



Perfil Clínico de Pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria - Clinical Profile of Patients with Eating Disorders

Authors: Tatiana Castañeda
Submitted: 27. March 2020
Published: 11. April 2020
Volume: 7
Issue: 2
Affiliation: Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano. Medellín, Colombia
Languages: Spanish, Castilian
Keywords: Distorsión de la imagen corporal, sobrevaloración, perfeccionismo, sesgos cognitivos, delgadez.
Categories: Medicine
DOI: 10.17160/josha.7.2.648

Abstract:

The main objective of the present theoretical review is to provide a detailed description of the clinical profile of subjects suffering from an Eating Disorder. To this end, documentary observation and content analysis were used as data collection and systematization techniques, respectively. The above was done by reviewing a total sample of 49 electronic articles that gave an account of the incident factors in eating disorders. The results obtained indicate the relevance of cognitive distortions of body image in the maintenance and prognosis of ACTs. Taking into account the aforementioned, a review of the main theoretical contributions describing the clinical profile of patients with eating disorders will be carried out. In particular about Anorexia Nervosa (AN) and Bulimia Nervosa (BN). To fulfill the objective proposed in this article, the main diagnostic criteria of the clinical pictures of AN and BN will be reviewed, and then the risk factors and clinical characteristics common to these disorders will be deepened.

JOSHA

josha.org

**Journal of Science,
Humanities and Arts**

JOSHA is a service that helps scholars, researchers, and students discover, use, and build upon a wide range of content



PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Clinical profile of patients with Eating Behavior Disorders.

BY LEIDY TATIANA CASTAÑEDA QUIRAMA.

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO.

MEDELLÍN, COLOMBIA

ABSTRACT

The main objective of the present theoretical review is to provide a detailed description of the clinical profile of subjects suffering from an Eating Disorder. To this end, documentary observation and content analysis were used as data collection and systematization techniques, respectively. The above was done by reviewing a total sample of 49 electronic articles that gave an account of the incident factors in eating disorders. The results obtained indicate the relevance of cognitive distortions of body image in the maintenance and prognosis of ACTs.

Taking into account the aforementioned, a review of the main theoretical contributions describing the clinical profile of patients with eating disorders will be carried out. In particular about Anorexia Nervosa (AN) and Bulimia Nervosa (BN). To fulfill the objective proposed in this article, the main diagnostic criteria of the clinical pictures of AN and BN will be reviewed, and then the risk factors and clinical characteristics common to these disorders will be deepened.

Keywords: Distortion of body image, overvaluation, perfectionism, cognitive biases, thinness.



RESUMEN

El objetivo de la presente revisión teórica es realizar una descripción detallada del perfil clínico de sujetos que padecen un Trastorno de la conducta alimentaria. Para tal fin, se utilizó como técnica de recolección y de sistematización de datos, la observación documental y el análisis de contenido, respectivamente. Lo anterior se hizo a partir de la revisión de una muestra total de 49 artículos electrónicos que daban cuenta de los factores incidentes en las patologías alimentarias. Los resultados obtenidos señalan la relevancia de las distorsiones cognoscitivas de la imagen corporal en el mantenimiento y pronóstico de los TCA. Teniendo en cuenta lo anterior, se realizará un recorrido por los principales aportes teóricos que describen el perfil clínico de pacientes con alteraciones de la conducta alimentaria, en particular Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN).

Con el propósito de dar cumplimiento al objetivo que se propone este artículo, se hará un repaso por los principales criterios diagnósticos de los cuadros clínicos de AN y BN, y seguidamente se profundizará en los factores de riesgo y características clínicas comunes a estos Trastornos.

Palabras clave: Distorsión de la imagen corporal, sobrevaloración, perfeccionismo, sesgos cognitivos, delgadez.



INTRODUCCIÓN.

Bajo el título de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se agrupan una serie de alteraciones graves relacionadas con la actitud y el hábito de comer y constituyen un grupo de patologías en las que el miedo a engordar, la alteración de la percepción de la imagen corporal y del peso, así como del pensamiento obsesivo en la comida conllevan a una grave modificación de la conducta alimentaria, la cual ocasiona problemas médicos y nutriólogicos severos que pueden poner en riesgo la vida de quien padece este tipo de patología. (Fairbun, 2003, citado en Dávila, 2010).

Una característica común a la Anorexia y Bulimia Nerviosa es la preocupación extrema sobre la figura y el peso. Este tipo de preocupaciones o ideas sobrevaloradas son específicas de estos cuadros psicopatológicos, y por lo tanto, tienen una gran significación diagnóstica (Fairburn & Garner, 1988, citado en Fairburn, Cooper & Shafran, 2003).

“Los TCA se han descrito de varias maneras, por ejemplo: como un temor mórbido a la gordura (Russell 1970), una búsqueda de la delgadez (Bruch 1973), y una fobia a aumentar de peso (Crisp 1967)” (Fairburn, et. al.; 2003, p. 1).

La esencia de esta patología radica en que las pacientes juzgan su valía casi exclusivamente en términos de su figura y peso, lo cual conlleva a que presenten pensamientos preocupantes sobre su figura corporal, a que eviten engordar sin importar el cómo y a que muchas de ellas se esfuercen por mantener un cuerpo delgado.

Otra de las características comunes a estas patologías, es que estos sujetos llevan a cabo una serie de conductas que tienen como finalidad controlar su peso corporal, entre ellas: dietas extremas, vómito auto inducido, abuso de purgantes o diuréticos y practica excesiva de ejercicio físico. En la Anorexia nerviosa, el resultado es que el peso de la paciente se encuentra por debajo del esperado para su edad y talla. En el caso de



la Bulimia, este no es necesariamente el caso, puesto que los episodios de atracones contrarrestan los intentos de estas pacientes por seguir una dieta.

Ahora bien, la premisa que subyace en las distintas propuestas teóricas de investigación sobre los TCA, tienen en común la consideración de que la forma en que el sujeto percibe, valora y responde a la información relativa, tanto a su imagen corporal como a todo lo relacionado con la conducta alimentaria, es capaz de dar explicación a un alto porcentaje de la varianza relacionada con la etiología, cronificación y rehabilitación de estos trastornos. (Varela, Maldonado & Ferre, 2011)

Teniendo en cuenta lo hasta aquí mencionado, la presente revisión teórica, tiene como finalidad dar a conocer algunas de las características cognitivas que hacen parte del perfil clínico de pacientes con TCA. Lo anterior, permitirá dar a conocer la relevancia de las diversas investigaciones que plantean la relación existente entre las alteraciones en el procesamiento de la información (Sesgos o errores cognitivos, esquemas y autoesquemas devaluados) y las conductas de pacientes con Anorexia y Bulimia Nerviosa. Además, se hará énfasis en los factores internos (Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento, autoesquemas, factores biológicos, etc.) y externos (Familia, medios de comunicación, etc.) que facilitan la prevalencia e incidencia de este tipo de patologías en los jóvenes y adolescentes de la actualidad.



DESARROLLO DEL TEMA

Clasificación de los TCA.

Anorexia nerviosa.

TABLA 1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN EL DSM-IV Y LOS CAMBIOS PROPUESTOS PARA EL DSM-V	
ANOREXIA NERVIOSA (DSM IV, APA, 2000)	ANOREXIA NERVIOSA (DSM V, APA, 2013)
a. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).	a. Restricción del consumo energético relativo a los requerimientos que conlleva a un peso corporal marcadamente bajo. Un peso marcadamente bajo es definido como un peso que es inferior al mínimo normal o, para niños y adolescentes, inferior a lo que mínimamente se espera para su edad y estatura.
b. Miedo intenso a ganar de peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.	b. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, o una conducta persistente para evitar ganar peso, incluso estando por debajo del peso normal.
c. Alteración de la percepción del peso o la siluetas corporales, exageración de su	c. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales,



importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.	exageración de su importancia en la autoevaluación o persistente negación del peligro que comporta el bajo peso corporal actual.
d. En las mujeres pos puberales, presencia de amenorrea: por ejemplo ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos).	d. Se elimina el criterio de amenorrea.

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: Durante los últimos 3 meses, la persona no recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, vómito auto inducido o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso se consigue primordialmente través de la dieta, el ayuno, y / o el ejercicio excesivo. (APA, 2013)

Tipo compulsivo/purgativo: Durante los últimos tres meses el individuo recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas). (APA, 2013)



Se debe considerar si el trastorno se encuentra en:

Remisión parcial: Luego de que se cumplan previamente la totalidad de criterios para Anorexia Nerviosa, el Criterio A (bajo peso corporal) puede que no se haya cumplido durante un período prolongado, sin embargo, el criterio B (miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, o una conducta persistente para evitar ganar peso, incluso estando por debajo del peso normal.) o el Criterio C (alteraciones en la auto-percepción del peso o la silueta) todavía se cumplen. (APA, 2013)

Remisión completa: Luego de que previamente se cumplan la totalidad de criterios para Anorexia Nerviosa, ninguno de estos criterios se cumplen por un período de tiempo prolongado. (APA, 2013)

Por último se debe especificar la gravedad actual:

El nivel mínimo de gravedad para los adultos, se determina según su índice actual de masa corporal (IMC) y para los niños y adolescentes, según su percentil del IMC. Los rangos inferiores se derivan de las categorías de la OMS para la delgadez en adultos, niños y adolescentes, los cuales son los percentiles de IMC que deben ser utilizados. El nivel de gravedad puede reflejar los síntomas clínicos, el grado de incapacidad y la necesidad de supervisión. (APA, 2013)

Leve: IMC > 17 kg / m²

Moderada: IMC 16 a 16,99 kg/m²

Grave: IMC 15 a 15,99 kg/m²

Extrema: IMC <15 kg/m²

Ahora bien, es importante tener en cuenta que ciertas características de la Anorexia Nerviosa son probablemente consecuencia de la inanición. Entre ellas se encuentran: preocupación por la comida y la alimentación, episodios de ingesta excesiva de



alimentos, estado de ánimo depresivo e irritabilidad, síntomas obsesivos, dificultad para concentrarse, reducción del interés hacia el mundo exterior, pérdida del apetito sexual y evitación social.

Generalmente, las pacientes que padecen este trastorno, pierden peso mediante una disminución de la ingesta total. A pesar de que los individuos empiezan excluyendo de su dieta los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría termina adoptando una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos. Existen otras formas de perder peso como la utilización de purgas o el ejercicio excesivo. Este tipo de pacientes tienen un miedo intenso a convertirse en obesas, el cual no desaparece aunque pierdan peso, de hecho aumenta aunque el peso vaya disminuyendo.

Algunas personas se perciben como obesas, mientras que otras se dan cuenta que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo les parecen demasiado gordas. Emplean una variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como pesarse constantemente en una báscula, medir las diferentes partes de su cuerpo de manera obsesiva o mirarse repetidamente al espejo para observar las zonas consideradas obesas.

La autoestima de estas pacientes, dependerá entonces en gran medida de la forma de su cuerpo y su peso, además, consideraran como un logro perder peso y un signo de autodisciplina, por el contrario, aumentar de peso significará un fracaso de su autocontrol. Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan las implicaciones clínicas de la misma.

La amenorrea es frecuentemente consecuencia de la pérdida de peso, pero en una minoría de casos le precede. En niñas prepuberales la Anorexia Nerviosa puede atrasar la aparición de la menarquía.

Con respecto a la consulta clínica, generalmente los familiares de la paciente la llevan al médico cuando se dan cuenta de su acentuada pérdida de peso. Cuando la



paciente decide buscar ayuda es debido al malestar somático y psicológico que le ocasiona el comer tan poco. Es raro que una paciente con anorexia Nerviosa se queje de pérdida de peso, ya que las personas con este trastorno tienen escasa conciencia de su alteración, la niegan e inventan historias poco creíbles sobre su inanición. (APA, 2000).

Bulimia nerviosa.

TABLA 2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA BULIMIA NERVIOSA SEGÚN EL DSM-IV Y LOS CAMBIOS PROPUESTOS PARA EL DSM-V	
BULIMIA NERVIOSA (DSM IV, APA, 2000)	BULIMIA NERVIOSA (DSM V, APA, 2013)
a. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: 1. Ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un período de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias. 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).	a. Se mantiene igual.



b. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.	b. Se mantiene igual.
c. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.	c. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio al menos una vez a la semana durante un período de tres meses.
d. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.	d. Se mantiene igual.
e. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa	e. Se mantiene igual.

Especificar si se encuentra en: (APA, 2013)

Remisión parcial: Después de que se cumplan previamente la totalidad de criterios para Bulimia Nerviosa, algunos, pero no todos los criterios se cumplen durante un periodo de tiempo sostenido.



Remisión total: Después de que se cumplan previamente la totalidad de criterios para Bulimia Nerviosa, ninguno de los criterios se cumple por un período de tiempo sostenido.

Por último se debe especificar la gravedad actual:

El nivel mínimo de gravedad se basa en la frecuencia con que se emplean las conductas compensatorias inadecuadas. El nivel de gravedad puede aumentarse para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad.

Leve: Se presentan de 1-3 episodios de conductas compensatorias inadecuadas por semana.

Moderado: Se presentan entre 4-7 episodios de conductas compensatorias inadecuadas por semana.

Grave: Se presenta un promedio de 8 a 13 episodios de conductas compensatorias inadecuadas por semana.

Extremo: Se presenta un promedio de 14 o más episodios de conductas compensatorias inadecuadas por semana.

Las personas con bulimia se percatan de sus hábitos alimenticios pero suelen no percatarse de su ingesta durante los atracones, puesto que no son capaces de detenerse por sí solas sino hasta que sienten dolor abdominal intenso, se les interrumpe, se quedan dormidos, se desmayan o se inducen el vómito.

Sus principales características consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Estos métodos pueden ser vómitos autoprovocados, abuso de laxantes y diuréticos, periodos de ayuno o consumo de fármacos. (Fandiño, Giraldo, Martínez, Aux & Espinoza, 2007; Cano et. al., 2007; Pascual, et al., 2011, citados en Bahamon, 2012).



Los atracones realizados por las pacientes bulímicas, generalmente incluyen dulces y alimentos de alto contenido calórico. Los individuos con este Trsdtorno se sienten generalmente muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar sus síntomas. Los atracones se realizan por lo normal a escondidas o lo más disimuladamente posible. Los episodios pueden no haberse planeado con anterioridad y se caracterizan por una rápida ingesta de alimentos, hasta que el individuo ya no pueda más o incluso hasta que llegue a sentir dolor por la plenitud. Los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar este tipo de conducta.

Los atracones pueden reducir entonces, la disforia de manera transitoria, pero a continuación suele provocar sentimientos de auto desprecio y estado de ánimo depresivo.

Los individuos con este trastorno pueden permanecer sin comer uno o más días, o realizar ejercicio físico intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones. Se considera excesivo el ejercicio que realizan estos individuos, cuando interfiere de manera significativa con las actividades importantes, cuando se produce a horas poco habituales, en lugares poco apropiados, o cuando el individuo continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o de presentar alguna enfermedad.

Los pacientes con BN se encuentran normalmente dentro del margen de peso considerado normal, a pesar de que algunos presentan algunas desviaciones por encima o por debajo de la normalidad. El trastorno puede aparecer con obesidad moderada y mórbida. Algunos datos sugieren que antes de presentar el trastorno, los sujetos tienen más probabilidad de mostrar sobrepeso que la población sana. (APA, 2000).



Factores de riesgo asociados a los TCA.

Se considera que los factores de riesgo para desarrollar un Trastorno de la conducta alimentaria, son resultado de la interacción de factores específicos y generales (Vandereycken y Noordenbos, 2000), de modo tal que entre más factores de riesgo interactúen, mayor será la probabilidad de desarrollar una patología alimentaria. (Fairburn, Welch, Doll, Davies & O'Connor, 1997, citados en Carretero, Raich, Sánchez, Rusiñol & Sanchez, 2009).

Factores genéticos

Alteraciones en la actividad neuroendocrina podrían constituir factores de vulnerabilidad biológica para el desarrollo y rasgos clínicos de los TCA. Desde la neurobiología se plantea que la vulnerabilidad biológica neural crea una importante contribución para la patogénesis de la AN y la BN. Se propone que existen anomalías en las vías relacionadas con la modulación del comportamiento alimenticio, del ánimo, del temperamento y del control de impulsos que influyen en la autopercepción corporal y en la aparición de distorsiones de la autoimagen.

Los sistemas monoaminérgicos de Serotonina, Dopamina y Norepinefrina son vías complejas implicadas en la génesis del trastorno. Las anomalías dadas por la serotonina pueden contribuir al desequilibrio en la regulación del apetito, la ansiedad y los comportamientos obsesivos, además de una importante dificultad en el control de impulsos.

Estudios realizados con familiares en AN y BN han encontrado una mayor prevalencia de TCA con respecto a las familias control. Estudios con gemelos para patologías alimentarias sugieren que hay aproximadamente un 50 a un 80% de contribución por parte de la influencia genética para determinar la aparición de AN o BN. Estas influencias familiares no necesariamente deben seguir patrones de herencia



mendelianos, por lo cual pueden permanecer ausentes en ciertas generaciones. (Jurado, Correa, Delgado, Contreras, Camacho, Ortiz & Escobar, 2009).

Factores socioculturales

La literatura indica que la insatisfacción con la imagen corporal y la ocurrencia de los TCA son influenciadas por presiones socioculturales, pues cada vez los diferentes contextos sociales, económicos y culturales utilizan los medios de comunicación para imponer y valorizar la “delgadez del cuerpo” y estigmatizar la obesidad. Así, a las personas estigmatizadas se les vinculan connotaciones negativas como la falta de voluntad y carácter, considerándolas poco atractivas y responsables de su condición de sobrepeso, lo cual conlleva a que los adolescentes se vean centrados en un ideal de belleza inalcanzable para muchos.

Los valores e ideales relacionados con la imagen corporal se difunden en la sociedad fundamentalmente a través de los medios de comunicación. En la publicidad se presentan una serie de imágenes que pueden provocar preocupación por la delgadez, insatisfacción corporal, frustración con el peso, miedo a no pertenecer al estándar social y, por lo tanto, mayor riesgo de padecer un TCA, ya que erróneamente el mensaje detrás de las figuras delgadas es atractivo, felicidad, popularidad y éxito. (Vaquero, Alacid, Muyor & López, 2013).

Así mismo, los cambios sociales han influido en el aumento de los TCA, pues con la activa participación de la mujer y el rápido cambio de roles pareja, familia, trabajo, sociedad, etc., se ha generado una alta exigencia social y altos niveles de presión y autoexigencia desde edades muy tempranas, lo cual se une a modelos estéticos físicamente ideales en mujeres, más que en varones. (Dávila, 2010)

Factores interpersonales

La influencia del ciclo de las relaciones con padres y amigos pueden reforzar las presiones ejercidas sobre el adolescente, conforme aprueban la imagen del cuerpo ideal



determinado por los medios de comunicación, aumentado así el riesgo de desarrollar problemas relacionados con la alimentación y la figura. El comportamiento de los padres con demasiado control sobre la alimentación de sus hijos, junto con la presión de los amigos para que sean delgados, contribuye a que el adolescente adopte una imagen corporal negativa de sí mismo y las consecuentes conductas posteriores de riesgo para su salud. (Portela, Ribeiro, Mora & Raich, 2012).

Factores familiares:

Según Salinas, Pérez, Viniega, Barriguete, Casillas & Valencia (1992), es común encontrar las siguientes características entre los familiares de pacientes que padecen AN o BN: Padres sobre protectores y sobre exigentes, padres con roles tradicionalmente complementarios y rígidos, familias que tienden a evitar conflictos, familias “entrelazadas”, con falta de límites al interior, con estructuras jerárquicas difusas y padres poco implicados en el cuidado y protección de los hijos, así como en su proceso educativo. Dentro de la familia, también existen costumbres que son transmitidas y que pueden tener una repercusión significativa en el peso, como el régimen alimentario, que se refiere a lo que se ingiere de rutina, los horarios y lugares en los que se come, etc. (Dávila, 2010).

Factores emocionales

Los modelos cognitivo-conductuales utilizados en la explicación de las alteraciones alimentarias enfatizan el papel de ciertas cogniciones, emociones y conductas. Entre las emociones mencionadas cobra especial relevancia la ansiedad, cuyo papel en los trastornos alimentarios ha estado centrada fundamentalmente en dos líneas de investigación: la comorbilidad entre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y los trastornos de ansiedad (Godart, Flament, Perdereau & Jeammet, 2002; Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich & Masters, 2004; Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007, citados en Solano & Cano, 2012)



Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich & Masters (2004, citados en Solano et al.; 2012) han constatado que la prevalencia de los trastornos de ansiedad en general y del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) en particular, es mucho más alto en personas que padecen Anorexia y Bulimia Nerviosa, que en un grupo no clínico de mujeres de la población general. De los 672 participantes de la investigación, un 63,5% presentaron algún trastorno de ansiedad (TA) a lo largo de la vida. Además, los participantes que presentaban un TCA y un Trastorno de Ansiedad, puntuaban más alto en cuestionarios de ansiedad, perfeccionismo, tendencia al pensamiento obsesivo y evitación. Los autores hallaron que los trastornos de ansiedad por lo general se habían iniciado en la infancia, antes de la aparición de un TCA, apoyando entonces la idea de que los primeros son un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de los segundos.

Distintas líneas de investigación, han señalado que la ansiedad de evaluación se ha asociado con la insatisfacción de la imagen corporal, creando conceptos nuevos como el de ansiedad física social. Dicho concepto hace referencia a la ansiedad experimentada por los pacientes cuando perciben que su aspecto físico está siendo evaluado por otros, de forma real o no. Los estudios señalan que es probable que la aparición de la ansiedad en los TCA se manifieste fundamentalmente ante las relaciones sociales, donde las personas interpretan que su cuerpo está siendo evaluado (Corstorphine et al., 2007, citado en Solano et al.; 2012). Al respecto, Fairburn, Cooper & Shafran (2003) han señalado que la ansiedad ante situaciones sociales podría ser un factor de riesgo para sufrir un TCA. (Solano et al.; 2012)

Otros estudios (Davey & Chapman, 2009; Holtkamp, Müller, Heussen, Remschmidt & -Dahlmann, 2005) han concluido que la ansiedad es un rasgo permanente en las personas que padecen Trastornos de la conducta alimentaria, pues se ha encontrado que persiste después de que la persona se ha recuperado del trastorno. Buckner, Silgado & Lewinsohn (2010) también concluyen que la ansiedad hace parte de los factores de riesgo de este tipo de patologías.



A partir de los resultados obtenidos en el estudio llevado a cabo por Pascual, Etxebarria, Cruz & Echeburúa (2011) con 368 mujeres, de las cuales 78 cumplían con los criterios diagnósticos de un TCA, se llegó a la conclusión de que la ansiedad como rasgo, la dificultad para identificar y expresar las emociones, la baja autoestima, la actitud negativa hacia la expresión emocional, la percepción negativa de las emociones, y la influencia de la alimentación, el peso y la figura corporal en el estado de ánimo, pueden ser considerados como factores de riesgo para desarrollar un TCA.

Echeburúa & Marañón (2001), señalaron que la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y las alteraciones del estado de ánimo tienen diversas direcciones. En ocasiones, la Depresión es una consecuencia de la inanición y del aislamiento social presente en la anorexia (depresión secundaria). Otras veces, la depresión puede ser primaria. Según el estudio de Piran, Lerner, Garfinkel, Kennedy & Brouillette, (1988, citados en Echeburúa, et al.; 2001), en un 44% de las 18 pacientes diagnosticadas de depresión mayor, el cuadro diagnóstico se presentó al menos un año antes de iniciarse la alteración de la conducta alimentaria; en el 34% restante de pacientes, la sintomatología depresiva fue posterior al Trastorno de la conducta alimentaria. En cualquier caso, la relación entre anorexia y depresión es muy estrecha. De hecho, es frecuente que pacientes anoréxicas recuperadas mantengan niveles altos de depresión (Toro & Vilardell, 1989).

De igual forma, se ha encontrado que las dificultades socioemocionales de las pacientes con TCA están presentes antes del desarrollo del desorden alimentario, aunque la desconexión emocional se agudiza durante la enfermedad. Lo anterior se pone en evidencia a partir de los altos niveles de evitación y sentimientos de “anestesia” emocional que refieren sentir este tipo de pacientes.

Estudios en procesamiento emocional muestran además, que el reconocimiento de las emociones básicas está limitado en personas que desarrollan AN aún antes de presentar el desorden, y persiste después de la recuperación. Sin embargo, este rasgo



no se presenta en personas con BN. La expresión emocional está también disminuida en pacientes con AN quienes, a su vez, presentarían dificultades en la capacidad para resolver problemas (Harrison, O'Brien, López & Treasure, 2010; Sternheim, Konstantellou, Startup & Schmidt, 2010; Oldershaw, Hambrook, Tchanturia, Treasure & Schmid, 2010, citados en López, et al., 2011).

Características cognitivas de pacientes con TCA.

Preocupación por el peso, la internalización del ideal de delgadez

La promoción del modelo de delgadez como el ideal de belleza asociado a éxito, control y perfección ha generado que una cantidad importante de jóvenes, especialmente mujeres, se sientan insatisfechas con su imagen corporal (Toro, 2004), la cual es una característica principal de los TCA.

Estudios han evidenciado que entre el 14 y 25% de las mujeres informan estar insatisfechas con las dimensiones de su cuerpo (Álvarez, Nieto, Mancilla, Vázquez & Ocampo, 2007; Franco, Martínez et al., 2010; Vázquez, López, Álvarez, Franco & Mancilla, 2004; Vázquez et al., 2005, citados en Franco, Díaz & López, 2013) y que la insatisfacción corporal predice la dieta restrictiva, la presencia de TCA o el riesgo de padecerlo (Álvarez, Franco, Mancilla, Álvarez & López, 1998, citados en Franco, Díaz & López, 2013).

En la actualidad los estándares de belleza basados en modelos pro-delgadez, suponen la internalización de estos ideales, lo cual es un factor de riesgo para el desarrollo de alteraciones de la imagen corporal. La insatisfacción corporal ocurre si un individuo interioriza que el cuerpo ideal es el determinado culturalmente, y por comparación social, concluye que su cuerpo discrepa de ese ideal. (Vaquero, et al.; 2013)

Se plantea que la internalización del ideal de delgadez promueve la insatisfacción corporal y aumenta las conductas de control de la dieta y el peso. Algunos autores han



encontrado asociaciones entre la imagen corporal negativa, el bajo bienestar psicológico (síntomas depresivos, estrés y disminución de la autoestima) y un mayor riesgo de desarrollar Trastornos de la conducta alimentaria. (Hernández, Alves, Arroyo & Basabe, 2012).

Distorsión de la imagen corporal

“La distorsión corporal en los TCA parecería reflejar un sesgo cognoscitivo del observador (el paciente mismo) más que uno perceptual, o ser el resultado de la focalización de la insatisfacción en áreas específicas del cuerpo” (Cash & Deagle, 1997, p. 8).

La evaluación de la imagen corporal hace referencia al nivel de satisfacción o insatisfacción acerca de cómo uno se ve así mismo. La satisfacción con el cuerpo depende del acuerdo y la congruencia existente entre la percepción actual y el ideal de la imagen corporal. (Cash & Szimanski, 1995, citados en Cash & Stracahan, 1999)

Gardner y Garfinkel (1981, citados en Vellisca, et al.; 2012) incluyeron dos aspectos relacionados con la alteración de la imagen corporal: la distorsión perceptiva de la talla y la alteración cognitivo-afectiva asociada a la insatisfacción y la preocupación por la figura. Slade & Rusell (1973) pusieron de manifiesto que el miedo irracional a estar gordo es un componente central de la psicopatología de los TCA, y que la alteración de la imagen corporal más frecuente es la tendencia a ver el cuerpo con un tamaño mayor que el real, lo que se denominó de forma general “sobre-estimación”.

En los TCA, la autoimagen es definida como la representación mental de diferentes aspectos de la apariencia física, y su alteración, el desequilibrio o perturbación de la misma. Thompson, (1990, citado en Vellisca, et al.; 2012) menciona que existen tres elementos en la construcción de la imagen corporal: un componente perceptivo (percepción del cuerpo en su totalidad o bien de alguna de sus partes), otro cognitivo-afectivo (valoraciones, sentimientos y actitudes respecto al cuerpo o una parte de éste)



y uno conductual (acciones o comportamientos que se dan a partir de la percepción). Rosen (1992, citado en Vellisca, et al.; 2012) planteó la hipótesis de que la AN y la BN fuesen manifestaciones de un trastorno de la imagen corporal, similar a lo que sería el trastorno dismórfico corporal. Así, se plantea que la distorsión de la imagen es un elemento central de los trastornos de la conducta alimentaria, y que tendría un papel fundamental en la intervención de este tipo de pacientes. (Vellisca, et al.; 2012).

En concordancia con el planteamiento anterior, Sepúlveda, Botella & León (2004) sugieren que cualquier tratamiento de los TCA debería contar con una intervención específica sobre la autoimagen, en la cual se analicen varias áreas actitudinales: la propia evaluación del cuerpo, los autoesquemas y la afectividad hacia el propio cuerpo. La duración debe ser prolongada y continuada, pues la imagen corporal negativa es probablemente uno de los factores de inicio del trastorno y de su mantenimiento en el tiempo.

Perfeccionismo:

La conducta perfeccionista es considerada una característica asociada a los Trastornos del Comportamiento Alimentario, principalmente en la Anorexia Nerviosa (Bastiani, Rao, Weltzin & Kaye, 1995; Bruch, 1973, 2002; Halmi et al., 2000; Shafran, Cooper & Fairburn, 2002; Sutandar-Pinnock, Woodside, Carter, Olmsted & Kaplan, 2003, citados en Franco, Mancilla, Vásquez, Alvarez, & López, 2010) y recientemente en la Bulimia Nerviosa (Bardone-Cone, Abramson, Vohs, Heatherton & Joiner, 2006; Lilenfeld et al., 2000; Lilenfeld, Wonderlich, Riso, Crosby & Mitchell, 2006, citados en Franco, et al.; 2010).

Slade (1996) propuso que las tendencias perfeccionistas y la insatisfacción corporal influyen para que los pacientes con AN controlen su peso y dieta alimentaria. Esta propuesta fue considerada en el modelo desarrollado por Goldner, Cockell & Srikameswaran (2002, citados en Franco, 2010), quienes plantearon que el



perfeccionismo adoptado por estas personas, explica la interiorización del ideal sociocultural de la delgadez y la insatisfacción corporal en el desarrollo de los síntomas de la AN y la BN, lo cual explica dos de las principales variables implicadas en el desarrollo y mantenimiento de los TCA: la insatisfacción corporal y la influencia sociocultural del modelo de delgadez.

Minarik & Ahrens (1996, citados en Franco, 2010) encontraron que la preocupación por los errores se relacionó positivamente con la insatisfacción corporal, mientras que Steele, Corsini & Wade (2007, citados en Franco, 2010) mostraron que los estándares personales estrictos, la percepción negativa del peso corporal y la autoestima predecían los síntomas de la BN.

Los resultados de la investigación realizada por Franco, et al.; 2010, mostraron que dos componentes de la conducta perfeccionista: la preocupación por cometer errores y la indecisión de acción, explicaron la insatisfacción corporal y la influencia sociocultural del modelo de delgadez en la mujeres con BN; mientras que la preocupación por cometer errores solo explicó la influencia del modelo sociocultural de delgadez en las mujeres con Trastornos alimentarios no especificados.

Rodríguez, Rojo, Ortega & Sepúlveda (2009) señalaron la existencia de una relación significativa entre el perfeccionismo y la ansiedad a partir de un estudio llevado a cabo con una muestra de 356 estudiantes universitarias. El perfeccionismo se midió mediante la Escala Multidimensional de Perfeccionismo (EMP; Hewitt y Flett, 1991, citados en Solano, et al.; 2009) y el Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond Zigmond & Snaith, 1983, citados en Solano, et al.; 2009) se utilizó para la evaluación de la ansiedad. En este estudio se encontró la existencia de relaciones significativas entre la dimensión perfeccionismo socialmente prescrito (creencia de que otros te aceptan si eres perfecto) y niveles altos de ansiedad. Del mismo modo, parece que el perfeccionismo obsesivo asociado con el deseo de aceptación social genera estados de ansiedad permanentes en este tipo de pacientes. (Solano, et al.; 2009)



Cogniciones y creencias:

Los modelos cognitivos de los TCA asumen que las cogniciones tienen un papel fundamental en el desarrollo y mantenimiento del trastorno (Fairburn, 2000; Vitousek & Hollon, 1990, citados en Góngora, Grinhauz & Suárez, 2009). Existen dos tipos de cogniciones en los TCA: las específicas al trastorno que se refieren a la alimentación, la forma corporal y el peso (Cooper, Wells, & Todd, 2004) y las referentes a sí mismo, las cuales tendrán relación con los bajos niveles de autoestima que usualmente presentan las pacientes y que son fundamentales en el mantenimiento del trastorno (Byrne & McLean, 2002; Cooper et al., 2004; Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003, citados en Góngora, et al.; 2009).

Algunas de las creencias básicas adoptadas por pacientes bulímicas se refieren a la pérdida de control, la imperfección, el temor al fracaso, y la dependencia (Cooper et al., 2005; Cooper, Rose & Turner, 2006; Cooper, Todd & Wells, 1998; Leung & Price, 2007; Leung, Waller & Thomas, 1999; Waller et al., 2002; Waller et al., 2000, citados en Góngora, et al.; 2009)

Según los resultados obtenidos en un estudio llevado a cabo por Góngora, et al.; 2009, las pacientes con TCA manifestaron creencias más rígidas en cuanto a esperar que las relaciones significativas, de una forma u otra, terminen en forma inminente (Abandono), la creencia de que en cualquier momento puede ocurrir un evento catastrófico (Vulnerabilidad) y una excesiva atención a las necesidades de los demás postergando la propia gratificación (Autosacrificio).

El grupo de jóvenes evaluados en este estudio (quienes comprendían entre los 16 hasta los 18 años), mostraron tener mayor insatisfacción con el propio cuerpo (Insatisfacción Corporal) y mayor tendencia a involucrarse en tareas relacionadas con el comer excesivo (Bulimia). Así mismo, manifestaron creencias básicas más severas relacionadas con la idea de que nunca se es lo suficientemente bueno y que siempre se



debe esforzar más (Autoexigencia), la percepción de que los otros ocasionarán un daño emocional de manera intencional (Desconfianza), una excesiva inhibición de la expresión de sentimientos (Inhibición Emocional), una dificultad persistente para ejercer autocontrol, baja tolerancia a la frustración (Autocontrol Insuficiente) y la sensación de estar aislado del resto del mundo y de ser diferente a los demás (Aislamiento Social). De acuerdo a estos resultados, en el grupo de jóvenes de mayor edad, la problemática era más severa en lo que respectaba al tema corporal y alimentario. (Góngora, 2009).

Por su lado, Shafran & Robinson (2004), encontraron que las distorsiones cognitivas de pacientes con TCA, están asociadas de manera significativa con la aparición de las alteraciones alimentarias, además, encontraron una fuerte correlación entre la gravedad del trastorno alimentario, el nivel de psicopatología y la presencia de mayor número de distorsiones cognitivas, especialmente las relacionadas con autoexigencia y autocontrol.

“En los trastornos de la conducta alimentaria, la excesiva importancia de los pensamientos acerca de la alimentación, son una expresión directa de la sobrevaloración de la forma del cuerpo, el peso y su control. Es por esto que las distorsiones del pensamiento de estos pacientes son el núcleo central de su psicopatología” (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003, p.405).

De igual forma, Rodriguez & Martínez (2005) encuadraron dentro de su línea de investigación la consideración de que la forma en que el sujeto percibe, valora y responde a la información relativa, tanto a su imagen corporal como a todo lo relacionado con la conducta alimentaria, es capaz de dar explicación al alto porcentaje de la varianza relacionada con la etiología, cronificación y rehabilitación de estos trastornos.

Con respecto a este planteamiento, las teorías cognitivas refieren que la existencia de los sesgos cognitivos que modulan los procesos motivacionales y afectivos, giran principalmente en torno a la obsesión por la delgadez, la excesiva preocupación por la imagen corporal y el miedo a la obesidad. Así mismo, plantean que los procesos cognitivos



alterados no estarán presentes exclusivamente en los pacientes con TCA, sino también en sujetos excesivamente preocupados por la imagen y el peso corporal, aún cuando no reúnan los criterios diagnósticos suficientes para configurar el trastorno.

A partir de lo anterior, los diversos tratamientos cognitivo-conductuales sugieren entonces que el vínculo existente entre pensamiento y acción, justifica que la modificación de los patrones alterados de pensamiento induzca cambios en las conductas alimentarias.

“Las teorías cognitivas sostienen que el pensamiento influye globalmente sobre la conducta alimentaria, induciendo la restricción de la ingesta, los procesos purgativos, la realización de ejercicio excesivo, el constante examen del cuerpo y la aparición de comportamientos rituales antes y durante la comida”. (Rodríguez & Martínez, 2005, p.72).

Siguiendo con los planteamientos de este enfoque terapéutico, el concepto de esquema cobra especial relevancia, ya que si estas estructuras de pensamiento están alteradas, pueden inducir la aparición de juicios sesgados que favorezcan la aparición de pensamientos y conductas desadaptativas. Se supone, por tanto, que quienes padecen un TCA han desarrollado un esquema centrado en la constante preocupación sobre la forma del cuerpo y la alimentación, el cual contiene información estereotipada y sobrevalorada sobre el peso y la propia imagen.

Fairburn, Cooper & Shafran (2003), en su “teoría transdiagnóstica” para el mantenimiento de los Trastornos de la Alimentación, plantearon que pacientes con esta patología, presentan un esquema disfuncional en la autoevaluación, ya que sobrevalúan los logros de perfeccionismo, a partir del comer, la forma de su cuerpo, el peso y su control. Lo anterior, las obliga a hacer uso, de dietas estrictas, atracones y otras estrategias compensatorias (como el vómito y los laxantes), lo cual a su vez, da cuenta de déficits en sus autoesquemas (especialmente de autoestima)



Ahora bien, se plantea que básicamente han sido cuatro los tipos de sesgos cognitivos estudiados en los TCA: atencionales, de memoria, interpretativos o juicios selectivos y en la imagen corporal. El papel de los sesgos de atención en los TCA es complejo, ya que ser consciente de la presencia de estímulos amenazantes facilita la elaboración de estrategias evitativas en las situaciones potencialmente amenazantes, las cuales incrementan la ansiedad e inducen la evitación de situaciones ansiógenas.

“El temor a incrementar de peso, facilita que los estímulos relacionados con la alimentación y el aumento de peso sean atendidos y procesados en términos amenazantes, por ello este tipo de estímulos es atendido prioritariamente y condicionan el procesamiento cognitivo y la conducta. (Abstracción selectiva)”. (Rodríguez & Martínez, 2005, p.72)

Teniendo en cuenta lo hasta aquí mencionado, distintas investigaciones han señalado que es posible que la identificación de las distorsiones cognitivas en pacientes con TCA, sea de gran utilidad para el tratamiento de pacientes que no responden a terapias convencionales. “Analizar la correlación entre distorsiones cognitivas y conductas en el mantenimiento y tratamiento de los Trastornos de la alimentación, es una vía prometedora para comprobar la eficacia de las terapias cognitivas” (Wilson & Fairburn, 2002, citados en Shafran & Robinson, 2004, p. 406).

Estrategias de afrontamiento

Según Lazarus y Folkman (1986), el afrontamiento permite hacer frente a las situaciones de estrés. Para estudiar el afrontamiento, Lazarus plantea que ante situaciones estresantes, las personas despliegan unos “esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986, p.164). Estos mecanismos de



afrontamiento, sirven para manipular el problema en sí y son esenciales para regular las respuestas emocionales que pueden aparecer ante circunstancias estresantes.

El análisis sobre el papel del afrontamiento en el curso de los TCA ha sido reciente y de gran aporte, ya que la población con mayor riesgo a padecer este trastorno, son adolescentes que en su ciclo vital atraviesan por un conflicto psicológico que involucran elementos como: la apropiación de una nueva imagen corporal y la presión por la construcción y definición de su identidad; a lo cual se suman las demandas del medio social, escolar y familiar.

Los autores señalan que pacientes con TCA tienden a percibir las situaciones percibidas como amenazantes y peligrosas, de hecho su manera de afrontarlas suele ser diferente y reportan que incluso, la presencia de las alteraciones alimentarias, pueden ser en sí mismas una forma de afrontamiento. Así, en mujeres con síntomas bulímicos aparecen con mayor frecuencia el uso de estrategias evitativas centradas en la emoción, con uso significativamente menor de estrategias centradas en el problema. (Wólfgesa, Legenbauera, & Hiüera, 2010; Valuds, Goreczny, Wister, Newton, Popp & Vavrek, 2008; Honey & Halse, 2008; Sierra & Lemos, 2008; García et al. 2004; Quües & Terol, 2008; Ghaderi, 2003, citados en Bahamón, 2012)

Quiles y Terol (2008), coinciden con los resultados anteriormente mencionados, pues en su artículo de revisión, pusieron de manifiesto que las pacientes diagnosticadas con TCA, presentaban un estilo de afrontamiento poco adaptativo, caracterizado por un mayor uso de estrategias de afrontamiento evitativas y un menor uso de estrategias centradas en el problema (Bloks, Van Furth, Callewaert y Hoek, 2004; Troop, Holbrey, Trowler y Treasure, 1994, citados en Pamies & Quiles, 2012). En otro de los estudios realizados por Quiles (2006), con pacientes diagnosticadas de un TCA, se mostró cómo utilizaban con mayor frecuencia estrategias como la auto culpa y el escape para hacer frente a la enfermedad.



“Si se atiende a la clasificación de las estrategias de afrontamiento en evitativas versus aproximativas, la revisión de la literatura pone de manifiesto que las personas con un mayor riesgo de desarrollar un TCA utilizan más estrategias de afrontamiento evitativas y centradas en la emoción, y menos estrategias de afrontamiento centradas en el problema (Boujut y Bruchon-Schweitzer, 2010; Fryer et al., 1997; Sierra y Lemos, 2008, citados en Pamies, et al.; 2012, p.231).

Las estrategias evitativas se consideran menos eficaces en estos trastornos, ya que en los diferentes estudios realizados, se relacionan con mayor severidad del mismo, con un mayor número de atracones y con comorbilidad con patologías, como depresión, ansiedad o consumo de sustancias (Ghaderi y Scott, 2001; Quiles, Rodríguez-Marín, Terol, Romero y Pagan, 2006; Troop et al., 1994; Troop y Treasure, 1997; Valdés y Arroyo, 2002, citados en Pamies, et al.; 2012).

Por el contrario, el uso de estrategias centradas en el problema se han relacionado con un mejor pronóstico y recuperación de los TCA (Aldwin & Park, 2004). Davies, Bekker & Roosen (2011) en una muestra de 93 pacientes de TCA, pusieron de manifiesto que el presentar un afrontamiento activo, unido a bajos niveles de acomodación a los síntomas antes del tratamiento, es un indicador de la efectividad del mismo y de la reducción y remisión de los síntomas. (Pamies, et al.; 2012).

Rasgos de personalidad

La asociación de los TCA y los trastornos de personalidad ha sido frecuentemente evaluada. Se estima que un TCA podrían haberse desarrollado como consecuencia de un Trastorno de Personalidad y/o características de personalidad determinadas, y que ambos funcionarían como factores de riesgo para la estabilidad del cuadro diagnóstico, propiciando así, comportamientos y actitudes que incrementarían la sintomatología alimentaria, la insatisfacción corporal y otros aspectos de relevancia clínica en los TCA. (Toro, 2004)



La personalidad, ocupa un lugar muy importante en el origen y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria, y el sustento para estudiar esta variable en pacientes con este tipo de patología, se fundamenta en la observación de patrones específicos, como la baja tolerancia a la frustración y el deficiente control de impulsos en pacientes con trastornos bulímicos, o la inflexibilidad y la necesidad de control estricto en pacientes con Anorexia Nerviosa. (Cassin & Ranson, 2005).

La literatura señala otros estudios que evidencian una alta comorbilidad ente los Trastornos del comportamiento alimentario y los Trastornos de Personalidad. Se han mencionado prevalencias que oscilan entre el 27 hasta el 77% (Braun, Sunday, & Halmi, 1994; Gargallo, Fernandez & Raich, 2003; Garner, Marcus, Halmi & Loranger, 1989; Herzog, Keller, Lavori, Kenny y Sacks, 1992; Ro, Martinsen, Hoffart & Rosenvinge, 2005, citados en Murcia, Cangas, Pozo, Martínez & López, 2009). Además, se ha señalado que dicha correlación es mayor que en otras patologías psiquiátricas. (Marañón, Echevurúa & Grijalvo, 2007)

Se han descrito correlaciones entre los TCA y cuadros clínicos de Depresión, Trastornos Límite de personalidad y rasgos Obsesivos Compulsivos. Sin embargo, se atribuye un grado de dificultad para realizar un diagnóstico diferencial, puesto que en ocasiones se confunden los criterios diagnósticos y otras veces los trastornos se presentan de manera simultánea. A pesar de ello, se han obtenido datos convincentes que relacionan los Trastornos de la conducta alimentaria con determinadas características de personalidad, las cuales son determinantes en la evolución del trastorno (González Macias et al., 2003, citado en Galarsi, Ledezma, Bortoli & Corroche, 2009).

Diversas investigaciones han señalado la existencia de una tasa de comorbilidad relativamente alta (del 11 % al 37%) entre las alteraciones de la conducta alimentaria y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) (Laessle, Wittchen, Fitchter y Pirke, 1989; Thiel, Broocks, Ohlmeier, Jacoby y Schuessler, 1995; Toro y Vilardell, 1989, citados en



Echeburúa, 2001). En general, la comorbilidad con este cuadro clínico aparece más en la Anorexia que en la Bulimia. Según el estudio de Thornton y Russell (1997, citados en Echeburúa, 2001), en el 86% de la muestra de pacientes con TCA, el TOC fue anterior a la aparición del cuadro de Anorexia. Por ello, en algunas pacientes tratadas con éxito del trastorno obsesivo-compulsivo la anorexia puede remitir sin un tratamiento específico (Toro y Vilardell, 1989, citados en Echeburúa, 2001).

En relación con el subtipo de anorexia, hay una mayor comorbilidad entre la Anorexia restrictiva y el TOC, y la Anorexia purgativa y la Depresión Mayor (Halmi et al. 1991, citado en Echeburúa, 2001). A su vez, las pacientes bulímicas con comorbilidad con otros cuadros clínicos, presentan frecuentemente antecedentes psicopatológicos familiares diversos (depresión, abuso de alcohol, trastornos emocionales, etc.) (Garfinkel, Lin, Goering, Spegg, Goldbloom, Kennedy, Kaplan, & Woodside, 1995)

En general, la personalidad de las pacientes con anorexia ha sido descrita como obsesiva, introvertida, socialmente insegura y dependiente; por el contrario, las bulímicas tienden a ser más impulsivas y con escasa capacidad de autocontrol. Tanto las anoréxicas como bulímicas afectadas por un trastorno de la personalidad, presentan con mayor frecuencia atracones, vómitos y síntomas ansioso-depresivos, así como mayores dificultades de integración social e intentos de suicidio (Gartner, Marcus, Halmi & Loranger, 1989; Wonderlich, Swift, Slotnick, & Goodman, 1990; Braun, Sunday, & Halmi, 1994; Steiger y Stotland, 1996; Matsunaga et al., 1998, citados en Echeburúa, et al.; 2001).

Matsunaga, Kaye, McConaha, Plotnicov, Pollice & Rao (2000, citados en Echeburúa, et al.; 2001), en un estudio realizado con pacientes recuperados de una alteración de la conducta alimentaria con un año sin síntomas, encontraron que los trastornos de personalidad eran muy variables, pero predominaban los del grupo C (obsesivo, dependiente y evitativo) y B (límite)



“En la anorexia la comorbilidad más frecuente es con alguno de los trastornos del grupo C (evitativo, dependiente y obsesivo) y, en menor medida, con el trastorno límite, especialmente en el caso de las anorexia purgativa. A su vez, en la bulimia lo más llamativo es la comorbilidad simultánea con varios trastornos de personalidad, de los que los más frecuentes son los del grupo B (límite e histriónico) y en menor medida, del grupo C (evitativo y obsesivo)”. (Echeburúa, et al.; 2001, p.10)

El Trastorno de Personalidad (TP) más prevalente que presentó la muestra del estudio realizado por Martín, Cangas, Pozo, Martínez & López (2009), con 34 mujeres diagnosticadas con TCA fue el evitativo. Se sugiere que este patrón podría ser uno de los estilos de personalidad más común en las pacientes con TCA (Wilson & López. 2002, citados en Martín et al.; 2009). En esta línea, se resaltó que el TP por evitación en el grupo de AN fue más resistente al cambio que en el grupo BN. La literatura destaca que las personas con BN suelen valorar más las relaciones sociales que las personas con AN (Turón. 1997; Lehoux, Steiger y Jabalpurlawa. 2000, citados en Murcia, et al.; 2009, lo cual permite que este tipo de pacientes cuente con más expectativas y deseos de cambio en esta área, en comparación con aquellos diagnosticados con AN. (Murcia, et al.; 2009).

Cassin & Ranson, (2005) señalaron que rasgos de la personalidad que dificultan el manejo y el reconocimiento de las emociones, como pueden ser una baja autoestima o sentimientos de ineficacia, conducen a que algunas mujeres jóvenes sean más propensas a desarrollar un TCA. Además, se encontró que acontecimientos precipitantes, como el abuso físico y psicológico, la sobreprotección, la sobre-exigencia, el control excesivo sobre sí mismo y la influencia de factores socio culturales como los medios de comunicación, la moda y los prototipos de belleza, conducen al desarrollo y mantenimiento de patologías alimentarias.

Desde el punto de vista de la evolución terapéutica, el peor pronóstico para una alteración de la conducta alimentaria es la comorbilidad con el trastorno límite de la



personalidad, debido a que es predictor de mayor severidad en problemas psicosociales y de conducta (abuso de alcohol y drogas), así como de intentos de suicidio, de menor capacidad para trabajar y de menor satisfacción en las relaciones sociales (Johnson, Tobin y Enright, 1989; Matsunaga et al. 1998, citados en Martín, et al.; 2009).

Así mismo, se ha puesto en evidencia que las consecuencias físicas de la Anorexia Nerviosa, puede afectar los patrones de personalidad, al exacerbar los patrones de conducta desadaptativos muy resistentes, dadas las interacciones entre restricción y estado de ánimo. (Rodríguez, Mata, Moreno, Fernandez & Vila, 2007, citados en Martín, et al.; 2009)

Teniendo en cuenta los resultados de las investigaciones hasta aquí mencionadas, se ha planteado que la presencia de un trastorno de la personalidad junto a una alteración de la conducta alimentaria complica el cuadro clínico del paciente, ya que dificulta la detección temprana del problema y el tratamiento, además, determina un peor pronóstico terapéutico.

MÉTODO.

El presente artículo es de revisión temática, entendido como resultado de una revisión a profundidad de la literatura que da cuenta de las principales características que conforman el perfil clínico de pacientes con TCA. El presente trabajo de revisión científica, se basó para su elaboración, en una investigación teórica documental, entendida como una producción escrita resultado de una revisión bibliográfica crítica sobre un tema propio de una disciplina, en la cual se debe presentar un enfoque particular de quien la presenta. (Saenz & Pintos, 1986)

Para la elaboración de este artículo se hizo una revisión de 49 materiales bibliográficos, distribuidos de la siguiente manera: libros, artículos de internet y



documentos. De estos se utilizaron como muestra un total de 45 artículos electrónicos, los cuales se seleccionaron por pertinencia y actualidad.

Como técnica de recolección de datos se utilizó la observación documental, la cual versa sobre todas las realizaciones documentales que dan cuenta de acontecimientos sociales e ideas humanas, o son producto de la vida social y, por tanto, su registro permite estudiarlos (Sierra, 1992)

El tratamiento de los datos compilados se llevo a cabo a través de la técnica de análisis de contenido, entendida como la descripción objetiva, sistemática y rigurosa del contenido manifiesto de materiales, con el fin de interpretarlos. (Berelson, 1952). El objeto del análisis de contenido consistió en una descripción, análisis e interpretación de los temas que desarrollan los documentos revisados, sin incurrir con ello en un análisis lingüístico de los mismos.

RESULTADOS

A través de la revisión de los distintos resultados arrojados por investigaciones centradas en la caracterización del perfil clínico de pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria, se encontró que de manera general los sujetos afectados por estas alteraciones, presentan distorsiones cognitivas centradas en la figura y el peso corporal, las cuales inciden en la aparición, mantenimiento y gravedad de los síntomas presentados. (Rodríguez, et al.; 2005; Faunce, 2002; Góngora, 2009; Fairburn, 2003; Cash, et al.; 1997; Vaquero, et al.; 2013).

“Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento, mantienen las creencias del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria” (Beck, 1967, citado en Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983).



Teniendo en cuenta los resultados analizados a lo largo de esta revisión bibliográfica, es posible concluir que las principales distorsiones que presentan pacientes con TCA, son: abstracción selectiva (la atención se centra en la ganancia de peso y dejan de lado la pérdida significativa del mismo) maximización (magnifican cualquier ganancia de peso, así sea mínimo), pensamiento dicotómico (evalúan su peso y figura en términos de todo o nada) y deberías (se imponen estar delgadas sin importar el cómo).

En términos de creencias irracionales, definidas por Ellis (1989) como “cogniciones evaluativas personales, absolutistas, expresadas como obligación, y asociadas a emociones inadecuadas que interfieren con la consecución de metas” (Ellis, 1989, p.23), los pacientes con TCA presentan las siguientes: Necesidad de control (deben controlar su peso a como dé lugar, de lo contrario esto será sinónimo de incapacidad), perfeccionismo (sus estándares personales son estrictos, estar delgada es sinónimo de perfección y logro), autocastigo (sino alcanzan sus estándares, su dieta debe ser más restrictiva y el ejercicio excesivo), ansiedad por preocupación (presentan una excesiva preocupación por la imagen corporal y un intenso miedo a la obesidad) y autoexigencia (consideran que nunca sé es lo suficientemente bueno y que siempre se deben esforzar más) (Góngora, et al.; 2009, Vellisca, et al.; 2012)

A partir de los esquemas y sesgos cognitivos que presentan estas pacientes, se pone en evidencia un déficit a nivel de su autoestima, autoimagen y autoconcepto. Lo anterior, se explica a partir de la incidencia que tienen factores biológicos (herencia, alteraciones en la actividad neuroendocrina), socioculturales (ideal de belleza impuesto por los medios de comunicación y la moda), familiares (presión por obtener un cuerpo delgado), interpersonales (aceptación de los pares por evaluación de la imagen) y psicológicos (pobre autoestima, autoconcepto y autoimagen devaluada, sentimientos de vacío, sensación de ser rechazados, etc.).



En lo que respecta a las estrategias de afrontamiento empleadas por estos sujetos, distintos estudios han señalado que su principal estrategia es la evitación. La mayoría de estas pacientes evitan afrontar su problemática, y por el contrario tienden a aislarse de sus compañeros y familia, para así evadir la evaluación y crítica social por su imagen corporal. (Valdes & Arroyo, 2002; Quiles, et al.; 2008; Quiles, Rodriguez, Terol, Romero & Pagan, 2006; Sierra & Lemos, 2008; citados en Pamies, et al.; 2012).

Llegados a este punto, es de importancia mencionar que los estilos de personalidad, juegan un papel relevante en el momento de hablar de una caracterización clínica de pacientes con TCA. De manera general, las distintas investigaciones revisadas, concluyen que existe una alta comorbilidad entre Trastornos de personalidad y patologías alimentarias. (Echeburúa, 2001, Galarsi, et al.; 2009; Varela, et al.; 2011; Calvo, Gallego & García, 2012) Al respecto, se ha señalado que sujetos que padecen Anorexia Nerviosa presentan rasgos y trastornos de personalidad del grupo C (obsesivo, dependiente y evitativo) lo cual explica la rigidez, autocontrol, perfeccionismo y evitación característico en este tipo de pacientes. Por su lado, los sujetos con Bulimia Nerviosa, presentan una mayor comorbilidad con rasgos y trastornos de la personalidad del grupo B (límite, histriónico), lo cual también explica el insuficiente autocontrol (atracones), la labilidad emocional y el menor aislamiento social que presentan estos pacientes.

Luego de analizar los resultados de diversos estudios científicos acerca de los principales factores de riesgo y características cognitivas en pacientes con TCA, es posible señalar que los sesgos cognitivos que presentan estos sujetos, modulan sus procesos motivacionales y afectivos, lo cual les conduce a adoptar una obsesión por la delgadez, una excesiva preocupación por la imagen corporal y un miedo irracional a la obesidad.

Lo anterior, sugiere que los planes de intervención estén dirigidos a reestructurar las interpretaciones negativas que los pacientes hacen de sí mismos, ya que esto les permitirá hacer frente a las múltiples situaciones problemáticas que pueden activar y



mantener el trastorno (presión social, autoimagen devaluada), facilitará el uso de estrategias de autocontrol que permitan hacer un manejo adecuado de las emociones. (Ioannou, & Fox, 2009), y permitirá flexibilizar los esquemas que mantienen los Trastornos de personalidad comórbidos a las patologías alimentarias.

Teniendo en cuenta lo hasta aquí mencionado, se plantea que la modificación de los patrones alterados de pensamiento inducirá cambios en las conductas alimentarias, lo cual deja en evidencia, la efectividad que podrían tener los tratamientos cognitivo-conductuales en la intervención de este tipo de psicopatologías.

Así mismo, se podría considerar que el uso de estrategias de afrontamiento en el plano preventivo, podría estimular el uso de estrategias dirigidas a la resolución de problemas, de manera que las acciones sean más productivas y los sujetos perciban mayor eficacia; en este orden de ideas, la formulación de líneas de prevención de los TCA, pueden dirigir su atención hacia la capacidad de afrontamiento de los jóvenes frente a situaciones adversas y/o estresantes y la percepción de los problemas como oportunidades de mejoramiento (Quiles & Terol, 2008)



REFERENCIAS.

Aldwin, C. M. & Park, C. L. (2004). *Coping and physical health outcomes: An overview*. *Psychology and Health*, 19 (3), 277-281.

American Psychiatric Association (APA). (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM -V*. Washington, DC: APA.

Bahamón, M. J. (2012). *Bulimia y estrategias de afrontamiento en adolescentes escolarizadas de la ciudad de Pereira, Colombia*. [Versión electrónica]. *Psicología desde el Caribe*. Vol. 29, No 1, 105-122.

Beck, A. T.; Rush, J.H.; Shaw, B. F. & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Desclée de Brouwer, S.A.

Berelson, B. (1952). *Content analysis in communication research*. New York.

Buckner, J.D., Silgado, J. & Lewinsohn, P.M. (2010). *Delineation of differential temporal relations between specific eating and anxiety disorders*. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 781-787.

Calvo, S. R.; Gallego, L.T. & García, L. (2012). *Modelo de capacitación para el tratamiento integral de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria resistentes al cambio*. [Versión electrónica]. *Nutrición hospitalaria*. 27 (3):763-770.



Carretero, G. A.; Raich, R.M.; Sánchez, P.L.; Rusiñol, E. J. & Sánchez, C. D. (2009). *Relevancia de Factores de Riesgo, Psicopatología Alimentaria, Insatisfacción Corporal y Funcionamiento Psicológico en Pacientes con TCA*. [Versión electrónica]. *Clínica y Salud*. Vol. 20, No 2, 145-157.

Cash, T.F., & Deagle, E.A. (1997). *The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis*. [Versión electrónica]. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-125.

Cash, T.F., & Strachan, M.D. (1999). *Body images, eating disorders, and beyond*. Recuperado el 17 de Agosto, 2013 de <http://books.google.com.co/books?id=9magDnBkdZAC&pg=PA32&lpq=PA32&dq=cash+%26+deagle+1997&source=bl&ots=veqSuVDiB&sig=srZAHQvRbARO9QX71hO9QbAw8yw&hl=es&sa=X&ei=1usQUt7OIMjs2qW-m4D4Bg&ved=0CDQQ6AEwAQ#v=onepage&q&f=false>.

Cassin, S. & Ranson, M. (2005). *Personality and eating disorders*. *Clinical Psychology Review* 25, 895- 916.

Cooper, M.; Wells, A. & Todd, G. (2004). *A cognitive model of bulimia nervosa*. [Versión electrónica]. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 1-16.

Davies, M.M., Bekker, M.H. & Roosen, M.A. (2011). *The role of coping and general psychopathology in the prediction of treatment outcome in eating disorders*. *Eating Disorders*, 19 (3), 246-258.



Davey, G.C. & Chapman, L. (2009). *Disgust and eating disorder symptomatology in a non-clinical population: The role of trait anxiety and anxiety sensitivity*. [Versión electrónica]. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 268-275.

Dávila, L.M (2010). *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes*. [Versión electrónica]. *Hospitalidad-ESDAI*, 71-96

Echeburúa, A. & Marañón, I. (2001). *Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad*. [Versión electrónica]. *Psicología conductual*. 9, 513 – 525

Ellis, A. & Abrahams, E. (1989). *Terapia racional emotiva*. México: Pax Mexico.

Fairburn, C.G. & Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). *Cognitive behavior therapy for eating disorders: a transdiagnostic theory and treatment*. [Versión electrónica]. *Behavior Research and Therapy*, 41, 509-528.

Faunce, G. J. (2002). *Eating disorders and attentional bias: a review*. *Eat Disord*, 10:125-39

Franco, F. K.; Mancilla, J. M.; Vásquez, A. R; Alvarez, R. G. & López, A. X. (2010). *El papel del perfeccionismo en la insatisfacción corporal, la influencia sociocultural del modelo de delgadez y los síntomas de trastorno del comportamiento alimentario*. [Versión electrónica]. *Univ. Psychol*. Vol. No 3, 829-840.

Franco, K.; Díaz, F. & López, A. (2013). *Variables predictoras de riesgo de trastorno del comportamiento alimentario en mujeres*. [Versión electrónica]. *Terapia psicológica*. Vol. 31. N° 2, 219-225



Galarsi, M. F.; Ledezma, C.; Bortoli, M. A. & Correche, M. C. (2009). *Rasgos de personalidad y trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarias*. [Versión electrónica]. Universidad Nacional de San Luis. No 1, 157-166.

Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D.S., Kennedy, S., Kaplan, A.S. & Woodside, D.B. (1995). *Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups*. American Journal of Psychiatry, 148, 831-843.

Góngora, V.; Grinhauz, A.S. & Suárez, H. N. (2009). *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: un estudio sobre conductas y cogniciones*. [Versión electrónica]. Facultad de psicología – UBA, Anuario de investigaciones, Vol. XVI, 21-39.

Hernández, N.; Alves, D.; Arroyo, M. & Basabe, N. (2012). *Del miedo a la obesidad a la obsesión por la delgadez; actitudes y dieta*. [Versión electrónica]. Nutrición Hospitalaria. 27(4):1148-1155.

Holtkamp, K., Müller, B., Heussen, N., Remschmidt, H. & Herpertz-Dahlmann, B. (2005). *Depression, anxiety, and obsessionality in long-term recovered patients with adolescent-onset anorexia nervosa*. [Versión electrónica]. European Child and Adolescent Psychiatry, 14, 106-110.

Ioannou, K. & Fox, J.R. (2009). *Perception of threat from emotions and its role in poor emotional expression within eating pathology*. Clinical Psychology and Psychotherapy, 16, 339-347.

Jurado, L. P.; Correa, J. M.; Delgado, A. M.; Contreras, M. A.; Camacho, J.F.; Ortiz, D.A. & Escobar, M. (2009). *Trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes*. [Versión electrónica]. Med UNAB. Vol 12, 129-143.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Editorial Roca.



López, C.C. & Treasure, J. (2012). *Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo*. [Versión electrónica]. Rev. Med. Clin. Condes, 22(1) 85 – 97.

Marañón, L. Grijalvo, J. & Echeburúa, E. (2007). *Do the IPDE and the MCMMI assess the same personality disorders in patients with eating disorders*. [Versión electrónica]. International Journal of Clinical and Health Psychology. 7, 587-594.

Martín, F.M.; Cangas, A. J.; Pozo, E. M.; Martínez, M. & López, M. (2009). *Trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria*. [Versión electrónica]. Psicothema Vol. 21, No 1, 33-38

Pamies, L. & Quiles, Y. (2012). *Estrategias de afrontamiento evitativas y riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes*. [Versión electrónica]. Psicothema. Vol. 24. No 2, 230-235.

Pascual, A.; Etxebarria, I.; Cruz, M. S. & Echeburúa, E. (2011). *Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria*. [Versión electrónica]. International Journal of Clinical and Health Psychology. Vol. 11, No. 2, 229-247

Portela, M. L.; Ribeiro, J.; Mora, M. & Raich, R. M. (2012). *La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión*. [Versión electrónica]. Nutrición hospitalaria. 27 (2):391-401.

Quiles, Y. & Terol, M.C (2008). *Afrontamiento y trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión*. Revista Latinoamericana de Psicología, 40(2), 259-280.

Rodríguez, M.A., Rojo, L., Ortega, E. & Sepúlveda, A.R. (2009). *Adaptación de la escala multidimensional del perfeccionismo a estudiantes universitarios españoles*. [Versión electrónica]. Ansiedad y Estrés, 15, 13-27.



Rodriguez, M. A. & Martínez, S. F. (2005). *Sesgos cognitivos en una tarea experimental de atención selectiva focalizada en los trastornos de la conducta alimentaria*. [Versión electrónica]. *Actas Esp Psiquiatr*; 33(2):71-80

Saenz, G. & Pintos, E. (1986). *Documento para la elaboración de tema en el departamento de psicología*. México, universidad iberoamericana.

Salinas, J.L.; Pérez P.; Viniega, L.; Barriguete, M. J. A.; Casillas, J.; Valencia, A. (1992). *Modelo de Evaluación Familiar*. [Versión electrónica]. *Revista Investigación Clínica*, Vol. 44, No.2, 169-188.

Sepúlveda, A. R., León, J. A. y Botella, J. (2004). *Aspectos controvertidos de la imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria*. [Versión electrónica]. *Clínica y Salud*, 15, 55-74.

Shafran, R. & Robinson, P. (2004). *Thought–shape fusion in eating disorders*. [Versión electrónica]. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 399–407.

Sierra, B. (1992). *Técnicas de investigación social*. Madrid: Paraninfo.

Slade, P. D. y Rusell, G. F., (1973). *Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: Cross-sectional and logitudinal studies*. [Versión electrónica]. *Psychological Medicine*, 3, 188-199.

Slade, P. D. (1996). *Modelo explicativo causal para la anorexia y bulimia nerviosa*. En J. Buendía. *Psicopatología en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.

Solano, N. & Cano, A. (2012). *Ansiedad en los trastornos alimentarios: un estudio comparativo*. [Versión electrónica]. *Psicothema*. Vol. 24, No3, 384-389

Toro, J. & Vilardell, E. (1989). *Anorexia nerviosa*. Barcelona. Martínez Roca.

Toro, J. (2004). *Riesgos y causas de la Anorexia Nerviosa*. España: Ariel



Vaquero, R.; Alacid, F.; Muyor, J. M. & López, P.A. (2013). *Imagen corporal; revisión bibliográfica*. [Versión electrónica]. *Nutrición hospitalaria*. 28:27-35.

Varela, C.P.; Maldonado, M. J. & Ferre, F. (2011). *Estudio de los perfiles clínicos de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria en dispositivos específicos*. *Actas Esp Psiquiatría* 2011; 39 (1):12-9.

About the author: Psychologist Universidad Católica Luis Amigó, Master in Clinical Psychology - Universidad del Norte. Full-time professor with research functions at Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano. Subjects taught: clinical psychology, psychopathology, psychological evaluation, Fundamentals of cognitive-behavioral psychology. With experience as principal investigator and co-investigator of different projects on health issues. She is also the author of several publications related to health in different specialized journals.