronbach que es un indicador de confiabilidad. Se encontró también la correlación entre la puntuación en el ítem y la puntuación en el resto del test, la cual indica el grado de relación entre sacar una puntuación alta en el test y acertar en el test. Fueron consideradas aceptables las puntuaciones mayores o iguales a 0.20. Además, se determinó el valor del Alfa de Cronbach al eliminar determinado ítem para poder saber si la contribución de cada uno de los ítems era o no significativa para la confiabilidad del instrumento.
2. Estudio sobre la validez del Inventario sobre Trastornos Alimentarios y del Inventario de Depresión de Beck. Se utilizó la validez de constructo mediante un análisis factorial que examina la estructura interna de un instrumento, mostrando cómo se organizan los ítems dentro de un factor. En el caso del Inventario de Depresión de Beck, se realizó un análisis confirmatorio usando una rotación Promax. En el caso del Inventario sobre Trastornos Alimentarios, primero se realizó un análisis factorial usando el Método de Rotación Varimax y como las áreas propuestas por la autora, no fueron reproducidas, se realizó un análisis exploratorio que dio 13 escalas.

3. Normalidad y Correlaciones. Se halló la normalidad usando el estadístico Kolmogorov Smirnov lo cual dio como resultado que la distribución es no paramétrica. Para hallar la correlación entre la sintomatología depresiva y el riesgo para desarrollar un trastorno alimentario, se utilizó el coeficiente de Pearson.
4. Comparación de muestras. Al haberse determinado que las distribuciones no son paramétricas, se hicieron las comparaciones de medias según los grupos formados de acuerdo a: edad, índice de masa corporal y centro de estudio. Para hacer las comparaciones entre dos grupos, se utilizó el estadístico U de Mann Whitney y para comparar tres grupos, se utilizó el test de Kruskal Wallis. En los casos que este estadístico determinó que existían diferencias significativas, se procedió a hacer las comparaciones por parejas, usando como el estadístico U de Mann Whitney.
5. Correlaciones entre las variables. Para hacer un análisis más detallado de las correlaciones según las variables sociodemográficas, se realizó el análisis de las proporciones de los niveles de sintomatología depresiva y de las conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario según estas variables, lo cual dio como resultado un valor de Chi Cuadrado.

Capítulo 3

RESULTADOS

Nuestro propósito en el siguiente capítulo es mostrar los resultados de las variables mencionadas en los objetivos de la investigación: la sintomatología depresiva en las adolescentes de 16 a 20 años, las conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en ellas, y su relación con determinadas variables que fueron tomadas en cuenta: edad de las adolescentes, su centro de estudio y su índice de masa corporal reportado.

Para ello, presentaremos los resultados en tres partes. En primer lugar, analizaremos la sintomatología depresiva de las adolescentes y las conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario. En segundo lugar, determinaremos si existen diferencias en ambos constructos dependiendo de la edad de las adolescentes, su centro de estudio y su índice de masa corporal reportado. Finalmente, analizaremos la relación que existe entre el nivel de sintomatología depresiva y las conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario.

Análisis de la sintomatología depresiva en las adolescentes

El Cuadro N ° 4 determina los estadísticos descriptivos de la sintomatología depresiva encontrada en la muestra en general. Los resultados encontrados fueron los siguientes:

Cuadro N° 4**Descripción del nivel de sintomatología depresiva en la muestra**

	<i>Media</i>	<i>D. S</i>
BDITOTAL	10.64	8.694

n = 188

La media de sintomatología depresiva (con la desviación estándar entre paréntesis) hallada en la muestra fue 10.64 (8.69). Las puntuaciones variaron de 0 a 39 puntos. De acuerdo a lo encontrado, vemos que la muestra presenta como promedio, un nivel mínimo de sintomatología depresiva.

Los porcentajes de los niveles de sintomatología depresiva encontrados en la muestra son los siguientes:

Cuadro N° 5**Frecuencia y porcentaje de los rangos de sintomatología depresiva**

<i>Nivel</i>	<i>Puntuaciones Totales</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Mínimo	0 – 13	131	69.68
Leve	14 – 19	28	14.89
Moderado	20 – 28	19	10.11
Severo	29 - 63	10	5.32

n = 188

Podemos observar que el porcentaje en cada rango de sintomatología depresiva es variado. La mayoría de las adolescentes de la muestra (69.68%) se encuentra dentro del nivel mínimo. Además, un 14.89% presenta un nivel leve, un 10.11% un nivel moderado y un 5.32% presenta nivel severo de sintomatología depresiva.

Para efectos de este trabajo y tomando en cuenta los rangos asignados en el BDI II, hemos definido dos grupos: uno de “No Riesgo” y uno de “Riesgo” para desarrollar un cuadro depresivo:

- El grupo de “No Riesgo” se encuentra formado por quienes tienen un nivel mínimo o leve de sintomatología depresiva.

- En el grupo de riesgo se encuentran quienes tienen un nivel moderado o severo de sintomatología depresiva.

Es importante mencionar que, si bien, quienes se encuentran dentro de un nivel leve de sintomatología depresiva, pueden estar presentando ciertos síntomas, estos no son muy severos en cuanto a frecuencia, intensidad e interferencia con la vida de la persona. Es por esto que, por precaución, hemos tomado como punto de corte para ser considerado riesgo el encontrarse en un nivel moderado. El Cuadro N ° 6 indica los resultados que fueron encontrados determinando ambos grupos:

Cuadro N ° 6

Frecuencia y porcentaje de No Riesgo y Riesgo para desarrollar un cuadro depresivo

<i>Grupo</i>	<i>Puntuaciones Totales</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
No Riesgo	0 - 19	159	84.57
Riesgo	20 – 63	29	15.43

n = 188

Como vemos, si tomamos 19 puntos como punto de corte, un 15.43% se encuentra en riesgo para desarrollar un cuadro depresivo mientras que un 84.57% no presenta este riesgo.

Análisis de las conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario

El Cuadro N° 7 muestra los estadísticos descriptivos de las conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario.

Cuadro N ° 7

Descripción del nivel de conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario

	<i>Media</i>	<i>D. S</i>
ITATOTAL	101.99	32.733

n = 188

La media de conductas de riesgo para presentar un trastorno alimentario (con la desviación estándar entre paréntesis) hallada en la muestra fue de 101.99 (32.73). Las puntuaciones variaron de 55 a 232 puntos. Esta puntuación las ubica en el tercer quintil, es decir, obtuvieron un nivel medio al que no se le considera riesgo.

Los porcentajes de los quintiles de las conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario encontrados en la muestra son los siguientes:

Cuadro N ° 8

Frecuencia y porcentaje de los quintiles de conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario

<i>Quintil</i>	<i>Puntuaciones Totales</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
1	51 – 78	44	23.40
2	79 – 91	46	24.47
3	92 – 105	26	13.83
4	106 – 130	40	21.28
5	131 - 306	32	17.02

n = 188

Podemos observar que 23.4% de la muestra se encuentra en el primer quintil y un 24.47% se encuentra en el segundo quintil. Además, un 13.83% se encuentra en el tercer quintil, 21.28% en el cuarto y 17.02% en el quinto quintil.

De acuerdo a los criterios establecidos por Hartley (1999), es posible determinar en la muestra dos tipos de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario:

- El Riesgo 1 consiste en puntuar alto en el Inventario de Trastornos Alimentarios. Se consideran altas las puntuaciones que pertenecen al cuarto y quinto quintil, es decir, entre 106 y 306 puntos. Quienes se encuentran dentro de este riesgo, si bien no tienen el cuadro totalmente desarrollado, presentan conductas que los hacen más vulnerables a desarrollar un trastorno alimentario.

- El Riesgo 2 se deriva de determinados ítemes críticos del inventario que corresponden a los criterios diagnósticos del DSM IV para Trastornos Alimentarios. Es

necesario haber puntuado 5 ó 6 en dos o más de estos ítemes para que la adolescente sea considerada en riesgo 2. Quienes se encuentran dentro de este riesgo, presentan conductas que son considerados como síntomas de los trastornos alimentarios por el DSM IV TR. Por lo tanto la posibilidad que presenten un trastorno alimenticio es mayor.

Para cada riesgo, los porcentajes encontrados son los siguientes:

Cuadro N° 9

Frecuencia y porcentaje de Riesgo 1 y Riesgo 2 para desarrollar un trastorno alimentario

<i>Rango</i>	<i>Puntuaciones</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Riesgo 1	106 – 306	72	38.3
Riesgo 2	5 ó 6 en dos o más ítemes críticos	29	15.4

n = 188

Basándonos en los criterios para el Riesgo 1, vemos que, un 38.3% se encuentra en riesgo para desarrollar un trastorno alimentario mientras que un 61.7% no lo está. Pasando a hablar del Riesgo 2, vemos que un 15.4% se encuentra en riesgo mientras que un 84.6% no lo está.

Cuadro N° 10

Frecuencia y porcentaje de ambos riesgos para desarrollar un trastorno alimentario

<i>Rango</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Riesgo 1 y 2	28	14.9

n = 188

Además, fue posible encontrar que existe un 14.9% que presenta ambos riesgos. Es decir, además de presentar niveles elevados de estas conductas de riesgo, presentan comportamientos que forman parte de los criterios que propone el DSM IV TR para ser considerado un trastorno alimentario. Este es un porcentaje que debe ser espacialmente tomado en cuenta ya que, es bastante probable que las personas que se encuentran dentro de este grupo se encuentren con un trastorno alimentario instalado.

Análisis de las comparaciones de los constructos según las variables socio-demográficas

Se realizaron determinadas comparaciones entre los grupos que fueron formados de acuerdo a las variables sociodemográficas que fueron la edad, el centro de estudio y el índice de masa corporal reportado.

Con el objetivo de establecer si existían diferencias significativas en los constructos de estudio en los participantes de la muestra según determinadas variables socio-demográficas, se realizó la prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov con la que se obtuvo que no era una muestra normal. Por ello, se desarrollaron los análisis estadísticos no paramétricos de U de Mann Whitney y H de Kruskal Wallis.

En primer lugar, se comparó el nivel de sintomatología depresiva y de conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario según la edad (etapa de la adolescencia en la que las adolescentes se encontraban). Para esto, se determinaron dos grupos: adolescencia media formado por las adolescentes entre 16 y 17 años; y adolescencia tardía formado por las adolescentes entre 18 y 20 años.

Cuadro N° 11
Diferencias en la sintomatología depresiva y conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario de las adolescentes según su edad

	<i>Adolescencia media</i>		<i>Adolescencia tardía</i>		<i>U</i>	<i>p</i>
	<i>n=99</i>		<i>n=89</i>			
	Media	DE	Media	DE		
Sintomatología depresiva	10.56	8.89	10.74	30.48	4294	.78
Conductas de riesgo	100.69	8.52	103.44	35.19	4301	.76

$p < .05$

Vemos que, según la edad de las adolescentes, no existen diferencias significativas en ninguno de los dos constructos que fueron estudiados. Sin embargo, es importante mencionar que, si bien la media de sintomatología depresiva fue prácticamente la misma,

en el caso de las conductas de riesgo, la media obtenida por las adolescentes tardías fue ligeramente mayor, sin llegar a ser significativa.

Además, se comparó el nivel de sintomatología depresiva y de conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario según el centro de estudio de las adolescentes. Con este fin se formaron dos grupos: uno formado por las alumnas de la universidad y otro formado por las alumnas de la academia preuniversitaria.

Cuadro N° 12

Diferencias en la sintomatología depresiva y conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario de las adolescentes según su centro de estudio

	<i>Pre Universitario</i>		<i>Universitario</i>		<i>U</i>	<i>p</i>
	<i>n=81</i>		<i>n=107</i>			
	Media	DE	Media	DE		
Sintomatología depresiva	11.71	10.23	9.84	7.27	4109.5	.544
Conductas de riesgo	102.16	32.74	101.86	32.88	4296.5	.920

n = 188, p < .05

De igual manera, vemos que no existen diferencias significativas en ninguno de los constructos según el centro de estudio. Sin embargo, consideramos importante mencionar que, a pesar de esto, la media de ambos constructos es ligeramente mayor en estudiantes preuniversitarios, sin llegar a ser una diferencia significativa.

Finalmente, se compararon los niveles de ambos constructos según el índice de masa corporal reportado. Los resultados de cada una de las comparaciones fueron los siguientes:

Cuadro N ° 13

Diferencias en la sintomatología depresiva y conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario de las adolescentes según su índice de masa corporal reportado

	<i>Bajo Peso</i>		<i>Rango Normal</i>		<i>Sobrepeso</i>		<i>H</i>	<i>p</i>
	Media	DE	Media	DE	Media	DE		
Sintomatología depresiva	10.44	9.04	9.96	7.74	17.04	12.5	4.260	.119
Conductas de riesgo	96.88	41.78	101.79	30.27	119.71	35.58	7.538	*.023

n=183, *p< .05

Los resultados muestran que existe diferencia significativa en los niveles de conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario, pero no ocurre lo mismo con la sintomatología depresiva, según el índice de masa corporal reportado.

Es necesario recordar que, solo 183 de las 188 adolescentes consignaron su talla y su peso, datos con los que fue posible obtener su índice de masa corporal reportado. Las 5 adolescentes restantes fueron eliminadas para realizar estas comparaciones.

Al encontrar que existían diferencias significativas en el nivel de conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario según el índice de masa corporal reportado, se procedió a hacer las comparaciones por parejas. Los resultados están señalados en el Cuadro N ° 14:

Cuadro N ° 14

Diferencias en las conductas de riesgo entre quienes tienen bajo peso y un peso normal

	<i>Bajo Peso</i>		<i>Rango Normal</i>		<i>U</i>	<i>p</i>
	Media	DE	Media	DE		
Conductas de riesgo	96.88	41.78	101.79	30.27	1441	.112

n = 169, p< .05

Los resultados muestran que no existe una diferencia significativa en el nivel de conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario entre las adolescentes que se presentan bajo peso y las que tienen un peso normal.

Cuadro N° 15**Diferencias en las conductas de riesgo entre quienes tienen un peso normal y sobrepeso.**

	<i>Rango Normal</i>		<i>Sobrepeso</i>		<i>U</i>	<i>P</i>	<i>d</i>
	Media	DE	Media	DE			
Conductas de riesgo	101.79	30.27	119.71	35.58	659	*.033	.54

n = 158, *p < .05

Por otro lado, sí existe diferencia significativa en el nivel de estas conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario entre quienes tienen sobrepeso y quienes presentan un rango normal de peso, siendo quienes tienen sobrepeso las que presentan niveles más elevados. Tomando en cuenta el criterio de Cohen para comparaciones, esta diferencia es mediana.

Cuadro N° 16**Diferencias en las conductas de riesgo entre quienes tienen bajo peso y quienes tienen sobrepeso**

	<i>Bajo Peso</i>		<i>Sobrepeso</i>		<i>U</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Media	DE	Media	DE			
Conductas de riesgo	96.88	41.78	119.71	35.58	417	*.015	.58

n = 39, *p < .05

Finalmente, se encontró que también se diferencia significativamente el nivel de conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario entre quienes tienen bajo peso y quienes tienen sobrepeso, siendo, nuevamente, quienes presentan sobrepeso las que presentan niveles más elevados de estas conductas de riesgo. La diferencia en este caso, según el criterio de Cohen, es también mediana.

Como vemos, son siempre las adolescentes con sobrepeso quienes obtuvieron un nivel más elevado de esta variable, lo cual las coloca en una posición de riesgo mayor.

Por otro lado, pasando a ver las diferencias entre los niveles de sintomatología depresiva según el índice de masa corporal reportado, es importante tomar en cuenta que, a pesar de que con el estadístico H de Kruskal Wallis determino que no existía una diferencia significativa en los niveles de este constructo según el índice de masa corporal

reportado, se sospechó de la existencia de diferencias por las medias obtenidas en los grupos, ya que el grupo de sobrepeso obtuvo la media más elevada. Por esto, se pasó a hacer el análisis por parejas usando la U de Mann Whitney. Los resultados encontrados fueron los siguientes:

Cuadro N° 17

Diferencias en la sintomatología depresiva entre quienes tienen bajo peso y quienes tienen un peso normal

	<i>Bajo Peso</i>		<i>Rango Normal</i>		<i>U</i>	<i>p</i>
	Media	DE	Media	DE		
Sintomatología depresiva	10.44	9.04	9.96	7.74	1769.5	.892

n = 169, p < .05

Al comparar el nivel de sintomatología depresiva entre quienes tienen bajo peso y quienes tienen un peso normal, no se encontró diferencias significativas.

Cuadro N° 18

Diferencias en la sintomatología depresiva entre quienes tienen bajo peso y quienes tienen sobrepeso

	<i>Bajo Peso</i>		<i>Sobrepeso</i>		<i>U</i>	<i>p</i>
	Media	DE	Media	DE		
Sintomatología depresiva	10.44	9.04	17.04	12.5	117.5	.91

n = 39, p < .05

De igual manera, al comparar el nivel de sintomatología depresiva entre quienes tienen bajo peso y sobrepeso, no se encontró que exista diferencia significativa.

Cuadro N° 19

Diferencias en la sintomatología depresiva entre quienes tienen un peso normal y quienes tienen sobrepeso.

	<i>Rango Normal</i>		<i>Sobrepeso</i>		<i>U</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Media	DE	Media	DE			
Sintomatología depresiva	9.96	7.74	17.04	12.5	673.5	*.040	0.7

n = 158, *p < .05

Del cuadro N ° 19, podemos extraer que sí existe una diferencia significativa en los niveles de sintomatología depresiva entre los grupos que tienen peso normal y sobrepeso, siendo estos últimos los que presentan niveles más elevados de este constructo. Esta diferencia, según el criterio de Cohen es una diferencia mediana.

Análisis de las proporciones de los constructos según las variables socio-demográficas

Para hacer un análisis más detallado de las comparaciones según las variables socio-demográficas estudiadas, se realizó el análisis de las proporciones de los niveles de sintomatología depresiva y de las conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario según la edad. Los resultados encontrados fueron los siguientes:

Cuadro N° 20
Proporciones de rango de sintomatología depresiva según edad

Sintomatología depresiva	Edad		X ²	p
	Adolescencia media n = 99	Adolescencia tardía n = 89		
Mínimo	69.7%	69.7%	2.972	.396
Leve	13.1%	16.9%		
Moderado	13.1%	6.7%		
Severo	4.1 %	6.7%		

p < .05

Como vemos en el cuadro N ° 20, no existen diferencias significativas en las proporciones según edad. Dentro de las adolescentes medias, un 69.7% presenta un nivel mínimo de sintomatología depresiva, un 13.1% un nivel leve y el mismo porcentaje un nivel moderado. Finalmente, solo un 4% presenta un nivel severo de sintomatología depresiva

Por otro lado, de las adolescentes tardías, un 69.7% presenta un nivel mínimo de sintomatología depresiva, un 16.9% presenta un nivel leve, un 6.7% un nivel moderado y, de la misma manera, un 6.7% presenta un nivel severo de este constructo.

Cuadro N° 21
Proporciones de sintomatología depresiva según edad

Sintomatología depresiva	Edad		X ²	p
	Adolescencia media	Adolescencia tardía		
	n = 99	n = 89	.489	.484
Sin Riesgo	82.8 %	86.6 %		
En Riesgo	17.2 %	13.4 %		

p < .05

Del mismo modo, tomando en cuenta los grupos formados para quienes presentan o no riesgo para desarrollar un cuadro depresivo, tampoco se encuentran diferencias significativas. Vemos que dentro de las adolescentes medias, un 82.8% no presenta riesgo y dentro de las adolescentes tardías, un 86.5% no lo presenta. Por otro lado, un 17.2% de las adolescentes medias se encuentra en riesgo mientras que, dentro de las adolescentes tardías, un 13.4% lo está.

Ni en el caso del grupo “Sin Riesgo” ni “En Riesgo” las diferencias, encontradas entre las adolescentes medias y las adolescentes tardías, son significativas.

Del mismo modo el cuadro N° 22, encontró que la proporción de las adolescentes que se encuentran o no en Riesgo 1 y Riesgo 2 para desarrollar un trastorno alimentario. Los resultados hallados fueron los siguientes:

Cuadro N° 22

Proporciones de Riesgo 1 para desarrollar un trastorno alimentario según edad

Conductas de riesgo	<i>Edad</i>		<i>X²</i>	<i>p</i>
	Adolescencia media	Adolescencia tardía		
	n = 99	n = 89	.331	.565
Sin Riesgo	63.6%	59.6%		
Riesgo 1	36.4%	40.4%		

p < .05

Como vemos en el cuadro anterior, no existen diferencias significativas según la edad entre quienes no se encuentran en riesgo para desarrollar un trastorno alimentario y quienes tienen Riesgo 1. Dentro de las adolescentes medias, un 63.6% no se encuentra en riesgo para desarrollar un trastorno alimentario mientras que un 36.4% presenta Riesgo 1. Por otro lado, dentro de las adolescentes tardías, un 59.6% no se encuentra en riesgo para desarrollar este cuadro mientras que un 40.4% presenta Riesgo 1.

Además, tampoco existen diferencias significativas según edad entre quienes no se encuentran en riesgo para desarrollar un trastorno alimentario y quienes tienen Riesgo 2. De este cuadro podemos ver que de las adolescentes medias, un 85.9 % no se encuentra en riesgo mientras que un 14.1% presenta Riesgo 2. Por otro lado, de las adolescentes tardías, un 84.3% no se encuentra en riesgo mientras que un 15.7% presenta Riesgo 2.

Cuadro N° 23

Proporciones de Riesgo 2 para desarrollar un trastorno alimentario según edad

Conductas de riesgo	<i>Edad</i>		<i>X²</i>	<i>p</i>
	Adolescencia media	Adolescencia tardía		
	n = 99	n = 89	.093	.760
Sin Riesgo	85.9%	84.3%		
Riesgo 2	14.1%	15.7%		

p < .05

Como resumen de los cuadros presentados, encontramos que las adolescentes medias presentan un 36.4% de Riesgo 1 y un 14.1% de Riesgo 2. En el caso de las

adolescentes tardías, un 40.4% se encuentra en Riesgo 1 y un 15.7% se encuentra en Riesgo

2.

El mismo procedimiento fue realizado para hallar las proporciones según el centro de estudio como se muestra en el Cuadro N ° 24.

Cuadro N ° 24
Proporciones de rangos de sintomatología depresiva según centro de estudio

Sintomatología depresiva	Centro de Estudio		X ²	p
	Preuniversitario	Universitario		
Mínimo	61.7%	75.7%	7.368	.061
Leve	14.8%	15%		
Moderado	14.8%	6.5%		
Severo	8.6%	2.8%		

p < .05

El cuadro anterior muestra que no existen diferencias significativas en los rangos de sintomatología depresiva según el centro de estudio y la distribución es como se presenta en el cuadro superior. Como vemos, el centro de estudio que presenta un mayor porcentaje de casos con sintomatología severa es el centro preuniversitario. Desglosando un poco los datos obtenidos, vemos que un 61.7% de las adolescentes de la academia preuniversitaria presentan un nivel mínimo de sintomatología depresiva, un 14.8% un nivel leve, otro 14.8% un nivel moderado y 8.6% un nivel severo. Pasando a hablar de las estudiantes universitarias vemos que un 75.7% presenta un nivel mínimo de sintomatología depresiva, un 15% un nivel mínimo, un 6.5% un nivel moderado y solo 2.8% un nivel severo de sintomatología depresiva.

Cuadro N ° 25
Proporciones de sintomatología depresiva según centro de estudio.

Sintomatología depresiva	Centro de Estudio		X ²	p
	Preuniversitario	Universitario		
			7.036	** .008
Sin Riesgo	76.5%	90.7%		
En Riesgo	23.5%	9.3%		

**p < .01

Por otro lado, los resultados indican que la proporción en Sin Riesgo y En Riesgo para desarrollar un cuadro depresivo es significativamente diferente. Son los alumnos del centro preuniversitario quienes presentan un porcentaje significativamente mayor de adolescentes en riesgo para desarrollar un cuadro depresivo.

Además, como muestran los Cuadros N ° 26 y 27, no existen diferencias significativas en la proporción En Riesgo y con Riesgo 1 según el centro de estudio. Lo mismo sucede al comparar la proporción En Riesgo y con Riesgo 2, según el centro de estudio.

Cuadro N ° 26
Proporciones de riesgo 1 para desarrollar un trastorno alimentario según centro de estudio

Conductas de riesgo	Centro de Estudio		X ²	p
	Preuniversitario	Universitario		
			.000	.995
Sin Riesgo	61.7%	61.7%		
Riesgo 1	38.3%	38.3%		

p < .05

Cuadro N ° 27
Proporciones de riesgo 2 para desarrollar un trastorno alimentario según centro de estudio

Conductas de riesgo	Centro de Estudio		X ²	p
	Preuniversitario	Universitario		
			.642	.423
Sin Riesgo	82.7%	86.9%		
Riesgo 2	17.3%	13.1%		

p < .05

Finalmente, se presentan en el Cuadro N ° 28 las proporciones de cada uno de los rangos de sintomatología depresiva y el Riesgo 1 y el Riesgo 2 para desarrollar un trastorno alimentario. Los resultados fueron los siguientes:

Cuadro N ° 28

Proporciones de riesgo 1 para desarrollar un trastorno alimentario según el nivel de sintomatología depresiva

Sintomatología depresiva	ITA		X ²	p
	Sin Riesgo	Riesgo 1		
			25.537	***.000
Mínimo	81.9%	50%		
Leve	12.1%	19.4%		
Moderado	4.3%	19.4%		
Severo	1.7%	11.1%		

***p < .001

Los resultados nos indican que existen diferencias bastante significativas en los rangos de sintomatología depresiva entre quienes tienen Riesgo 1 y quienes no tienen riesgo.

También existen diferencias significativas entre quienes tienen Riesgo 2 y quienes no tienen riesgo. En este caso, las diferencias son también bastante significativas (Ver Cuadro N ° 29).

Cuadro N ° 29

Proporciones de riesgo 1 para desarrollar un trastorno alimentario según el nivel de sintomatología depresiva

Sintomatología depresiva	ITA		X ²	p
	Sin Riesgo	Riesgo 2		
			38.388	***.000
Mínimo	78.1%	21.4%		
Leve	11.9%	32.1%		
Moderado	6.9%	28.6%		
Severo	3.1%	17.9%		

***p < .001

Para ambos riesgos (Riesgo 1 y Riesgo 2), la mayoría de los que presentan un nivel mínimo de sintomatología depresiva, no se encuentran en riesgo para desarrollar un trastorno alimentario.

Se intentó hacer una tabla que mostrara los niveles de sintomatología depresiva según Sin Riesgo, Riesgo 1 y Riesgo 2 para desarrollar un trastorno alimentario pero al estar Riesgo 1 y Riesgo 2, en muchos de los participantes superpuestos, los resultados obtenidos no serían adecuados.

Análisis de la relación entre la sintomatología depresiva de las adolescentes y las conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario

Se determinó que ambas distribuciones no son normales y con respecto a la existencia de la correlación entre la sintomatología depresiva en la muestra y las conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario, los resultados muestran lo siguiente:

Cuadro N ° 30

Correlación entre sintomatología depresiva y conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario

	<i>Sintomatología depresiva</i>
Conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario	** .51

N = 188, **p<.01, una cola

El Cuadro N ° 30 indica que la sintomatología depresiva se encuentra relacionada significativamente y de manera positiva a las conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario. ÉS decir, mientras más alto sea el nivel de sintomatología depresiva en las adolescentes, mayores serán sus conductas de riesgo para desarrollar un trastorno

alimentario. De acuerdo al criterio de Cohen, esta es una relación grande y significativa con lo cual se confirma sustancialmente la hipótesis planteada.



Capítulo 4

DISCUSIÓN

En los resultados presentados en el capítulo anterior, hemos podido apreciar la forma en la que se relacionan las diferentes variables de nuestro estudio. Así, discutiremos los resultados siguiendo este orden: primero, nos concentraremos en el nivel de sintomatología depresiva y su asociación con las variables sociodemográficas que fueron tomadas en cuenta. Segundo, comentaremos acerca del nivel de conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario y su relación con las variables sociodemográficas consideradas en este estudio. Tercero, explicaremos la relación entre la sintomatología depresiva y el riesgo para desarrollar un trastorno alimentario.

Respecto a los niveles de sintomatología depresiva en nuestra muestra, es importante empezar retomando que, en estudiantes universitarios, la depresión parece constituir un problema bastante importante ya que, al malestar psicológico del individuo que la padece, se le agrega la imposibilidad de obtener un rendimiento satisfactorio debido a que, como sabemos, las funciones cognitivas resultan bastante alteradas cuando se presenta esta entidad nosológica (Manelic y Ortega-Soto, 1995). Es interesante considerar que sería posible que esta relación se convierta en un círculo vicioso del cual podría ser difícil salir. Es decir, la depresión podría causar que el rendimiento no sea adecuado pero también, para el adolescente deprimido, el no tener un rendimiento satisfactorio podría agrandar su tristeza, afectar su autoestima, entre otros factores.

Como se ha encontrado en diferentes estudios, la frecuencia de los cuadros depresivos es bastante alta en población estudiantil y, dentro de este grupo, predominan las

adolescentes mujeres. Sabemos, además, que el episodio depresivo es el trastorno clínico con mayor prevalencia en los adolescentes de nuestro medio, dándose en un 8.3%. Así, uno de cada doce adolescentes reúne los criterios necesarios para este diagnóstico (Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideo Noguchi, 2002). Además, en Colombia, en un estudio realizado a los alumnos de pregrado de diferentes programas académicos (Amezquita, Gonzáles y Zuluaga, 2003) se encontró que la prevalencia de depresión fue de un 49.8%, siendo un porcentaje bastante elevado y preocupante.

En este estudio, tomando como punto de corte para ser considerado riesgo el nivel moderado de sintomatología depresiva, encontramos dos grupos diferenciados: uno grande que no se encuentra en riesgo para desarrollar un cuadro depresivo (84.57 %) y uno pequeño (15.43 %) que sí se encuentra en riesgo. Este dato y el que la media de esta sintomatología encontrada (10.64) se encuentre en el nivel mínimo, nos permite sugerir que nuestra muestra, hablando de su salud mental, se encuentra conformada por adolescentes sanas. Este nivel implica que no cuentan con los síntomas necesarios para ser considerado un cuadro depresivo y, de presentarlos, estos son casi imperceptibles. Este hecho se puede ver reforzado por investigaciones realizadas en el mismo entorno (Niño de Guzmán, Calderón y Cassaretto, 2003) en los que se encuentra un patrón bastante similar, donde estudiantes de Letras y Ciencias con características parecidas a los de nuestra muestra son considerados un grupo de jóvenes mayormente mental y emocionalmente saludables, siendo descritos como adolescentes receptivos ante lo nuevo, con mucha curiosidad e interés por lo que los rodea, con tendencia a persistir en tareas que les resultan un reto y en las que es posible aplicarse un patrón de excelencia. Los autores consideran que su condición de adolescentes explica que se encuentren inclinadas hacia el grupo social que

los rodea y sus principales fuentes de interés se encuentren centradas en el establecimiento de vínculos intrapersonales que involucren mucha actividad, a través de los amigos y la pareja, presentando mayor interés por los ideales del grupo y el bienestar común. En dicho estudio se encontró también que existen determinados rasgos característicos de esta población: persistencia, competencia y motivación en las conductas y en las metas, lo cual coincide con investigaciones realizadas anteriormente, tanto en estudiantes de los primeros ciclos de la universidad como de la academia preuniversitaria (Astonitas, 2000; Cassaretto, 1999; Niño de Guzmán, Calderón, Escalante, Lira, Morote y Ruda, 2000).

De forma específica, encontramos que en nuestra muestra, un 69.68% presenta un nivel mínimo de sintomatología depresiva, 14.89% presenta un nivel leve, un 10.11% presenta un nivel moderado y, finalmente, un 5.32% presenta un nivel severo de esta sintomatología. Estos datos pueden ser equiparados con los obtenidos en una investigación realizada en México que, mediante el BDI, encontró en una muestra de adolescentes, que el 74% tiene un nivel mínimo de sintomatología depresiva, un 15.4% presenta sintomatología leve y un 10.6% presenta sintomatología moderada (Barrera, Cruz y Luna, 2006). Como podemos ver, a diferencia de nuestra muestra, ésta no presenta casos de sintomatología severa.

Resulta interesante comparar estos resultados con los obtenidos en un estudio realizado en una universidad nacional de Lima Metropolitana (Riveros, Hernández y Rivera, 2007). Podríamos pensar que los niveles encontrados podrían ser similares o, incluso llegar a pensar que los niveles de sintomatología depresiva podrían ser más elevados en la universidad nacional ya que las condiciones con las que cuentan son, en

muchos sentidos, menores. Sin embargo, existen diferencias importantes que merecen ser mencionadas ya que colocan a nuestra población en una situación menos favorable.

En dicho estudio, se encontró que un 80.5% de adolescentes mujeres no presentaba sintomatología depresiva, un 15.35% presentaba un nivel leve, un 3.45% presentaba un nivel moderado y un 0.7% presentaba un nivel severo. Para comprender mejor la comparación de ambos estudios, presentamos el siguiente cuadro:

Cuadro N °31

Comparación de niveles de sintomatología depresiva en ambos estudios

<i>Niveles</i>	<i>Investigación Actual</i>	<i>Investigación Anterior</i>
Mínimo	69.68%	80.5%
Leve	14.89%	15.35%
Moderado	10.11%	3.45%
Severo	5.32%	0.7%

De esta comparación obtenemos que, aunque parece que la muestra de nuestro estudio es mental y emocionalmente sana, existen diferencias en un grupo pequeño en el que los resultados no son positivos. Sugerimos esto ya que, por un lado, nuestra muestra presenta un porcentaje menor de adolescentes con un nivel mínimo de sintomatología depresiva y, por otro lado, el porcentaje de adolescentes con sintomatología severa en nuestra muestra es bastante más elevado del esperado.

Al considerar las cifras obtenidas en ambos estudios, sugerimos diferentes razones que podrían explicar el por qué de los resultados. Por un lado, estas diferencias podrían deberse a que el instrumento empleado fue diferente ya que en dicho estudio se empleó la Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS). Tomando este punto en cuenta, podemos pensar que al encontrarse el BDI II basado en los criterios diagnósticos

propuestos por el DSM IV TR (APA, 2002), los resultados obtenidos en nuestra investigación podrían ser más precisos. En este sentido, es importante considerar que otro estudio, realizado en la misma universidad con la que nuestros datos han sido comparados, en alumnos ingresantes empleando la Escala de Depresión de Estudios Epidemiológicos (CES-D) encontró que el 40% de los estudiantes ingresantes, se encontraban propensos a desarrollar un cuadro depresivo (Riveros, 2003). Este hecho avala la idea de que la variación del instrumento influye en los resultados obtenidos.

Por otro lado, estas diferencias podrían deberse también a que ambas muestras, a pesar de encontrarse conformadas por adolescentes estudiantes, pueden presentar características diferentes. Por ejemplo, el nivel sociodemográfico podría ser un factor que influye, más aún, si tomamos en cuenta que las variables demográficas mostraban una modesta influencia en las puntuaciones del HADS (Crawford, Henry, Crombie y Taylor, 2001 citados en Riveros, 2003)

Respecto a los niveles de sintomatología depresiva según otras variables de estudio, vemos que no existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de sintomatología depresiva según el centro de estudio. De todos modos, es importante mencionar que, a nivel descriptivo, ésta es mayor en estudiantes preuniversitarios. Además, podemos pensar que resulta comprensible que, como lo muestran los resultados, al estudiar la proporción de condición de riesgo, se observe que ésta es mayor en estudiantes preuniversitarios. Podemos sugerir que esto se debe a que éstas adolescentes se encuentran atravesando una etapa de mucha presión y exigencia en la que su meta más cercana es ingresar a la universidad y no cuentan con la seguridad de que podrán alcanzarla ya que su ingreso no es un hecho y dependerá de muchos factores, algunos sobre los cuales no podrá

tener control. Así, tomando en cuenta el nivel de competencia y los niveles elevados de rendimiento que son necesarios para poder ingresar a la universidad, es esperable que se encuentren atravesando momentos de angustia y tristeza al sentir que podrían no cumplir su meta y fallarles tanto a sus seres queridos, quienes muchas veces colocan muchas demandas sobre ellas, como a sí mismas. Esto adquiere mayor relevancia si consideramos que nos encontramos dentro de una sociedad en la que, prácticamente, se ha establecido como norma que los adolescentes al terminar el colegio deben ingresar a una universidad, cada vez a edades más tempranas y, muchas veces, sin haber sido los mismos adolescentes quienes elijan esta opción. Otro punto importante es que el mercado laboral al que se enfrentarán en un futuro es un tema que pueden percibir al cual no le dedican mucho tiempo para reflexionar (Cassaretto, Chau, Oblitas y Valdez, 2003).

Volviendo al porcentaje de adolescentes en riesgo que se ha obtenido en el presente estudio (15.43%) consideramos que este es un dato que debe ser tomado en cuenta por las autoridades para que estas puedan tomar medidas al respecto debido que, probablemente, muchas de estas adolescentes no se encuentren siguiendo el tratamiento idóneo en estos casos e, incluso, desconozcan el cuadro que se encuentran presentando y la gravedad que éste supone. En este sentido, resulta adecuado empezar a fomentar en los adolescentes la toma de conciencia acerca de la importancia de atender a la salud mental. Con este fin, sería recomendable implementar, tanto dentro de la universidad como de la academia preuniversitaria, charlas informativas, talleres preventivos, intervenciones grupales, entre otros, que podrían cumplir un rol muy importante, ayudando a que el número de casos severos no vaya en aumento. Es importante además que estos programas y servicios

cuenten con una difusión adecuada que permita que la mayoría de los estudiantes se informen y tengan acceso a ellos.

Existen diversos factores que generan depresión en los adolescentes. Entre estos encontramos el elevado costo de los estudios y un mercado laboral muy limitado, en otras palabras, primero un gran esfuerzo y luego la frustración (Riveros, et. al., 2007). Además, algunos de los estresores más comunes de la vida universitaria que pueden favorecer una crisis depresiva son el nivel académico elevado, encontrarse solos en un ambiente nuevo, cambios en las relaciones sociales y familiares, entre otros. A estos estresores se agrega la salud como el estresor psicosocial con mayor magnitud entre los adolescentes (Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”, 2002).

En este contexto, nos preguntamos a qué se debe que exista un grupo que muestra niveles bajos de sintomatología depresiva mientras otro grupo no. Este hecho nos lleva a pensar que el grupo con niveles bajos cuenta con determinados factores que los protegen. Por ello, podríamos sugerir que estas adolescentes cuentan características personales que están ayudándolas a que, en estas condiciones, no les sea muy complicado, ni les genere estrés, lidiar con los cambios a los que se encuentran sometiéndose y, aparentemente cuentan con otros factores protectores y fuentes de soporte. Entre las características personales que podrían ejercer un papel protector encontramos niveles adecuados de tolerancia a la frustración, sentido de responsabilidad, una adecuada autoestima, entre otros. Además, el contar con familiares o amigos, con quienes se mantienen vínculos adecuados, puede también funcionar como un factor protector. Del otro lado, quienes presentan niveles altos de estos síntomas podrían contar con variables predictoras de síntomas psicopatológicos como un alto nivel de celos-soledad, depresividad-rasgo, impulsividad y

baja integración social. Así, habilidades sociales inapropiadas y rasgos desadaptativos de personalidad funcionan como variables predictoras de cuadros psicopatológicos (Garaigordobil, 2006). También se han encontrado otros factores de riesgo como una mala relación con los padres, consumo de drogas y la frecuencia con que la ingieren. El apoyo social, o la ausencia de éste, se presenta como un factor determinante para el desarrollo de un cuadro depresivo, funcionando como un factor protector (Barrera et. al., 2006).

En el caso de las adolescentes universitarias de nuestra muestra, ellas se encuentran en los primeros ciclos, por lo que algunas de las preocupaciones mencionadas como los estresores más comunes, aún no son propias de ellas y no son temas a los que tiendan a dedicarles su atención. Estas estudiantes, se encuentran experimentando la alegría de haber ingresado a una universidad que cuenta con mucho prestigio a la que no es sencillo ingresar. Además, el mercado laboral al que se enfrentarán en un futuro no es un tema que, por el momento, les preocupa. Sin embargo, el nivel de exigencia de la universidad sí podría afectarles mucho ya que, muchas veces, existirán casos de adolescentes que fueron muy buenas alumnas en su etapa escolar que, en la universidad, no obtienen los resultados esperados.

Sobre los niveles de sintomatología depresiva y el índice de masa corporal reportado de las adolescentes, vemos que quienes se encuentran dentro del rango normal y las que tienen sobrepeso, se diferencian significativamente, siendo quienes tienen sobrepeso las que presentan un nivel más elevado de esta sintomatología. Este hecho puede verse reforzado por un estudio en el que se encontró que el 25% de las mujeres con sobrepeso padecen de depresión, frente a un 14% de mujeres con peso normal (Borys, 2001). Bajo esa misma línea, Norton (2007) señala que existen indicios razonables que apoyan la idea de

que las adolescentes con sobrepeso podrían encontrarse en mayor riesgo que las que tienen un peso normal para desarrollar un cuadro depresivo. Si bien, no se ha determinado si existe un solo tipo de relación causa-efecto entre el sobrepeso y la depresión, podemos pensar que ésta puede darse en ambos sentidos. Esto se puede deber a la estigmatización social y las bromas a las que se ven expuestas las adolescentes con sobrepeso, ya que en nuestra sociedad hay una actitud extremadamente crítica con las mujeres con sobrepeso y obesidad a quienes se le atribuye falta de voluntad y poco autocontrol hacia su peso y alimentación. Asimismo, la mayor diferencia entre niveles de depresión por géneros, se apoya en parte por la presión social ejercida en las mujeres que les exige ser delgadas y, tengan el peso que tengan, siempre tendrán una imagen corporal más negativa que los hombres (Muth y Cash, 1997 citados en Díaz, Pandolfi y Perfetti, 1999). En esa línea, Boys (2001) reporta que las mujeres que más se deprimen son las que más engordan. Por otro lado, uno de los síntomas del episodio depresivo mayor (APA, 2002) puede ser el aumento de peso o el aumento de apetito. Este punto nos lleva a pensar que, así como la depresión puede ser una consecuencia del sobrepeso, la relación podría invertirse. Es decir, el sobrepeso podría ser una consecuencia de la depresión. Sería muy interesante poder determinar cuál es la relación que prevalece. Esto permitiría poder tener en consideración varios puntos importantes tanto como para el tratamiento como para la prevención.

Si bien, los datos mencionados, acerca de este tema, son bastante importantes, no podemos dejar de tomar en cuenta factores como el entorno familiar, la educación de los padres, las relaciones interpersonales y la historia de salud mental de los familiares. Estos también pueden ejercer una gran influencia en que esta relación se de.

En términos de las conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario, es importante empezar retomando que, si bien la prevalencia de este trastorno no es muy elevada en la población adolescente de nuestro medio, las conductas de riesgo sí presentan una prevalencia elevada: 3.8% de las conductas bulímicas y 8.3% de la tendencia a trastornos alimentarios. (Instituto Nacional de Salud Mental, “Honorio Delgado Hideoy Noguchi”, 2002)..

Además, en estudios realizados anteriormente en población de mujeres adolescentes en nuestro medio se han encontrado diferentes datos acerca de este tema. Hartley (1999) encontró que entre el 10.5% y el 15.2% de las adolescentes que evaluó se encontraba en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario; Zusman (2000) encontró que 18.6% de su muestra presentaba indicadores de trastornos alimentarios; además, también se ha encontrado que un 16.4% presentaba uno o más trastornos alimentarios (Martínez et. al., 2003).

En nuestra muestra, la media de las conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario fue de 101.99, puntaje que las ubica en una situación de No Riesgo. Sin embargo, este valor se encuentra bastante cerca al punto de corte a partir del cual se considera Riesgo 1. Este dato es preocupante ya que, si bien, la media no ubica a la muestra en general en una situación de riesgo, ésta no se encontraría tan lejana a pasar a formar parte de esta situación. Asimismo, el ver que el nivel de Riesgo 1 encontrado en la muestra (38.3%) es bastante más elevado que el porcentaje obtenido en investigaciones anteriores, podría ser una señal de alarma que indica que las adolescentes de nuestra muestra son un grupo que debe recibir especial atención. Sin embargo, el nivel de Riesgo 2 (15.4%) es

bastante similar a los obtenidos en investigaciones anteriores. Ambos datos son cifras que debemos tomar en cuenta.

Es relevante mencionar que si bien, el porcentaje de Riesgo 1 es elevado, consideramos que el que sea detectado, podría evitar, de tomarse las medidas necesarias, que se convierta en problema menos manejable como sería el Riesgo 2 en el que se encuentran quienes ya presentan conductas que forman parte de los criterios del DSM IV TR (APA, 2002) para ser considerado un trastorno alimentario.

Por ello, consideramos necesario empezar a hacer que la población adolescente empiece a tomar mayor conciencia acerca de estos trastornos y su implicancia. Esto adquiere mayor relevancia en la actualidad ya que, como sabemos, la cultura de la delgadez en la que nos vemos inmersos establece un estereotipo corporal extremadamente delgado, capaz de desencadenar una serie de valores y normas que determinan una cadena de comportamientos relacionados con la talla, peso y figura corporal, comportamientos que pueden conducir al desarrollo de un problema o trastorno alimentario (Merino et. al., 2001) En este sentido, es importante mencionar que, probablemente, siguiendo conductas normales no podrán alcanzar, por lo menos no a corto tiempo, el peso deseado que muchas veces es extremadamente bajo. Este hecho las podría llevar a presentar conductas que las colocan en situación de riesgo. La presión social, hacia la delgadez, a la que las adolescentes se ven sometidas, genera que ellas sobrevaloren sus dimensiones corporales y se sientan insatisfechas con su cuerpo y apariencia física por lo cual desean perder peso, incluso, llegando a someterse a una dieta extremadamente restrictiva (Mora y Raich, 1994). Además, la sociedad vía los medios de comunicación, invade con publicidad engañosa que

promete éxito y felicidad por medio de un casi perfecto cuerpo (Rivarola, 2003). Este es el contexto en el que no resulta sorprendente que estas conductas se den en un nivel elevado.

En términos del Riesgo 1 que implica la presencia de conductas de riesgo que hace a las adolescentes vulnerables a desarrollar un trastorno alimentario a futuro, este, como hemos mencionado, se encuentra en el 38.3% de la muestra. Podríamos pensar que la cifra obtenida puede deberse a que muchas de estas conductas no son mal vistas por la sociedad e incluso son alentadas por ésta. Los intentos por controlar los cambios físicos que enfrentan las adolescentes, pueden llevarlas a sentirse obligadas a incurrir en conductas de alto riesgo con el objetivo de cumplir con el ideal impuesto. Entre estas conductas podemos encontrar cierto tipo de dietas en las que las personas deben someterse a un sacrificio extremo, ejercicios excesivos, etc. Este es un punto importante ya que podría considerarse que en los adolescentes existe un miedo injustificado acerca de su figura, peso y dietas ineficientes; e incluso se podría considerar como una variante de una conducta normal en este grupo etáreo (Quintero-Párraga, Pérez-Montiel, Montiel-Nava, Pirela, Acosta y Pineda, 2003).

El Riesgo 2 se dio en un 15.4% que implica que, quienes lo tienen, se encuentran presentando conductas que forman parte de los criterios diagnósticos para los trastornos alimentarios según el DSM IV TR (APA, 2002). Este dato puede ser comparado con el encontrado en un estudio (Martínez, et. al., 2003) en el que también fueron consideradas en riesgo quienes presentaban síntomas que formaban parte de los criterios diagnósticos (APA, 1994). En esa ocasión, se encontró a un 15.1% en riesgo. Como vemos, es un porcentaje bastante similar. Por la información obtenida, podemos pensar que, quienes presentan este

riesgo se encuentran bastante expuestos y, es probable, que ya se encuentren presentando un trastorno alimentario.

Es importante mencionar que existe un 14.9% de adolescentes presenta Riesgo 1 y Riesgo 2. Si tomamos en cuenta lo que cada uno implica, podemos sugerir que esta cifra nos habla de adolescentes que tienen gran probabilidad de encontrarse presentando un trastorno alimentario. Es posible equiparar este porcentaje a los resultados hallados por Delgado (2001) en cuyo estudio se encontró que una de cada seis adolescentes presenta un trastorno alimentario.

Si bien, todas las adolescentes que se encuentran en riesgo podrían estar presentando un trastorno alimentario, es más probable que quienes se encuentran en Riesgo 2 y, más aun, quienes presentan ambos riesgos se encuentren presentando un trastorno alimentario. Es bastante posible que estas adolescentes no se encuentren recibiendo el tratamiento idóneo para este tipo de cuadros por lo que las consecuencias a las que ellas pueden verse expuestas podrían llegar, incluso, a ser mortales. Así, La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que el índice de mortalidad por bulimia y anorexia en el mundo es de un 15 por ciento, siendo el 90 por ciento mujeres. En nuestro entorno, Pomalima (s.f.) señala que entre el 10% y el 15% de personas que presentan anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, fallecen.

Al hablar de las diferencias determinadas según variables sociodemográficas, se encontró que no existe diferencia significativa según la edad de las adolescentes. Podríamos complementar este dato, considerando que, la anorexia suele iniciarse entre los 13 y 18 años (Papalia et. al., 2005; APA, 2002). Como vemos, los dos grupos de edades que fueron

formados para este estudio, se encuentran dentro de este rango de edad, por lo que podría esperarse que no existan diferencias significativas en este riesgo según la edad.

Al hacer las comparaciones según el índice de masa corporal reportado, vemos que de los tres rangos encontrados en la muestra: bajo peso, peso normal y sobrepeso, quienes se encuentran en riesgo mayor para desarrollar un trastorno alimentario son las adolescentes con sobrepeso. Este es un dato que podríamos considerar esperable si tomamos en cuenta que, como hemos visto, lo menos agradable y más criticado en nuestra sociedad es que una mujer, y más si es una mujer adolescente, se encuentre subida de peso. Es mejor visto que estas adolescentes se encuentren dentro de los pesos considerados normales e, incluso, tan bajos que llegan a afectar la salud, tanto mental como física de las adolescentes a que sean calificadas dentro de la imagen pública como “subidas de peso”. No es poco usual que estos pesos tan bajos sean halagados con frases como: “Qué delgada estás”, “Cuánto has bajado de peso” entre otras, lo cual genera que quienes son delgadas se sientan mejor consigo mismas, sintiendo que reciben el afecto y la aprobación de su entorno. Esto lleva a quienes presentan este peso no piensen en las consecuencias de estas conductas, que pueden ser fatales a largo plazo.

Así, encontramos mensajes socioculturales referentes a una forma de cuerpo delgada, los cuales podrían influir en la presencia de los trastornos alimentarios y la imagen corporal (Rivarola y Puma, 2006). Un punto que resulta importante mencionar es que cuanto más insatisfecho se siente un sujeto con su cuerpo y apariencia externa, tanto más obeso se autopercibe, mayor es su historia y frecuencia de dietas restrictivas, su deseo de adelgazar y, como consecuencia, mayor si nivel de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario (Merino, et. al., 2001).

El que las adolescentes que reportan sobrepeso presenten con mayor intensidad conductas de riesgo para desarrollar trastornos alimenticios también puede deberse a que entre las características principales de estos trastornos se encuentra un temor exagerado a engordar y una exageración del tamaño y los defectos corporales (Tannenhaus, 2007). Por ende, resulta sencillo entender que quienes tienen sobrepeso y desean fervientemente poder bajar, se encuentran en riesgo bastante alto de desarrollar alguno de estos cuadros. Además, si tomamos en cuenta que por lo general, las personas que desarrollan trastornos alimentarios tienen baja autoestima (Saranson y Saranson, 2006), es probable que esta se vea muy afectada al momento de compararse con quienes forman parte de su grupo de pares y tienen o un peso bajo o un peso normal que las hace lucir “atractivas”. En este sentido, se ha encontrado que la mayoría de estudiantes adolescentes desearía ser más delgada (Universidad de Cornell, 2007) y a esto, podemos agregarle que suelen percibirse más subidas de peso de lo que realmente se encuentran.

De manera específica para la relación entre el peso y los trastornos alimentarios, algunos autores reportan que en la anorexia, el exceso de peso, la obsesividad, la insatisfacción corporal y los ideales sociales de la delgadez, funcionan como factores que predisponen a las personas ser más vulnerables a los trastornos alimentarios. Además, el realizar una dieta de tipo restrictivo, la decisión de perder peso y la insatisfacción corporal, funcionan, por su parte, como factores que desencadenan esta enfermedad (Brewerton, 2004; Cervera, 2005; Perpiñá, 1995; Toro, 2004). Por otro lado, en la bulimia nerviosa, encontramos factores predisponentes la insatisfacción corporal, las dietas regulares y un exceso de peso previo al trastorno. Además, este cuadro presenta como factores desencadenantes el desarrollo de una dieta o gran restricción alimentaria a las que se

podrían recurrir al encontrarse en sobrepeso. Además, el presentar una mala imagen corporal y el uso de dietas restrictivas funcionan como factores de mantenimiento (Brewerton, 2004; Cervera, 2005; Perpiña, 1995). Es importante resaltar que, como podría suponerse, quienes presentan sobrepeso y perciben sobrepeso tiendan al ejercicio de dietas muy duras y presenten una peor imagen corporal.

Las adolescentes tienden a hacer comparaciones entre ellas y sus demás compañeras y modelos a las que son expuestas, este mecanismo regular y frecuente y aparece por la rapidez y la intensidad con la que se producen sus cambios físicos; ello, genera mucho dolor en la adolescente con sobrepeso y contribuye a que se sienta peor consigo mismas ya que la sensación de poco control en sus cambios es mayor. Así, el incremento de la grasa corporal excesivo puede ser un factor de riesgo si es que no se toman las medidas necesarias (Universidad de Missouri-Columbia, 2007).

Antes de pasar a la relación entre ambos constructos, consideramos importante hacer un análisis de los índices de masa corporal reportados hallados en la muestra. Si bien sabemos que estos son índices reportados que no se han basado en la medición directa de talla y peso de cada adolescente, es un referente importante a tomar en cuenta. En relación a este, encontramos que la gran mayoría reporta índices de peso normal y, porcentajes menores, presentan bajo peso y sobrepeso, tomando en cuenta la clasificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004). No se encontró ningún caso de obesidad por lo que podemos sugerir, que esta es una muestra más de la importancia que le atribuyen las adolescentes tanto a su peso como a su imagen corporal. Esto las lleva a mantenerse siempre cuidándose. Por otro lado, también podemos pensar que los índices de masa corporal reportados no son los reales.

Si nos centramos en nuestra primera explicación, podríamos pensar que esto se debe a que nuestra sociedad presenta costumbres que, si bien pueden llevarnos a desarrollar un trastorno alimentario, puede funcionar también (en las mejores condiciones) como un factor protector que evita que las adolescentes lleguen a la obesidad justamente por la preocupación por el peso actual. En este contexto, ser obeso traería muchas consecuencias negativas, no solo personales (psicológicas y físicas) si no también sociales. En este sentido, es importante mencionar que en las generaciones actuales existe mayor conciencia de los riesgos tanto para la salud física como la mental de la obesidad. Así, es común ver que se reconoce la importancia de conductas de salud como practicar ejercicio físico, tener una nutrición adecuada, entre otras (Becoña y Oblitas, 2004). Es decir, seguir una dieta más balanceada y adherirse a estilos de vida menos sedentarios.

Por otro lado, nos preguntamos cuáles serían sus pesos ideales y si existe la posibilidad de que para ellas, algo ideal implique encontrarse por debajo del peso adecuado. Esta pregunta se genera ya que en un estudio realizado con población adolescente (Martínez et al., 2003), se encontró que existe una gran diferencia tanto en la talla y el peso real como el ideal. En el caso de este estudio, el peso real de la muestra se encontraba dentro del nivel normal mientras que el ideal, se encontraba por debajo de lo saludable. Mencionamos nuevamente el tema de la sociedad en la que vivimos en la que los modelos tienen que ser delgadas y mientras más delgada seas, más serás admirada, vista y querida.

Luego de haber discutido los resultados, podemos concluir que nuestra muestra se encuentra formada por dos grupos. Uno es grande y se encuentra conformado por, aproximadamente, entre 69% (sin riesgo para desarrollar un trastorno alimentario) y 80% (sin riesgo para desarrollar un cuadro depresivo) que representan a una población mental y

emocionalmente sana. El segundo grupo se encuentra formado por un grupo menor, entre 15% (riesgo para desarrollar un cuadro depresivo) y 38% (riesgo para presentar un trastorno alimentario) que se encuentra en riesgo, incluso para desarrollar ambos cuadros.

En cuanto a la relación planteada que existe entre la sintomatología depresiva y el riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en adolescentes universitarias podemos ver que esta se cumple consistentemente. Hemos encontrado que es innegable la presencia de una relación alta y estadísticamente significativa, lo cual nos permite plantearnos la necesidad de tomar medidas sobretodo en la prevención de estos cuadros clínicos. Como se ha mencionado, existen cambios que aparecen en las adolescentes al entrar a la pubertad entre los que encontramos los físicos y de maduración sexual que influyen en la vida sexual del adolescente, en la representación de su imagen corporal, en la aparición y la declinación de sus intereses y actitudes y, finalmente, en los nuevos poderes y sensaciones físicas adquiridas. Los hechos mencionados pueden generar un cuadro depresivo en las adolescentes y así como preocupación por el peso.

Sabemos que la relación existe pero no ha sido posible determinar cuál es la dirección de ésta. En este sentido, los estudios han encontrado que normalmente los trastornos alimentarios preceden la depresión (Bronwell y Fairburn citado en Barlow, 2001) llegando a sugerirse que la depresión podría ser una reacción a estos. Sin embargo, hay quienes afirman que los trastornos alimentarios son una consecuencia de la depresión (Nolen-Hoeksema et. al., 2007) ya que esta podría ser un factor de riesgo para más adelante desarrollar un trastorno alimentario, sobretodo en mujeres jóvenes con historia de abuso familiar (Mazzeo y Espelage, 2002).

En nuestra muestra encontramos que la mayoría de quienes presentan un nivel mínimo de sintomatología depresiva, no se encuentran en riesgo (de ninguno de los dos tipos) para desarrollar un trastorno alimentario. De ello, podemos intuir que a menor sintomatología depresiva, menor es el riesgo para desarrollar un trastorno alimentario ya que los porcentajes son menores que en este grupo que en quienes se encuentran en riesgo. Existen quienes mencionan que las personas con trastornos alimentarios, muchas veces preocupadas por convertirse en personas delgadas se encuentran deprimidas la mayor parte del tiempo (Saranson y Saranson, 2006). En estos casos, podemos ver cómo el encontrarse delgadas y ser “atractivas” puede convertirse en un estresor, incluso mayor que algunos otros, que puede llevar a las personas a desarrollar tanto un cuadro depresivo como uno de ansiedad o a realizar actividades que las mantengan todo el tiempo estresadas pensando en ellas.

Es importante considerar algunas de las características de personalidad que se encuentran en las adolescentes con trastornos alimentarios que podrían ayudar a entender el por qué la relación se presenta de manera tan consistente. Entre estas características encontramos la rigidez del pensamiento y el abandono de las actividades normales (Tannenhaus, 2007; Martínez et al., 2003). El presentar un trastorno alimentario puede llevar a quienes lo padecen a aislarse y por ende sentirse solos, factor también muy importante para la depresión. Por otro lado, la rigidez de pensamiento puede no permitirles ver determinados aspectos positivos que poseen lo cual las lleva a centrarse solo en sus defectos y sus errores lo cual puede generarles mucho sentido de culpa y generarles un cuadro de depresión. Además, como en el caso de las adolescentes con anorexia, su nivel de autoestima depende en gran manera de la forma y el peso de su cuerpo por lo que

consideran un logro perder peso y signo de mucha disciplina. Hay que tomar en cuenta que si a este rasgo, le agregamos la percepción distorsionada de sí mismas, podemos entender por qué puede venir acompañada de depresión. Al encontrarse esta percepción distorsionada, se sentirán frustradas y no podrán llegar a sentirse satisfechas con sus logros por lo que se sentirán culpables al no lograr alcanzar sus metas.

Otra característica encontrada en este grupo, es el temor a las situaciones nuevas y labilidad emocional. Si bien hemos encontrado que estamos hablando de una población a la que le gusta enfrentarse a situaciones nuevas y correr riesgos, podemos presumir que para quienes presentan niveles más altos de riesgo a ambos trastornos, el adaptarse a situaciones nuevas, como lo son la academia y la universidad con todo lo que ello implica (nuevos amigos, normas, entorno, etc.) podría estar jugando un rol determinante en el desarrollo de estos trastornos, haciendo que éstas adolescentes se encuentren más vulnerables. Otra de las características que podrían presentar es el pensamiento polarizado “todo o nada” costándoles mucho poder distinguir matices (Beck, 1996), siendo esta una característica de pensamiento del depresivo. Así, podríamos sugerir que una adolescente que se percibe subida de peso, no se encontrará contenta con bajar algunos kilos y puede tener a llegar a extremos, tomando medidas peligrosas que la lleven a bajar radicalmente de peso.

Pasando a los factores externos que pueden contribuir a esta relación, encontramos antecedentes de obesidad de madre y/o padre, una madre afectuosa y sobreprotectora, un ambiente familiar caótico, entre otros (Kaplan, 1996). Como vemos, el haber convivido con alguien obeso puede haber hecho que las adolescentes se sientan estresadas al pensar que, más adelante, ellas podrían terminar repitiendo esos patrones, lo cual les genera tristeza y las lleva a adoptar conductas que les “asegure” que la historia no se repetirá. Por otro lado,

encontramos a la madre afectuosa y sobreprotectora que, muchas veces es incapaz de ver cuáles son las demandas y las necesidades de su hija. La sobreprotege en tanto es una extensión de ella. Esto genera que la adolescente se vea incapaz de tener control sobre su vida ya que se encuentra todo el tiempo cumpliendo con las demandas del entorno y sintiendo un gran vacío que la hace sentirse sola. Es así que decide tomar los alimentos como las únicas cosas sobre las que puede ejercer control, sin tomar en cuenta que, su vida puede llegar a estar en riesgo (Tannehaus, 1997).

Para finalizar, es importante retomar que la relación entre los constructos que fueron estudiados es consistente e innegable. Por ello, consideramos que los resultados encontrados pueden ser muy útiles, tanto en el campo de la prevención como de la intervención y el tratamiento. Además, estos resultados podrían orientar investigaciones posteriores más profundas, exhaustivas y concluyentes, controlando un mayor número de variables. Es ahí donde encontramos que este estudio es un gran aporte.

Por otro lado, es importante considerar que, si bien, diversos estudios han abordado el tema de los trastornos alimentarios en adolescentes escolares (Delgado, 2001; Hartley, 1999; Martínez et. al., 2003; Zusman, 2000), esto no se ha dado de igual manera en adolescentes universitarias y preuniversitarias por lo que consideramos que el presente estudio brinda un acercamiento a las adolescentes de este contexto y su situación en relación tanto a la sintomatología depresiva como a los trastornos alimentarios. Por ello, éste puede funcionar como punto de partida para futuras investigaciones acerca de este tema en este entorno.

Para concluir, consideramos que este estudio puede brindar, básicamente, aportes en cuanto a la prevención, pero también a la intervención e tratamiento de estos cuadros.

Como hemos mencionado, éste podría funcionar como base para investigaciones posteriores en las que podrían considerarse un número mayor de variables como, por ejemplo, las características familiares que juegan un rol fundamental en estos cuadros, para así, continuar aportando datos acerca de estos trastornos que traen consigo tantas consecuencias perjudiciales en la vida de quienes los presentan y en su entorno.



CONCLUSIONES

A partir de los resultados del presente estudio, se ha podido concluir lo siguiente:

1. Las adolescentes de nuestra muestra obtuvieron un promedio mínimo de sintomatología depresiva.
2. Las adolescentes de nuestra muestra obtuvieron un nivel promedio de “Sin Riesgo” para desarrollar un trastorno alimentario. Sin embargo, este nivel se encontró bastante cercano al punto de corte a partir del cual se considera “Riesgo 1”.
3. La sintomatología depresiva se encuentra relacionada de manera positiva y significativa al riesgo para desarrollar un trastorno alimentario.
4. La sintomatología depresiva de las adolescentes no se encuentra relacionada a la edad ni al centro de estudio de las adolescentes pero sí se encuentra relacionada al índice de masa corporal reportado por las adolescentes. Son quienes tienen sobrepeso las que presentan niveles más elevados de sintomatología depresiva y se encuentran en riesgo mayor para desarrollar un cuadro depresivo.
5. El riesgo para desarrollar un trastorno alimentario de las adolescentes no se encuentra relacionado ni a la edad ni al centro de estudio de las adolescentes pero sí al índice de masa corporal reportado. Son quienes tienen sobrepeso quienes presentan un nivel mayor de conductas de riesgo por lo que se encuentran en una situación de riesgo mayor para desarrollar estos cuadros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4a ed.). Washington DC.
- American Psychological Association (1998). *Eating Disorders: Psychotherapy's Role in Effective Treatment*. Recuperado el 4 de mayo, 2007 en <http://apahelpcenter.org/articles/topic.php?id=6>
- American Psychological Association (2007). *Briefing Sheet. Women and Depression*. Recuperado el 2 de mayo, 2007 en <http://www.apa.org/ppo/issues/pwomenanddepress.html>.
- Amezquita, M., Gonzáles, R. y Zuluaga, D. (2000). *Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas*. Universidad de Caldas, Manizales, Colombia.
- Asociación Nacional de Anorexia Nerviosa y Desórdenes Asociados (2007). Recuperado el 15 de mayo, 2008 en <http://www.anadenespanol.org/901.html>
- Astonitas, L. (2000). *Personalidad y Hábitos de Consumo de Internet en estudiantes universitarios con y sin riesgo de adicción a Internet*. Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Barrera, V., Cruz, Y. y Luna, R. (2006) *Determinación de los factores de riesgo para la depresión en adolescentes*. En: Memorias y Mejores Trabajos. La Investigación y el Desarrollo Tecnológico en Querétaro.
- Barlow, D. H. (2001). *Psicología Anormal: un enfoque integral* (2ª ed.). México DF.: Thompson Learning.
- Bhathia, S. C. & Bhathia, S. K. M. D. (1999). *Depression in Women: Diagnostic and Treatment Considerations*. *American Family Physician*. Vol 60. N°1, p. 239.
- Beck, A. (1996). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Becoña, E. y Oblitas, G. (2004). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Thompson.
- Borys, J. M. (2001). *Exposición presentada en el Congreso Mundial sobre Obesidad de Sao Paulo*.
- Brenlla, M. y Rodríguez, C. (2006). *Manual de Inventario de Depresión de Beck BDI II. Adaptación Argentina*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

- Brewerton, T. (2004). *Clinical Handbook of Eating Disorders. An integrated approach*. United States of America: Marcel Dekker
- Carmody, D. y Lega, L. s. f. *Características Psicométricas del Inventario de Beck II, versión en español en una muestra de colombianos en USA*. New Jersey, USA.
- Carvajal, G. (1993). *Adolecer: La Aventura de una Metamorfosis. Una visión Psicoanalítica de la Adolescencia*. 2ª ed. Santa fe de Bogotá: Editorial Tiresias.
- Cassaretto, M. (1999). *Adaptación del Inventario de Personalidad neo-revisado (NEO PI-R) FORMA S: en un grupo de estudiantes universitarios*. Tesis de Licenciatura Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Cassaretto, M. Chau, C; Oblitas, O y Valdéz, N. (2003). *Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología*. Revista de Psicología de la PUCP, edición II.
- Cervera, M. (2005). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. España: Ediciones Pirámide
- Costin, C. (2007). *The Eating Disorder Sourcebook*. 3rd edition. New York: Mc Graw Hill.
- Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E. & Shear, M. K., (2000). *Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression*. Archives of General Psychiatry. Vol, 57. pp. 21-27.
- Delgado, D. (2001). *Autopercepción y Trastornos Alimentarios en mujeres adolescentes escolares de nivel socioeconómico alto y medio alto*. Tesis de Licenciatura PUCP. Facultad de Letras y Ciencias Humanas. Mención: Psicología Clínica: Lima.
- Del Río, C., Torres, I. y Borda, M. (2002). *Comorbilidad entre bulimia nerviosa purgativa y trastornos de la personalidad según el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II)*. En: Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. Vol 2, N°3, pp. 425-438.
- Díaz, P.; Pandolfi, M. P. y Perfetti, R. (1999). *El Atractivo Físico*. Journal of Social Applied Psychology On Line. Recuperado el 30 de mayo, 2008 en: <http://www.udec.cl/clbustos/apsoque/soci/attractivo.html>
- Dio Bleichmar, E. (1991). *La Depresión en la Mujer*. Madrid: Temas de Hoy.
- Dunkley, D. M. y Grillo, C. (2007). *Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms and over evaluation of shape and weight in binge eating disorder patients*. Behavior Research and Therapy. Vol 45, Issue 1, 139-149.

- Elkind, D. (1997). *Egocentrism and Adolescence*. Child Development. Vol, 38, pp. 1025-1034.
- Erikson, E. (1974). *Identidad, Juventud y Crisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Fairburn, C. G. & Cooper, C. J. (1984). *The clinical features of bulimia nervosa*. The British Journal of Psychiatry. Issue 144, pp. 238-246. Recuperado el 4 de junio, 2007 en: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/abstract/144/3/238>
- Garaigordobil, M. (2006). [Psychopathological symptoms, social skills and personality traits: A study with adolescents from 14 to 17 years](#). *Spanish Journal of Psychology*, 9 (2), 182-192.
- George, D. & Mallery, P. (1995). *SPSS/PC step by step: A simple guide and reference*. Wadsworth Publishing Company. Belmont, CA. Estados Unidos.
- Gilligan, C. (1982). *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Graber, J. A. & Brooks-Gun, J. (2001). *Body Image*. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds) 2nd edition. En Handbook of Adolescent Psychology.
- Green, J. y Sánchez, M. (2007). *Adolescencia y contexto de exclusión*. Recuperado el 5 de setiembre, 2007 en <http://www.liber-accion.org/Joomla>.
- Halguin, R. P. y Whitbourne, S. K. (2004). *Psicología de la anormalidad: perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos*. México, D. F.: Mc Graw-Hill.
- Hartley, J. (1999). *Trastornos alimentarios en mujeres adolescentes escolares*. Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú. Facultad de Letras y Ciencias Humanas. Mención: Psicología Clínica: Lima.
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. (4^a ed.). México: Mc Graw- Hill Interamericana.
- Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi" (2000). *Estudio Epidemiológico en Salud Mental*. En: Anales de Salud Mental: Órgano Oficial del Instituto Especializado en Salud Mental "Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi" Vol XVII, N° 1 y 2.
- Izabela, L. (2006). *Depressive disorders in patients suffering from anorexia nervosa*. Archives of Psychiatry and Psychotherapy, N°2, 1.
- Kaplan, H. (1996). *Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta, psiquiatría clínica*. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana.

- Katon, W. & Sullivan, M. D. (1990). *Depression and chronic mental illness*. *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol, 51, pp. 3-14.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Metodología de la Investigación del Comportamiento*. México: Mac Graw Hill
- Krauskopf, D. (1994). *Adolescencia y Educación*. Segunda edición. Editorial EUNED. San José.
- Krauskopf, D. (1995). *Dimensiones del Desarrollo y la Salud Mental en la Adolescencia*. En Indicadores de Salud en la Adolescencia. O.P.S. San José de Costa Rica.
- Larraburu, I. (2006). *Trastorno por atracones*. Recuperado el 12 de setiembre, 2007 en: <http://www.isabel-larraburu.com/articles/article073.php>
- Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L. & Early Zadd, M. B. (1995). *Prospective analysis of personality and behavioral vulnerabilities and gender influences in the late development of disordered eating*. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol, 104, pp. 140 – 149.
- Lewisohn, P. M., Hyman, H., Roberts, R. E., Seely, J. R. & Andrews, J. A. (1993). *Adolescent Psychopatology. Prevalence and incidence of depression and other DSM III R disorders in high school students*. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol, 102, pp. 133-144.
- Lisa, R. (2004). *Depression Precedes Eating Disorder in Some Women*. *International Journal of Eating Disorders*. Recuperado el 14 de junio, 2007 en: http://www.healthyplace.com/communities/Eating_Disorders/Site/depression/depression_preceds_ed.htm.
- Luna, M. L., Gutiérrez, F., Jaramillo, M. A., Jara, L.M., y Chuquizuta, C. (2006). *La Depresión no Respeta la Gestación*. En: *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán*. Vol, 8. N°1 Enero – Junio 2006, pp. 41-47.
- Manelic, R y Ortega-Soto, H (1995) *La depresión en los estudiantes universitarios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Plantel Aragon*. En: *Salud Mental*, Vol, 18, 2. pp. 31-34.
- Martínez, P., Zusman, L., Hartley, J., Morote, R y Calderón, A. (2003). *Estudio epidemiológico de los trastornos alimentarios y factores asociados en Lima Metropolitana*. En *Revista de Psicología de la PUCP*. Vol, XXI, 2.

- Mazzeo, S. & Espelage, D. (2002). *Association Between Childhood Physical and Emocional Abuse and Disordered Eating Behaviors in Female Undergraduates: And Investigation of the Mediating Role of Alexithymia and Depression*. Journal of Counseling Psychology. Vol, 49, N°1, 86-100.
- Meler, I. (1996). *Estados Depresivos en Pacientes Mujeres*. La Perspectiva de los Estudios de Género. En: Revista Subjetividad y Cultura, México.
- Merino, H. Pombo, M. G. y Godás, A. (2001). *Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes*. Psicothema. Vol, 13. N°4, pp. 539-545.
- Mora, M. y Raich, R. M. (1994). *Contribución de los factores socioculturales y otras variables ambientales a la emergencia del trastorno bulímico*. Boletín de Psicología, 45, 41-64.
- Niño de Guzmán, I, Calderón, A., Escalante, M., Lira, T., Morote, R. y Ruda, L (2000) *Personalidad, ansiedad estado-rasgo e ingreso a la universidad en alumnos preuniversitarios*. En: Revista de Psicología. Vol, XVIII, 2, 2000, pp. 341-375.
- Niño de Guzmán, I, Calderón, A. y Cassaretto, M. (2003) *Personalidad y rendimiento académico en estudiantes universitarios*. En: Revista de Psicología Vol, 21, 1, 2003, pp. 119-143
- Nolen-Hoeksema, S. (1995). *Epidemiology and Theories of Gender Differences in Unipolar Depresión*. En Nolen Hoeksema (Ed.), Gender and Psychotherapy. Nueva York: American Psychiatry Press.
- Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E. y Bohon, C. (2007). *Reciprocal Relations Between Rumination and Bulimic, Substance Abuse, and Depressive Symptoms in Female Adolescents*. Journal of Abnormal Psychology. Vol, 49. N°1, 86-100.
- Norton, A. (2007) *Obese teens may be at risk of depression late*. En: *psychosomatic Medicine, 2007*. Recuperado el 15 de diciembre, 2007, en: <http://www.reutershealth.com/archive/2007/11/22/eline/links/20071122elin001.html>
- Organización Mundial de la Salud (2004) *Base de Datos Global del Índice de Masa Corporal*. Recuperado el 1 de octubre, 2007, en: http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
- Organización Mundial de la Salud (2008) *Depresión*. Recuperado el 1 de junio, 2008, en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/print.html
- Papalia, D., Wendkos Olds, S. & Duskin Feldman, R. (2005). *Psicología del Desarrollo*. Novena edición. México: Mc. Graw Hill Interoamericana.

- Patel, V & Kleinman A (2003). *Poverty and common mental disorders in developing countries*. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Recuperado en Junio 2, 2007 disponible en: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf.
- Pérez M., Joiner, T., & Lewinsohn, P. (2004). *Is Major Depressive Disorder or Dysthymia More Strongly Associated with Bulimia Nervosa*. *International Journal of Eating Disorders*. Volumen 36, 1, 55 – 61.
- Perpiña, C. (1995). Trastornos alimentarios. En Belloch, A., Sandín y Ramos. Manual de psicopatología. Vol 1. (pp. 531-555). Madrid: McGraw-Hill
- Pomalima, R. s.f. Entrevista al Dr. Rolando Pomalima, responsable del Programa de Trastornos de Conducta Alimentaria del Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi para Observatorio por la Infancia y la Adolescencia. Extraída el 6 de junio de 2008 desde: http://www.losninosprimero.org/losninos/ver_destacados.php?id=1114&cont=&tipo=ver&var=Las%20Regiones&subvar=nutricio
- Quintero-Párraga, E., Pérez Montiel, A. C., Montiel-Nava, C., Pirela, D., Acosta, M. F. y Pineda, N. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria: Prevalencia y características clínicas en adolescentes de la ciudad de Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela*. *Investigación Clínica*. Vol, 44. N°3, pp. 179-193.
- Rice, F. (1997). *Desarrollo Humano: estudio del ciclo vital*. México, D.F.: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Río, C., Torres, I. y Borda, M. (2002). *Comorbilidad entre bulimia nerviosa purgativa y trastornos de la personalidad según el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMII-II)*. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol, 2. N°3, pp. 425 - 438.
- Rivarola, M. F. (2003). *La Imagen Corporal en Adolescentes Mujeres: Su Valor Predictivo en Trastornos Alimentarios*. *Fundamentos en Humanidades*. Vol, 4. Número 007-008. Universidad Nacional de San Luis, Argentina. pp. 149-161.
- Rivarola, M. F. y Puma, F. (2006). *Los factores socioculturales y su relación con los Trastornos Alimentarios e Imagen Corporal*. En: *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. Vol, 8, 2. pp. 61-72.
- Riveros, M. (2003). *Características sociodemográficas y niveles de depresión en estudiantes ingresantes a la UNMSM a través de la escala CES – D*. Tesis para optar por el título de Máster en Psicología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

- Riveros, M., Hernández, H., y Rivera, J. (2007). *Niveles de Depresión y Ansiedad en Estudiantes Universitarios de Lima Metropolitana*. En: Revista IIPSI de UNMSM. Vol, 10, 1, 2007. pp. 91-102
- Rubinow, D.R.; Schmidt, P.J. y Roca C. A. (1998). *Estrogen-serotonin interactions: Implications Para affective regulation*. Biological Psychiatry, 1998;44(9):839-50.
- Santrock, J. (2006). *Psicología del Desarrollo. El Ciclo Vital*. (10ma edición). Madrid: Mc Graw Hill.
- Sanz, J.; Navarro, M. y Vásquez, C. (2003). Adaptación Española del Inventario para la Depresión de Beck II (BDI II). Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. En: [Análisis y modificación de conducta](#), ISSN 0211-7339, Vol. 29, Nº. 124, pp. 239-288
- Saranson, I. G. & Saranson, B. R. (2006). *Psicología anormal: el problema de la conducta inapropiada*. (11a ed.). México, D.F. : Pearson Educación.
- Sarria, A., Guardia, J. y Freixa, M. (1999). *Introducción a la Estadística en Psicología*. Barcelona: Edicions Univer.
- Strada, G. (2002). *El desafío de la anorexia*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Tannenhau, N. (1997). *Anorexia y Bulimia*. Barcelona: Plaza & Janés Editores S. A.
- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. España: Editorial Ariel S.A.
- Universidad de Cornell (2007). *Most College Students Wish They Were Thinner*. Recuperado el 15 de mayo, 2007 en: <http://www.sciencedaily.com/releases/2007/11/071120111544.htm>
- Universidad de Missouri – Columbia (2007) *Women of all sizes feel badly about their bodies after seeing models*. Recuperado el 16 de diciembre, 2007 en <http://www.sciencedaily.com/releases/2007/03/070326152704.htm>
- Wachter, K. (2005). *Depression common in eating disorders complicates Tx. (Mental Health)*. Journal Family Practice News. Thomson Gale. Vol, 35, 21. P. 45.
- Weltzin, T.E.; Fernstrom, M. H. & Fernstrom, J. D. (1995) *Acute tryptophan depletion and increased food intake and irritability in bulimia nervosa*. *Am J Psychiatry* . 1995;152: pp. 1668 – 1671
- Zusman, L. (1999). *La depresión y los trastornos de la alimentación en la mujer*. En Revista de Psicología de la PUCP. Vol, XVII, 1.

Zusman, L. (2000). *Las conductas alimenticias en adolescentes mujeres de Lima Metropolitana: sus manifestaciones y las características personales y familiares asociadas*. Tesis de Maestría. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.





ANEXO A

Confiabilidad del Inventario de Depresión de Beck – Segunda Edición

Cronbach's Alpha	N of Items
0.91	21.00

Cronbach's Alpha	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
BDI1	0.54	0.91
BDI2	0.59	0.90
BDI3	0.57	0.91
BDI4	0.62	0.90
BDI5	0.59	0.90
BDI6	0.42	0.91
BDI7	0.66	0.90
BDI8	0.51	0.91
BDI9	0.58	0.91
BDI10	0.42	0.91
BDI11	0.56	0.91
BDI12	0.52	0.91
BDI13	0.58	0.90
BDI14	0.71	0.90
BDI15	0.50	0.91
BDI16	0.58	0.91
BDI17	0.51	0.91
BDI18	0.57	0.91
BDI19	0.43	0.91
BDI20	0.66	0.90
BDI21	0.42	0.91

Confiabilidad por Escalas del Inventario de Depresión de Beck – Segunda Edición

Cronbach's Alpha	N of Items
0.87	13.00

Corrected Item-Total Correlation	
BDI1	0.56
BDI2	0.57
BDI3	0.58
BDI4	0.62
BDI5	0.62
BDI6	0.44
BDI7	0.65
BDI8	0.51
BDI9	0.59
BDI10	0.38
BDI12	0.49
BDI14	0.69
BDI18	0.50

Cronbach's Alpha	N of Items
0.80	8.00

Corrected Item-Total Correlation	
BDI11	0.54
BDI13	0.48
BDI15	0.52
BDI16	0.61
BDI17	0.48
BDI19	0.43
BDI20	0.67
BDI21	0.36

ANEXO B

Validez del Inventario de Depresión de Beck – Segunda Edición

	1	2
BDI1	0.65	0.38
BDI2	0.66	0.50
BDI3	0.61	0.52
BDI4	0.73	0.45
BDI5	0.61	0.55
BDI6	0.43	0.45
BDI7	0.61	0.69
BDI8	0.65	0.33
BDI9	0.59	0.54
BDI10	0.55	0.27
BDI11	0.52	0.62
BDI12	0.54	0.50
BDI13	0.68	0.43
BDI14	0.74	0.63
BDI15	0.33	0.75
BDI16	0.52	0.65
BDI17	0.59	0.39
BDI18	0.48	0.69
BDI19	0.27	0.67
BDI20	0.57	0.75
BDI21	0.53	0.31

ANEXO C

Confiabilidad del Inventario sobre Trastornos Alimentarios

Cronbach's Alpha	N of Items
0.95	51.00

	Corrected Item-Total Correlation
ITA21	0.60
ITA22	0.58
ITA23	0.74
ITA24	0.34
ITA25	0.55
ITA26	0.03
ITA27	0.45
ITA28	0.37
ITA29	0.83
ITA30	0.67
ITA31	0.52
ITA32	0.36
ITA33	0.43
ITA34	0.52
ITA35	0.47
ITA36	0.49
ITA37	0.48
ITA38	0.55
ITA39	0.53
ITA40	0.61
ITA41	0.43
ITA42	0.44
ITA43	0.19
ITA44	0.61
ITA45	0.54
ITA46	0.56
ITA47	0.18
ITA48	0.30
ITA49	0.66
ITA50	0.56
ITA51	0.40
ITA1	0.40
ITA2	0.66
ITA3	0.55
ITA4	0.64
ITA5	0.73

ITA6	0.35
ITA7	0.59
ITA8	0.76
ITA9	0.73
ITA10	0.22
ITA11	0.70
ITA12	0.35
ITA13	0.73
ITA14	0.56
ITA15	0.51
ITA16	0.35
ITA17	0.57
ITA18	0.80
ITA19	0.76
ITA20	0.53

Confiabilidad por Escalas del Inventario sobre Trastornos Alimentarios

Escala 1

Cronbach's Alpha	N of Items
.934	13

Corrected Item-Total Correlation	
ITA1	.479
ITA2	.675
ITA7	.639
ITA8	.817
ITA9	.760
ITA11	.715
ITA13	.730
ITA15	.580
ITA18	.795
ITA19	.746
ITA23	.683
ITA29	.858
ITA30	.641

Escala 2

Cronbach's Alpha	N of Items
.683	5

Corrected Item-Total Correlation	
ITA4	.553
ITA6	.403
ITA16	.277
ITA22	.621
ITA33	.425

Escala 3

Cronbach's Alpha	N of Items
.677	5

Corrected Item-Total Correlation	
ITA17	.542
ITA21	.529
ITA27	.460
ITA39	.465
ITA43	.197

Escala 4

Cronbach's Alpha	N of Items
.753	5

**Corrected Item-Total
Correlation**

ITA31	.588
ITA32	.428
ITA38	.486
ITA40	.619
ITA46	.478

Escala 5

Cronbach's Alpha	N of Items
.742	5

**Corrected Item-Total
Correlation**

ITA25	.396
ITA37	.594
ITA41	.549
ITA42	.529
ITA45	.526

Escala 6

Cronbach's Alpha	N of Items
.613	6

Corrected Item-Total Correlation	
ITA10	.229
ITA12	.364
ITA34	.438
ITA35	.228
ITA36	.534
ITA48	.321



ANEXO D

Validez del Inventario sobre Trastornos Alimentarios

Análisis Factorial por Rotación Varimax Confirmatorio

	1	2	3	4	5	6
ITA1	0.69	0.097	-0.049	-0.062	-0.247	0.171
ITA2	0.657	0.139	0.102	0.238	0.273	0.001
ITA3	0.346	0.456	0.269	0.015	0.172	-0.026
ITA4	0.314	0.039	0.402	0.175	0.292	0.597
ITA5	0.686	0.121	0.287	0.183	0.271	0.022
ITA6	0.127	0.13	0.661	0.127	-0.128	0.021
ITA7	0.649	0.084	-0.011	0.158	0.339	0.021
ITA8	0.711	0.202	0.199	0.089	0.34	0.113
ITA9	0.608	0.122	0.33	0.072	0.338	0.246
ITA10	0.032	0.049	0.018	0.12	0.476	0.007
ITA11	0.576	0.207	0.091	0.237	0.384	0.114
ITA12	0.109	0.177	-0.042	0.686	0.041	0.068
ITA13	0.542	0.285	0.29	0.074	0.331	0.173
ITA14	0.34	0.469	0.115	0.153	0.313	-0.124
ITA15	0.699	0.25	0.118	-0.117	-0.166	0.089
ITA16	0.275	0.353	-0.065	0.139	-0.058	0.13
ITA17	0.389	0.085	0.214	0.31	0.238	0.251
ITA18	0.634	0.24	0.315	0.099	0.299	0.254
ITA19	0.612	0.208	0.301	0.153	0.294	0.186
ITA20	0.249	0.235	0.617	0.085	0.181	0.008
ITA21	0.201	0.229	0.461	0.234	0.358	0.178
ITA22	0.192	0.155	0.582	0.138	0.229	0.411
ITA23	0.422	0.525	0.263	0.071	0.318	0.226
ITA24	0.232	-0.127	0.267	0.151	-0.095	0.57
ITA25	0.282	0.475	0.188	0.305	-0.044	0.156
ITA26	-0.106	-0.052	0.233	0.418	-0.094	-0.168
ITA27	0.396	-0.039	0.228	0.374	0.025	0.118
ITA28	0.105	0.463	0.026	0.472	-0.062	0.002
ITA29	0.759	0.301	0.217	0.164	0.201	0.109
ITA30	0.509	0.255	0.476	0.026	0.128	0.157
ITA31	0.216	0.109	0.221	0.427	0.402	0.095
ITA32	0.026	-0.005	0.185	0.64	0.225	0.134
ITA33	0.134	0.575	0.352	0.135	-0.128	0.022
ITA34	0.188	0.088	0.16	0.056	0.556	0.483
ITA35	0.099	0.629	0.34	-0.047	0.207	-0.02
ITA36	0.023	0.399	0.102	0.181	0.35	0.454
ITA37	0.532	0.345	0.145	-0.094	-0.201	0.158
ITA38	0.235	0.591	0.076	0.142	0.28	0.021
ITA39	0.321	0.283	0.541	-0.008	0.017	0.142

ITA40	0.235	0.363	0.308	0.368	0.267	0.086
ITA41	0.289	0.387	-0.126	0.032	-0.073	0.537
ITA42	0.417	0.438	-0.238	0.027	-0.111	0.382
ITA43	0.076	0.015	0.261	-0.047	0.188	0.021
ITA44	0.365	0.533	0.078	0.032	0.218	0.257
ITA45	0.582	0.257	0.203	0.034	-0.149	0.141
ITA46	0.235	0.221	0.058	0.257	0.351	0.446
ITA47	0.038	0.111	-0.214	0.457	0.19	0.026
ITA48	0.026	0.022	-0.009	0.681	0.014	0.285
ITA49	0.398	0.467	0.274	-0.014	0.273	0.173
ITA50	0.486	0.316	0.118	0.053	0.068	0.205
ITA51	0.142	0.118	0.104	0.454	0.375	-0.043

Análisis Factorial por Rotación Varimax Exploratorio

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
ITA1	0.56			0.40									
ITA2	0.69												
ITA3	0.41	0.54											
ITA4	0.39		0.64									0.36	
ITA5	0.77												
ITA6								0.74					
ITA7	0.68												
ITA8	0.78												
ITA9	0.68												
ITA10											0.74		
ITA11	0.62												
ITA12						0.69							
ITA13	0.60	0.31											
ITA14	0.45	0.45				0.32							
ITA15	0.61			0.48									
ITA16										0.74			
ITA17	0.35				0.63								
ITA18	0.65				0.31								
ITA19	0.60				0.36								
ITA20		0.49						0.40					
ITA21		0.43			0.30								
ITA22	0.31		0.57					0.41					
ITA23	0.50	0.46	0.43										
ITA24												0.76	
ITA25						0.52							
ITA26									0.81				
ITA27					0.72								
ITA28						0.64							
ITA29	0.75	0.30											

ITA30	0.46	0.34				
ITA31	0.31		0.46	0.31		0.43
ITA32			0.35		0.36	0.38
ITA33		0.49		0.33		0.34
ITA34	0.32		0.59			
ITA35		0.68				
ITA36			0.59	0.31		0.33
ITA37	0.36		0.66			
ITA38		0.32	0.31			0.41
ITA39		0.44		0.44		
ITA40	0.35		0.48	0.33		0.41
ITA41			0.69			
ITA42			0.72			
ITA43						0.85
ITA44	0.34	0.55				
ITA45	0.45		0.50		0.32	
ITA46			0.44		0.30	0.42
ITA47					0.83	
ITA48				0.35	0.57	
ITA49	0.38	0.59	0.31			
ITA50	0.54					
ITA51				0.39		0.40

ANEXO E

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ud. Está siendo invitado(a) a participar en una investigación sobre Aspectos Psicológicos y Físicos de la Salud. Esta investigación es realizada por los estudiantes de psicología Diego Guerreo Canale, Talía Herrera Tapia y Lorena Rodríguez Cuadros y forma parte de una investigación que busca obtener una aproximación psicológica a temas de salud en estudiantes adolescentes mujeres universitarias.

Usted fue seleccionada para participar en esta investigación al estar matriculada como estudiante de los primeros ciclos en una universidad particular.

Si usted decide aceptar, se le solicitará contestar una pequeña encuesta sobre datos sociodemográficos y dos pruebas psicológicas relacionadas con los temas arriba mencionados. Su ayuda nos permitirá conocer más acerca de las variables mencionadas en esta población. En ese sentido, su participación es muy valiosa ya que contribuye a generar conocimiento que puede ser útil en el desarrollo de futuras estrategias psicológicas.

Los derechos con los que cuenta incluyen:

- **Anonimato:** Todos los datos que usted ofrezca son absolutamente anónimos. Por lo tanto, no habrá manera de identificar individualmente a los participantes de la investigación.
- **Integridad:** Ninguna de las pruebas que le sean aplicadas le traerán algún tipo de daño o perjuicio.
- **Participación voluntaria:** Tiene el derecho a abstenerse de participar o incluso de retirarse de esta evaluación cuando lo considere conveniente.

Para cualquier información adicional y/o dificultad puede contactarse a los correos a20013298@pucp.edu.pe y lore.rodriguezcuadros@gmail.com

ANEXO F

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Por favor, llena todos tus datos en esta ficha. En caso no cuentes con los datos exactos, llena el espacio con valores aproximados. Asegúrate de no dejar ningún espacio en blanco. Muchas gracias.

Edad: _____

Sexo: _____

Peso: _____

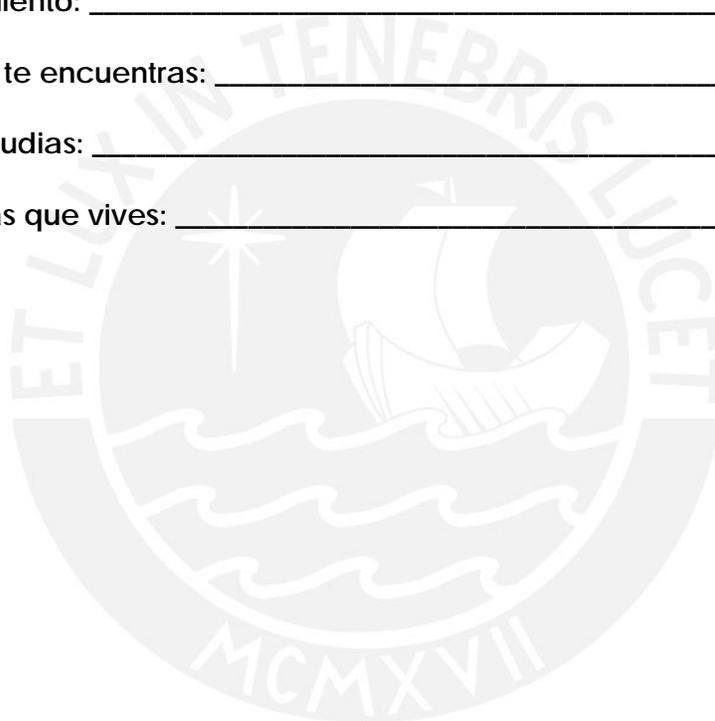
Talla: _____

Lugar de nacimiento: _____

Ciclo en el que te encuentras: _____

Carrera que estudias: _____

Personas con las que vives: _____



ANEXO G

IDB – II

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

1. Tristeza	
0	No me siento triste.
1	Me siento triste gran parte del tiempo.
2	Estoy triste todo el tiempo.
3	Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo	
0	No estoy desalentada respecto de mi futuro.
1	Me siento más desalentada respecto de mi futuro de lo que solía estarlo.
2	No espero que las cosas funcionen para mí.
3	Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar.

3. Fracaso	
0	No me siento como una fracasada.
1	He fracasado más de lo que hubiera debido.
2	Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
3	Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de placer	
0	Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto
1	No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
2	Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
3	No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimiento de Culpa	
0	No me siento particularmente culpable.
1	Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
2	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3	Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de castigo	
0	No siento que estoy siendo castigada.
1	Siento que tal vez pueda ser castigada.
2	Espero ser castigada.

3	Siento que estoy siendo castigada.
---	------------------------------------

7. Disconformidad con Uno Mismo	
0	Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
1	He perdido la confianza en mí misma.
2	Estoy decepcionado conmigo misma.
3	No me gusto a mí misma.

8. Autocrítica	
0	No me critico ni me culpo más de lo habitual.
1	Estoy más crítico conmigo misma de lo que solía estarlo.
2	Me critico a mí misma por todos mis errores.
3	Me culpo a mí mismo(a) por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas	
0	No tengo ningún pensamiento de matarme.
1	He tenido pensamientos de matarme pero no lo haría.
2	Querría matarme.
3	Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto	
0	No lloro más de lo que solía hacerlo.
1	Lloro más de lo que solía hacerlo.
2	Lloro por cualquier pequeñez.
3	Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación	
0	No estoy más inquieta o tensa que lo habitual.
1	Me siento más inquieta o tensa que lo habitual.
2	Estoy tan inquieta o agitada que me es difícil quedarme quieto.
3	Estoy tan inquieta o agitada que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés	
0	No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1	Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2	He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3	Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión	
0	Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
1	Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
2	Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
3	Tengo problemas para tomar cualquier decisión

14. Desvalorización	
0	No siento que yo no sea valiosa.
1	No me considero a mí mismo tan valiosa y útil como solía hacerlo.
2	Me siento menos valiosa cuando me comparo con otros.
3	Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía	
0	Tengo tanta energía como siempre.
1	Tengo menos energía que la que solía tener.
2	No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
3	No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. Cambio en los Hábitos de Sueño	
0	No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
1a	Duermo un poco más que lo habitual.
1b	Duermo un poco menos que lo habitual.
2a	Duermo mucho más que lo habitual.
2b	Duermo mucho menos que lo habitual.
3a	Duermo la mayor parte del día.
3b	Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad	
0	No estoy más irritable que lo habitual.
1	Estoy más irritable que lo habitual.
2	Estoy mucho más irritable que lo habitual.
3	Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito	
0	No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
1a	Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
1b	Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
2a	Mi apetito es mucho menor que antes.
2b	Mi apetito es mucho mayor que antes.
3a	No tengo apetito en absoluto.
3b	Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de Concentración	
0	No puedo concentrarme tan bien como siempre.
1	No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
2	Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
3	Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansando o Fatiga	
0	No estoy más cansada o fatigada que lo habitual.
1	Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
2	Estoy demasiado fatigada o cansada para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
3	Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo	
0	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1	Estoy menos interesada en el sexo de lo que solía estarlo.
2	Ahora estoy mucho menos interesada en el sexo.
3	He perdido completamente el interés en el sexo.



ANEXO H

ITA

A continuación se te presentan un conjunto de afirmaciones. En cada una de ellas deberás elegir la opción de respuesta con la que te identifiques más. Las opciones de respuesta para cada afirmación son:

Nunca	= 1
Raras veces	= 2
Algunas veces	= 3
Muchas veces	= 4
Frecuentemente	= 5
Siempre	= 6

En tu hoja de respuesta, encierra en un círculo el número que corresponda a tu elección. Recuerda que no hay respuesta correcta ni incorrecta, sólo ubica lo que esté más de acuerdo con tu experiencia. Por favor, se lo más sincera posible en tus respuestas y no olvides responder a todas las afirmaciones.

- Controlo mi peso.

(1) Nunca	(3) Algunas veces	(5) Frecuentemente
(2) Raras veces	(4) Muchas veces	(6) Siempre
- Me da la impresión de que las chicas que conozco son más delgadas que yo.

(1) Nunca	(3) Algunas veces	(5) Frecuentemente
(2) Raras veces	(4) Muchas veces	(6) Siempre
- Discuto con mis padres debido a mi alimentación.

(1) Nunca	(3) Algunas veces	(5) Frecuentemente
(2) Raras veces	(4) Muchas veces	(6) Siempre
- Pienso en la posibilidad de vomitar para controlar mi peso.

(1) Nunca	(3) Algunas veces	(5) Frecuentemente
(2) Raras veces	(4) Muchas veces	(6) Siempre
- Siento que me valoro más cuando me veo delgada.

(1) Nunca	(3) Algunas veces	(5) Frecuentemente
(2) Raras veces	(4) Muchas veces	(6) Siempre
- Fumo cigarrillos para evitar comer.

(1) Nunca	(3) Algunas veces	(5) Frecuentemente
(2) Raras veces	(4) Muchas veces	(6) Siempre
- Pienso que debo reducir ciertas partes gordas de mi cuerpo.

(1) Nunca	(3) Algunas veces	(5) Frecuentemente
(2) Raras veces	(4) Muchas veces	(6) Siempre
- Siento angustia al pensar que podría subir de peso.

(1) Nunca	(3) Algunas veces	(5) Frecuentemente
(2) Raras veces	(4) Muchas veces	(6) Siempre

9. Me desespero cuando no puedo eliminar de alguna forma lo que he comido.
 (1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
 (2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre
10. Me despierto muy temprano en la madrugada y ya no puedo dormir.
 (1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
 (2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre
11. Me veo gorda a pesar que los demás dicen lo contrario.
 (1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
 (2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre
12. Me siento cansada.
 (1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
 (2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre
13. Me preocupo tanto por lo que como, que llega a limitarme en mis actividades diarias.
 (1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
 (2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre
14. Me fastidia que mis padres intervengan en mis hábitos alimenticios.
 (1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
 (2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre
15. Trato de comer alimentos de pocas calorías.
 (1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
 (2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre
16. Tomo pastillas para adelgazar.
 (1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
 (2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre
17. Como en exceso.
 (1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
 (2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre
18. Tengo gran sentimiento de culpa después de comer.
 (1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
 (2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre
19. Me obsesiono con la forma y peso de mi cuerpo.
 (1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
 (2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre
20. Evito las reuniones porque en ellas tengo que comer algo con los demás.
 (1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
 (2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre
21. Como con desesperación.
 (1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
 (2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre
22. Intento vomitar después de comer para controlar mi peso.

- | | | | |
|-----|---|-------------------|--------------------|
| | (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| | (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |
| 23. | Siento que me odio cuando no cumplo mi dieta. | | |
| | (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| | (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |
| 24. | Mastico la comida y luego la escupo. | | |
| | (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| | (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |
| 25. | Para controlar mi peso, utilizo productos que eliminan líquido. | | |
| | (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| | (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |
| 26. | Se me hace difícil relacionarme con los demás. | | |
| | (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| | (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |
| 27. | Pienso en comida. | | |
| | (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| | (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |
| 28. | Tengo frío aunque haga calor. | | |
| | (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| | (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |
| 29. | Siento angustia cuando compruebo que he aumentado de peso. | | |
| | (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| | (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |
| 30. | Se me suspende la regla. | | |
| | (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| | (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |
| 31. | Cuando controlo la comida me siento "dueña del mundo". | | |
| | (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| | (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |
| 32. | Pienso que no me acepto a mi misma. | | |
| | (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| | (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |
| 33. | Tengo momentos en los que me siento muy triste. | | |
| | (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| | (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |
| 34. | Uso laxantes para eliminar peso. | | |
| | (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| | (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |
| 35. | Me dan náuseas cuando como. | | |
| | (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| | (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

36. Tengo anemia por mis dietas.
 (1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
 (2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre
37. Siento mareos.
 (1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
 (2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre
38. Hago mucho ejercicio para bajar de peso.
 (1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
 (2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre
39. Sueño que soy flaca.
 (1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
 (2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre
40. Como a escondidas.
 (1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
 (2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre
41. Siento temor a no ser aceptada por los demás.
 (1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
 (2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre
42. Me hago masajes adelgazantes.
 (1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
 (2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre
43. Leo revistas y/o libros sobre alimentos, dietas y ejercicios.
 (1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
 (2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre
44. Siento rechazo por las personas gordas.
 (1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
 (2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre
45. Me cuesta trabajo dormir por las noches por pensar en todo lo que he comido durante el día.
 (1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
 (2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre
46. Bebo mucho líquido para eliminar la grasa de mi cuerpo.
 (1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
 (2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre
47. Pienso que tengo que hacerme la cirugía plástica en algunas partes feas de mi cuerpo.
 (1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
 (2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre
48. Se me cae el pelo.
 (1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
 (2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre

49. Me siento irritable.
(1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
(2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre
50. Siento que los alimentos controlan mi vida.
(1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
(2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre
51. Evito comer cuando tengo hambre.
(1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
(2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre

¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACION!



SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y RIESGO PARA DESARROLLAR UN TRASTORNO ALIMENTARIO EN MUJERES ADOLESCENTES UNIVERSITARIAS Y PREUNIVERSITARIAS

RESUMEN

En la actualidad, encontramos una presencia mayor de trastornos alimentarios y cuadros depresivos, sobretodo en adolescentes, siendo las mujeres quienes presentan una mayor probabilidad de desarrollarlos. Sin embargo, existen personas que a pesar de no presentar los síntomas necesarios considerarse que presentan un trastorno alimentario o un cuadro depresivo (APA, Siglas para la Asociación Psiquiátrica Americana, 2002), presentan conductas que los ubican en situación de riesgo para que estos se presenten.

En nuestro medio, los dos cuadros que tienen mayor prevalencia actual en población adolescente son el episodio depresivo y la tendencia a trastornos alimentarios, siendo estas prevalencias de 8.6% y 8.3% respectivamente (Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental - Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, 2002). Es importante estar alerta a la presencia de estos trastornos, más si tomamos en cuenta que estos suelen co-existir en una misma persona (APA, 1998; Nolen-Hoeksema et. al., 2007; Río et. al., 2002; Saranson y Saranson, 2006; Tannenhaus, 1997). El hecho de que ambas variables se encuentren relacionadas puede significar un gran riesgo para las personas que las presentan, pudiendo generarse diversas consecuencias adversas.

Por ello, la presente investigación tuvo por objetivo determinar la relación entre la sintomatología depresiva y el riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en mujeres adolescentes entre 16 y 20 años. En su totalidad, la muestra estuvo conformada por 188 estudiantes de la universidad y de la academia preuniversitaria elegidas. Éstas fueron seleccionadas a partir de un muestreo no probabilístico de tipo accidental.

Además, se analizaron los niveles de ambos constructos en la muestra y su relación con determinadas variables sociodemográficas. Con estos fines, se utilizaron tres instrumentos el Inventario de Depresión de Beck – Segunda Edición de Beck (1996), el Inventario sobre Trastornos Alimentarios de Hartley (1999) y una encuesta sociodemográfica construida para esta investigación que preguntaba por las siguientes variables: edad, sexo, lugar de procedencia, centro de estudio, personas con las que vive, peso y talla.

Los resultados mostraron que, en cuanto a la sintomatología depresiva, la media hallada en la muestra fue de 10.64, la cual la ubica en un nivel mínimo. Además, se encontró que 84.57% de las evaluadas no se encuentra en riesgo para desarrollar sintomatología depresiva mientras que un 15.43% sí lo está. En cuanto a las conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario, la media hallada en la muestra fue de 101.99, la cual la ubica dentro del rango para ser considerada No Riesgo, presentando 38.3 % Riesgo 1 y 14.9 % Riesgo 2 para sufrir trastornos alimenticio.

En cuanto a la correlación entre ambos constructos, esta demostró ser, según el criterio de Cohen: positiva, significativa y grande. Es decir, mientras más alto es el nivel de sintomatología depresiva, mayor es nivel de conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychological Association (1998). *Eating Disorders: Psychotherapy's Role in Effective Treatment*. Recuperado el 4 de mayo, 2007 en <http://apahelpcenter.org/articles/topic.php?id=6>

American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4a ed.). Washington DC.

Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado Hideoy Noguchi" (2000). *Estudio Epidemiológico en Salud Mental*. En: *Anales de Salud Mental: Órgano Oficial del Instituto Especializado en Salud Mental "Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideoy Noguchi"* Vol XVII, N° 1 y 2.

Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E. y Bohon, C. (2007). Reciprocal Relations Between Rumination and Bulimic, Substance Abuse, and Depressive Symptoms in Female Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol, 49. N°1, 86-100.

Río, C., Torres, I. y Borda, M. (2002). *Comorbilidad entre bulimia nerviosa purgativa y trastornos de la personalidad según el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II)*. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol, 2. N°3, pp. 425 - 438.

Saranson, I. G. & Saranson, B. R. (2006). *Psicología anormal: el problema de la conducta inapropiada*. (11a ed.). México, D.F. : Pearson Educación.

Tammenhaus, N. (1997). *Anorexia y Bulimia*. Barcelona: Plaza & Janés Editores S. A.