



Universidad de Flores

Facultad de Psicología y Ciencias Sociales

Seminario de Trabajo Final Integrador

**Distorsiones cognitivas asociadas a trastornos de la conducta  
alimentaria en jóvenes de 18 a 25 años residentes en San Miguel,  
Buenos Aires**

**Estudiante: Mirada, Valentina**

**Directora de TFI: Gómez Darriba, Mariana del Carmen**

Vicedecana: Losada, Analía Verónica

Director de carrera: Godoy, Marcelo

2023

## Índice

<b>Resumen</b>	<b>2</b>
Título	2
Resumen	2
Palabras Clave	2
<b>Delimitación del Objeto de Estudio</b>	<b>3</b>
Delimitación del Problema	3
Objetivos	4
Hipótesis Básicas y Derivadas	5
Fundamentación	5
<b>Estado del Arte</b>	<b>7</b>
<b>Marco Teórico</b>	<b>12</b>
<b>Método</b>	<b>28</b>
Definición Operacional de las Variables de Estudio	28
Diseño de Estudio	28
Participantes	29
Instrumento	34
Procedimiento	35
Constancia de la Utilización del Consentimiento Informado	36
<b>Resultados</b>	<b>37</b>
Distorsiones Cognitivas Según Grupo	37
Distorsiones Cognitivas Según Género	38
Distorsiones Cognitivas Según Edad	40
<b>Discusión</b>	<b>42</b>
<b>Referencias</b>	<b>45</b>
<b>Anexos</b>	<b>55</b>
Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Luján, 1991) - Adaptación de Escala por Moyano et al (2011)	55

## Resumen

### Título

Distorsiones cognitivas asociadas a trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes de 18 a 25 años residentes en San Miguel, Buenos Aires.

### Resumen

La presente investigación de diseño no experimental, transversal, de corte cuantitativo, comparativo y alcance descriptivo tiene por objetivo analizar cuáles son las distorsiones cognitivas que se presentan con mayor frecuencia en jóvenes de entre 18 y 25 años que han sido diagnosticados con algún trastorno de la conducta alimentaria (TCA) y residen en San Miguel, Buenos Aires. Se busca realizar comparaciones en el mismo grupo por género y edad; además de comparar con respecto a otro grupo sin diagnóstico de TCA. Se ha contado con 60 participantes (76,7% mujeres y 23,3% hombres), con una edad media de 22 años. Se les ha administrado el Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Luján, 1991) y los resultados indican que en la población diagnosticada con TCA se presentan distorsiones cognitivas con mayor frecuencia, prevaleciendo el filtraje, la falacia de recompensa divina, la visión catastrófica, los debería y la sobregeneralización. Las mismas, salvo visión catastrófica, prevalecen en el grupo sin diagnóstico. Se encontró que en la totalidad de la muestra las mujeres presentan distorsiones cognitivas con mayor frecuencia, como en el grupo no diagnosticado, mientras que en el grupo con TCA los hombres presentan distorsiones más frecuentemente.

### Palabras Clave

Trastornos de la conducta alimentaria. TCA. Distorsiones cognitivas.

## Delimitación del Objeto de Estudio

### Delimitación del Problema

El presente trabajo surge de la necesidad de determinar cuáles son las distorsiones cognitivas que presenta la población adulta joven diagnosticada con un TCA en el distrito de San Miguel. Es decir que la pregunta de investigación principal que guía a la investigación es “¿qué distorsiones cognitivas presentan, con mayor frecuencia, los adultos jóvenes diagnosticados con TCA?”. Sumado a ello, se consideran las siguientes preguntas: “¿se encuentran diferencias según género y edad?”, “¿se presentan distorsiones con mayor frecuencia en la población diagnosticada?” y “¿se presentan las mismas distorsiones en ambos grupos?”.

Cabe destacar que el problema es de relevancia social dado que tiene implicancia de dos variables que tienden a influir en la salud integral, afectando diversas áreas vitales de un gran número de personas: TCA y cogniciones. En Argentina puntualmente, de acuerdo a la investigación publicada por Quiroga (2009), en aquel año, entre el 12% y el 15% de los adolescentes presentaban anorexia o bulimia nerviosa. De ellos, el 90% representaba a mujeres y el 10% restante a varones. Tal condición se vio relacionada con diversas psicopatologías asociadas, factores sociales y familiares incidentes. Partiendo de lo expuesto, es preciso el estudio del problema, lo cual no sólo permitirá conocer la situación actual en la localidad, sino también dar lugar a posibles futuras intervenciones orientadas a la prevención.

El problema abordado en la presente investigación se enfoca desde el modelo teórico-práctico de la Terapia Cognitiva Conductual (de aquí en más, TCC). De acuerdo a Obst Camerini (2008), la misma enfatiza no en lo fáctico, sino en los pensamientos que se tienen sobre ello: sobre una situación, sí mismo, los demás, el mundo y la vida; siendo todos estos causantes de las perturbaciones emocionales y conductas disfuncionales. Cabe destacar que el papel de las creencias, según el autor, se basa en lo expuesto por Ellis acerca de la secuencia ABC (acontecimiento activador; sistema de creencias y cogniciones; consecuencias) y lo postulado por Beck acerca del esquema que incluye la situación como estímulo, los pensamientos automáticos en tanto verbales o imágenes, que parten de creencias intermedias y nucleares, y finalmente las reacciones o respuestas, pudiendo estas ser emotivas, conductuales o fisiológicas. De este modo, desde la TCC, el rol del psicólogo y la psicóloga ante una situación de trastorno o desafío en torno a las cogniciones apunta al diagnóstico cognitivo para luego propiciar el cambio cognitivo. En la primera instancia mencionada, se debe determinar cuáles son las situaciones que anteceden a las cogniciones y las respuestas disfuncionales; definir las

estrategias conductuales dominantes; investigar activamente las creencias nucleares; utilizar preguntas de tipo “¿por qué?”, “¿para lograr o evitar qué?”; actualizar constantemente el diagnóstico cognitivo; ejemplificar; ajustar lo escuchado; ofrecer alternativas; transformar las reglas o demandas en supuestos condicionales; indagar sobre las imágenes para luego proponer el pasaje a ser verbalizadas; proponer ejercicios de imaginación; entre otros. A lo largo del proceso, se considera la utilización de diversos recursos, técnicas y estrategias.

Puntualmente, vinculando a la TCC con los TCA, Rutzstein (2009) expone que Fairburn (1985) partió de la terapia de Beck para comprender la base cognitiva de los procesos involucrados en el mantenimiento de la bulimia nerviosa. En este sentido, las distorsiones cognitivas en torno a la imagen corporal y el peso son características de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, por lo que para determinar el diagnóstico se debe observar su presencia. Fairburn desarrolló un tratamiento focalizado en el papel de los aspectos cognitivos y conductuales sobre el mantenimiento del trastorno; un tratamiento ambulatorio, estructurado; limitado en el tiempo; orientado en el problema y centrado particularmente en los tiempos presente y futuro. La autora argentina expone que existe evidencia empírica que sostiene la eficacia del tratamiento en cuestión para la disminución de la frecuencia de la ingesta compulsiva y que en los pacientes que se recuperaron únicamente en los aspectos conductuales aumentaron las posibilidades de recaída. Entonces, la presión social y las distorsiones cognitivas respecto a la imagen y el peso de sí mismo llevarían a las personas a restringir la ingesta de alimentos de forma inflexible, pudiéndose presentar episodios de sobreingesta y/o vómitos. Por ello, la restricción alimentaria, los atracones y las conductas compensatorias inadecuadas (vómitos, ejercicio físico en exceso y uso de laxantes y diuréticos) son considerados consecuencias de las distorsiones cognitivas respectivas al propio peso e imagen corporal.

## **Objetivos**

### ***Objetivo General***

- Explorar acerca de la presencia de distorsiones cognitivas en jóvenes de entre 18 y 25 años que han sido diagnosticados con un Trastorno de la Conducta Alimentaria y residen en San Miguel, Buenos Aires.

### ***Objetivos Específicos***

- Comparar los resultados obtenidos del grupo diagnosticado con TCA con respecto a aquel que no presenta diagnóstico.

- Diferenciar las distorsiones cognitivas exploradas según géneros y edades en la totalidad de los participantes y en ambos grupos.
- Recabar información que, a futuro y tras la realización de otras investigaciones, podría ser de utilidad práctica en programas comunitarios en la localidad mencionada.

### **Hipótesis Básicas y Derivadas**

La hipótesis principal que se busca comprobar o refutar en la presente investigación es que los jóvenes diagnosticados con TCA presentan distorsiones cognitivas con mayor frecuencia con respecto a la población no diagnosticada.

Partiendo de tal premisa, se derivan las siguientes hipótesis:

- En los jóvenes diagnosticados con TCA las distorsiones que se presentan más frecuentemente son la personalización, la sobregeneralización, la visión catastrófica, la abstracción selectiva y los pensamientos polarizados.
- Las mujeres diagnosticadas con TCA puntúan más alto en cuanto a la presencia de las distorsiones cognitivas con respecto a los varones.
- Cuanto menor edad, se presentan distorsiones cognitivas con mayor frecuencia.

### **Fundamentación**

Considerando que la mayoría de los trabajos empíricos realizados sobre el problema contaron con una muestra correspondiente a una población adolescente en edad escolar, el presente resultaría de relevancia teórica dada la participación de jóvenes que se verían incluidos en la población adulta-joven o adultos emergentes. Al día de la fecha, no se encuentran estudios similares realizados en el distrito de San Miguel, Buenos Aires. De este modo, se espera fomentar la ampliación del conocimiento desde el área científica de la Psicología.

En cuanto a la relevancia social, la investigación se enfoca en contribuir a comprender y resolver problemáticas actuales en la sociedad. Es decir que se espera poner a disposición los hallazgos para impulsar a una mejor calidad de vida en la población orientándose a la disminución de la prevalencia de los trastornos abordados.

En términos de implicaciones prácticas, se espera que los resultados obtenidos sean puestos a disposición de organizaciones involucradas en la temática referente al área de salud, puntualmente TCA, con el fin de promover el desarrollo de programas comunitarios tendientes a

generar estrategias que apunten a la adquisición de conductas alimentarias saludables de los jóvenes, principalmente, de la localidad en cuestión.

### Estado del Arte

Losada, Germanos y Adrio (2020) estudiaron la incidencia de los estilos parentales percibidos en los niveles de insatisfacción corporal de adolescentes con TCA, teniendo por participantes a 25 adolescentes (80% mujeres y 20% hombres) diagnosticados de entre 12 y 21 años de edad. En el Instituto Argentino de Trastornos de la Alimentación (IATA), en Rafael Calzada, Buenos Aires, se ha administrado un cuestionario de datos sociodemográficos y personales, el Inventario de Trastornos Alimentarios-3 (EDI-3) con la pertinente adaptación y el Children's Report of Parental Behavior (CRPB). Se encontró la prevalencia de un estilo parental más tendiente al permisivo dado que se percibe alta aceptación y alta autonomía extrema, mientras se registró poco control y escasa exigencia de madurez.

Ahondando en los mensajes alimenticios recibidos en la infancia, Arredondo Simons (2018), en Lima, desarrolló un estudio en el cual se evaluó a 121 adolescentes de género femenino y de entre 13 y 18 años que asisten a un colegio privado de nivel secundario. A dicha muestra se aplicó el EDI-2 y el Caregiver Eating Messages Scale (CEMS), llegando a encontrar relaciones significativas entre los mensajes de obligatoriedad y restricción con las características asociadas al riesgo de desarrollar TCA. Además, se presentó una relación mayor entre restricción con las escalas de insatisfacción corporal e impulsividad, mientras que la obligatoriedad se ve relacionada con la obsesión con la delgadez y perfeccionismo.

Por otro lado, Álvarez Valbuena, Maldonado Ferrete, Catalán Camacho y Jáuregui Lobera (2020), en el Instituto de Ciencias de la Conducta (ICC) de Sevilla, España, han realizado una investigación en la que se comparó el desempeño de pacientes diagnosticados con TCA y la población general en torno a pruebas neuropsicológicas de función ejecutiva, haciendo énfasis en la flexibilidad cognitiva. La muestra reunió a 33 mujeres con una media de edad de 19,68 años, de las cuales 19 conformaron el grupo control y 14 el grupo clínico. En este se presentó heterogeneidad en diagnóstico ya que se contó con 7 pacientes con AN restrictiva, 3 pacientes son AN purgativa y 4 con BN. Los métodos de recolección de datos fueron los siguientes: Test de Tarjetas de Wisconsin (WCST), Test de Rastreo (TMT), Test de Colores y Palabras STROOP, Beck Depression Inventory II, State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3) y el Índice de Masa Corporal (IMC). Los resultados indicaron que la flexibilidad cognitiva de las pacientes con TCA no demuestra diferencias significativas con respecto al grupo control y se evidencia una relación entre flexibilidad cognitiva y estado emocional depresivo, lo que tendería a reforzar que se confunda su efecto con la comorbilidad entre ambas.

Duriez, Héline, Di Lodovico, Viltart y Gorwood (2021) tuvieron por objetivo investigar de qué forma las mejoras en la flexibilidad cognitiva se involucran en los resultados del tratamiento en pacientes con anorexia nerviosa. Entonces, llevaron a cabo un estudio en trece centros especializados en TCA en Francia, para lo cual se contó con la participación de 130 mujeres que fueron evaluadas al inicio del tratamiento ambulatorio y cuatro meses después. Cada una realizó una entrevista con un psiquiatra especializado en el área; respondió el Eating Attitudes Test 26 (EAT 26); completó una prueba de percepción de la propia imagen corporal, la Work and Social Adjustment Scale (WSAS), la Hospital Anxiety and Depression Scale y el test de Brixton de flexibilidad cognitiva. Se encontró un aumento en la flexibilidad cognitiva durante el tratamiento, lo que explica una parte significativa del nivel de mejora en el funcionamiento de la vida diaria (26 %), la disminución de los síntomas del TCA (18 %) y la reducción de los síntomas depresivos (17 %).

En el Instituto de Trastornos de la Conducta Alimentaria de Barcelona, España, Grau, Magallón Neri, Faus y Feixas (2019) estudiaron el impacto de la duración de las conductas alimentarias “anormales” en el rendimiento cognitivo, focalizándose en el coeficiente intelectual, las funciones ejecutivas (atención, fluidez e inhibición verbal, planificación, flexibilidad cognitiva), la coherencia central y las habilidades visuales-perceptivas (memoria visual). Se consideró una muestra compuesta por 148 participantes mujeres con un índice de masa corporal igual o superior a 18,5. Fueron divididas en cuatro grupos: dos clínicos (con TCA de más de diez años de duración, y otro correspondiente a TCA de menos de dos años) y dos grupos de control de acuerdo a rangos etarios. Se administró una batería de tests neuropsicológicos basándose en el Psychology Experiment Building Language (PEBL): se aplicó la prueba de matrices, el test de Stroop, el test de los senderos, el test de la Torre de Londres, la tarea espacial de Posner, el test de la figura compleja de Rey, el subtest de vocabulario de Wechsler y el test de finalización de frases de Hayling. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos clínicos y sus respectivos grupos de control, salvo que más sujetos en el grupo de TCA de corta duración no habían avanzado en términos educacionales más allá de los estudios secundarios que en el resto de los grupos. También se observó que el deterioro cognitivo fue más frecuente en las mujeres que presentaban TCA de larga duración, especialmente en torno a las medidas perceptivas y memoria no verbal. Los autores concluyen que las diferencias encontradas en el porcentaje de pacientes con deterioro cognitivo pueden estar relacionadas con los años de duración del trastorno y que los dos grupos de pacientes comenzaron con una reserva cognitiva similar.

Resulta relevante mencionar que Obando Hidalgo (2019) analizó la correlación entre los pensamientos distorsionados y el riesgo de tener un TCA. Para ello, se contó con una muestra compuesta por 270 mujeres adolescentes que asisten al Colegio Secundario de América, en la ciudad de Quito. Se aplicó el Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan sumado al Cuestionario EAT-26 de Actitudes ante la Alimentación. Entre los resultados obtenidos se destaca que la presencia de distorsiones cognitivas de sobregeneralización, interpretación del pensamiento, personalización, falacia de control, razonamiento emocional, culpabilidad, los debería y falacia de razón supondría mayor riesgo de presentar un TCA.

Simone, Emery, Hazzard, Eisenberg, Larson y Neumark Sztainer (2021) se propusieron describir la experiencia y los factores asociados a trastornos alimentarios en una muestra que constaba, principalmente, de adultos emergentes en el transcurso del brote de COVID-19. Los participantes, que previamente fueron parte de una investigación de 2009-2010 a 2018, completaron la encuesta C-EAT (COVID-19 EAT) en el periodo de abril a mayo del 2020. La muestra se vio conformada por 720 participantes (447 mujeres, 263 hombres y 10 de otras identidades de género) siendo el 90% residentes de Minnesota. Se presentó una edad media de  $14,3 \pm 2,0$  años al comienzo y  $21,9 \pm 2,0$  años en la etapa de seguimiento y  $24,7 \pm 2,0$  años en el seguimiento que tuvo lugar en 2020. Se registró una alimentación “desordenada”, angustia psicológica, estrés, dificultades financieras e inseguridad alimentaria durante la pandemia de COVID-19. El bajo manejo del estrés fue asociado con una mayor cantidad de comportamientos extremos en torno al control de peso poco saludable (CPPS). La inseguridad alimentaria, los mayores síntomas depresivos y las dificultades financieras se asociaron con un recuento mayor de CPPS menos extremos. Mayor estrés y síntomas depresivos se vieron significativamente asociados con mayores probabilidades de atracones. En adición, la investigación brindó información sobre temas vinculados a los TCA: comer y picar sin sentido; mayor consumo de alimentos; disminución generalizada del apetito o de la ingesta dietética; comer para sobrellevar la situación; reducciones en la ingesta dietética relacionada con la pandemia; y reaparición o un aumento significativo de los síntomas.

Por otro lado, Lizcano Lis, Matías Cantor y Quintero Garzón (2022) se enfocaron en determinar si los rasgos de personalidad (RP) y la regulación emocional (RE) se relacionan con los TCA en estudiantes universitarios de segundo a quinto semestre de la facultad de Psicología de la Universidad Santo Tomás, Villavicencio, Colombia. Contaron con una muestra compuesta por 66 participantes (86,4% mujeres y 13,6% hombres) de entre 18 y 29 años (edad media de 19,93). Se administraron el Inventario de Personalidad HEXACO, el Cuestionario de Regulación

Emocional (ERQ) y el Cuestionario de Comportamiento Alimentario (ECA). Los resultados arrojaron que el 48% de los participantes presenta riesgo de padecer un TCA (3 de sexo masculino y 29 de sexo femenino), mientras que no se observó riesgo de TCA en el 51% restante. Se evidenció que el dominio de los RP con mayor prevalencia es el de apertura a la experiencia y los TCA. Además, en torno a las estrategias de regulación emocional, se registraron correlaciones bajas de tipo positiva para supresión expresiva y los TCA y negativa en cuanto a la estrategia de reevaluación cognitiva.

Linardon (2021) buscó establecer los factores que protegen de forma significativa contra la aparición de los síntomas de TCA para identificar objetivos de intervención y diseñar programas de prevención. Se evaluó si los factores de imagen corporal positiva, alimentación intuitiva y autocompasión protegen contra la aparición de variados síntomas de TCA. Se consideró una muestra de 1270 mujeres de 18 años o más, de diversas procedencias, que completaron una batería de cuestionarios al inicio de la investigación y a los 8 meses de seguimiento. Se tuvieron en cuenta los factores de apreciación corporal, flexibilidad de la imagen corporal, apreciación de la funcionalidad (siendo los tres mencionados componentes de la imagen corporal), alimentación intuitiva y autocompasión. El estudio arrojó que, al inicio, se asoció con una menor probabilidad de aparición de síntomas de TCA. La apreciación corporal inicial y las puntuaciones de alimentación intuitiva permanecieron constantes, por lo que serían los únicos predictores de una menor probabilidad de presentar síntomas de TCA.

Considerando que los TCA están asociados a deficiencias cognitivas y emocionales, Roncero, Perpiñá, Segura, Oltra Cucarella, Blasco, Ciscar, Portillo, Malea y Espert (2019) analizaron la efectividad del Entrenamiento de Habilidades de Remediación Cognitiva y Emocional (CREST). 8 mujeres de entre 16 y 60 años diagnosticadas con TCA que asisten al Hospital Universitario de la Ribera, en España, participaron en el estudio. Compartieron 8 sesiones grupales de 90 minutos de tratamiento, en las que se trabajó sobre dificultades cognitivas (coherencia central, cambio de escenario y resolución de problemas) y emocionales (reconocimiento de emociones manejo de emociones). Las herramientas utilizadas fueron el Test de clasificación de cartas de Wisconsin; el juego de azar de Iowa, la Prueba de las Figuras Enmascaradas, la Escala de Alexitimia de Toronto, La Escala de Afectividad PANAS o Afectos Positivos y Afectos Negativos, el EAT-26, el Índice de Calidad de Vida (QLI-Sp) y un cuestionario de autoinforme de satisfacción con el CREST. Se encontraron mejoras en la flexibilidad cognitiva, la toma de decisiones, la coherencia central y la calidad de vida; y una reducción de la depresión, la ansiedad, el afecto negativo y la alexitimia. A modo de conclusión,

los autores sostienen que CREST puede reducir la sintomatología de TCA y aumentar la adherencia al tratamiento psicológico.

Pappaianni, Barona, Doucet, Clark, Frangou y Micali (2022), en Reino Unido, llevaron a cabo un estudio preliminar de "niños en riesgo" en el campo de los TCA, estudiando descendientes sanos de mujeres con TCA. Se investigaron las diferencias neurocognitivas y neurales en niñas con alto riesgo de TCA (n=16) y en un grupo control de niñas descendientes de mujeres sin historia de TCA (n=20), manteniendo un rango etario de entre 8 y 15 años. Todas las participantes se sometieron a una resonancia magnética funcional en estado de reposo en el Great Ormond Street Institute of Child Health (University College of London), para conocer sobre la conectividad funcional (FC) de las redes neuronales. Además, se administró la Development and Wellbeing Assessment (DAWBA), la Escala de Inteligencia Abreviada de Wechsler II (WASI-II) y el Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB). Como resultados, se obtuvo que las niñas del grupo de riesgo mostraron un “peor” desempeño en una tarea de flexibilidad cognitiva en comparación con el grupo control pertinente. En adición, el grupo de riesgo presentó una FC reducida, redes atencionales sensoriomotoras y dorsales y una FC aumentada en la red visual medial. Los autores sostienen que las diferencias obtenidas en la flexibilidad cognitiva y en FC se vinculan a las identificadas en personas que presentan TCA, lo que permitiría afirmar el papel como endofenotipos potenciales de TCA.

## Marco Teórico

### Definición de TCA

Para definir a los hoy llamados trastornos de la conducta alimentaria (TCA), es preciso tener en consideración el amplio abanico de concepciones en torno a ellos a lo largo de la historia. Se los ha vinculado con prácticas religiosas ya que la no ingesta de alimentos se asociaba al ascetismo, es decir la puesta en práctica de la negación de sí mismo y la renuncia de gratificaciones inmediatas y físicas en busca de la virtud espiritual (Fassino, Pierò, Gramaglia, Abbate, Gandione, Rovera, 2006). Más allá de las cuestiones religiosas, los TCA se han presentado como hábitos culturales, tal como la ingesta masiva y la consiguiente purgación en los banquetes de la Antigua Roma (Farrera, 2009).

Asimismo, actualmente, se observa la influencia cultural en la adquisición de conductas de riesgo y trastornos en torno a la alimentación, especialmente ya que se presenta un mandato social en torno al culto de la delgadez como ideal de belleza. Dicho estereotipo es manifiesto a través de los medios de comunicación, pudiendo favorecer la aparición de trastornos del comportamiento (Bair, Kelly, Serdar y Mazzeo, 2012).

Al día de hoy, es posible comprender a la problemática abordada como graves alteraciones del comportamiento alimentario, cuya incidencia aumenta paulatinamente en los últimos años (Farrera, 2009). Se define a los TCA como enfermedades psiquiátricas de origen multicausal; caracterizadas por una preocupación excesiva en torno al peso, la ingesta de alimentos y la imagen corporal; siendo esto último lo que suele impactar de forma negativa en la salud de quienes las padecen (López y Treasure, 2011).

### Prevalencia de TCA

Cabe destacar que los TCA muestran alta prevalencia en población femenina adolescente, causando un deterioro significativo en términos de bienestar, y van en aumento (Melisse, de Beurs y van Furth, 2020). Según la revisión llevada adelante por Hoek (2016) acerca de la epidemiología global de los TCA sobre mujeres jóvenes, la prevalencia de anorexia nerviosa es de entre el 0,1 y el 1,05 % ; la bulimia nerviosa se presenta en entre el 0,87 y el 2,98 %; y las cifras para el trastorno por atracones se encuentran entre el 3,32 y el 4,45 %.

Limitándose a Argentina, es posible afirmar que, aunque no se cuenta con estadísticas actualizadas y oficiales, en 2009 entre el 12% y el 15% de la población adolescente padecía de anorexia o bulimia nerviosa, representando el 90% del total a mujeres y el 10% varones (Quiroga, 2009). Siendo la pandemia de COVID-19 un evento histórico-socio-cultural de gran impacto, es preciso destacar que la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) registró que las consultas fueron cinco veces más a partir de tal suceso, entre los que se encontraban casos de reincidencia y un incremento significativo de pacientes varones (Bello, 2021).

### **Clasificación de los TCA Según el DSM-V**

La problemática abordada es definida como “Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos” en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2014). A continuación, se describen los lineamientos generales de los siete cuadros contemplados en tal manual, sumado a cierta información adicional:

#### ***Pica***

Consiste en la ingestión inapropiada, de acuerdo al grado de desarrollo, y persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período mínimo de un mes. Tal comportamiento no se vincula a una práctica aceptada culturalmente o normada socialmente.

#### ***Trastorno de Rumiación***

Se refiere a la regurgitación repetida de alimentos durante mínimamente un mes, siendo posible que los alimentos vuelvan a ser masticados, tragados o escupidos sin deberse a una afección gastrointestinal u otra afección médica.

De acuerdo a Sperber et al (2020), el trastorno en cuestión tiene una prevalencia global del 2.8% (el 3.1% de mujeres y el 2.5% de hombres).

#### ***Trastorno de Evitación o Restricción de la Ingestión de Alimentos***

Puede manifestarse mediante la falta de interés por comer o alimentarse, la evitación debido a las características organolépticas de los alimentos, la preocupación, entre otros,

presentando deficiencia nutritiva significativa, dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos, e interfiriendo significativamente en el funcionamiento psicosocial.

Según Katzman, Norris y Zucker (2019), es posible que se presente comorbilidad con trastornos de ansiedad, obsesivo-compulsivo y del desarrollo neurológico, puntualmente del espectro autista, déficit atencional con o sin hiperactividad y del desarrollo intelectual. Sumado a ello, Costa, Hardan Khalil y Gibbs (2017), afirman que la ortorexia nerviosa, que ha sido observada clínicamente desde fines de la década de 1990, aún no cuenta con criterios empíricos consistentes y formales, por lo que es considerado un fenotipo evitativo o restrictivo.

### *Anorexia Nerviosa*

La anorexia nerviosa, por su parte, es comprendida como la restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, lo que conlleva a un peso corporal significativamente bajo de acuerdo a las características del sujeto, presentándose un miedo intenso a ganar peso o a engordar y una alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia inapropiada del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o la persistente falta de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

Quiroga (2009) expone los datos del Centro especializado en la prevención, investigación y tratamiento de bulimia, anorexia y sobrepeso (BACE), que reflejan que en Argentina, entre el 12% y el 15% de los adolescentes presentaban cuadros de anorexia o bulimia nerviosa. Además, se destaca que el 90% de ellos eran de género femenino y el 10% masculino, observando que la prevalencia de los trastornos en estos últimos va en aumento. Gómez et al (2018) afirman que la AN es la enfermedad psiquiátrica más frecuente en las mujeres jóvenes, además de encontrarse en el tercer puesto de las enfermedades crónicas en adolescentes, luego del asma y la obesidad. Es también relevante que, según Atkins y Silber (1993), las manifestaciones clínicas de la AN durante la niñez muestran una diferencia significativamente relevante con respecto a las que tiene lugar en otras etapas vitales: la pérdida de peso puede ser menor debido a que la restricción calórica disminuye o detiene el crecimiento en cuanto al peso y la estatura.

### ***Anorexia Purgativa***

Es posible contemplar el diagnóstico de anorexia purgativa cuando durante los últimos tres meses el sujeto ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

### ***Anorexia Restrictiva***

Se trataría de anorexia de tipo restrictivo si el sujeto no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas y se presenta la pérdida de peso debida, principalmente, a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio físico en exceso.

### ***Bulimia Nerviosa***

Consta de episodios recurrentes de atracones, es decir la ingesta en un periodo determinado de una cantidad de alimentos que es superior a la que la mayoría de las personas consumirían en circunstancias parecidas, destacándose la sensación de falta de control sobre la ingesta y comportamientos compensatorios inapropiados para evitar el incremento de peso.

Junto a la anorexia nerviosa, la bulimia se destaca como uno de los TCA con mayor difusión a modo de estilo de vida. En internet se encuentran más de un millón de entradas bajo la etiqueta de “pro-mia”, siendo páginas mal posicionadas, mayoritariamente blogs, páginas de Facebook y Twitter, lo que aumenta la comunicación entre quienes se ven afectados por el trastorno y quienes presentan riesgo de ello (Lladó, González Soltero y Blanco, 2017).

### ***Trastorno de Atracones***

Se sostiene que estos son episodios recurrentes caracterizados del modo descrito previamente con respecto a la bulimia a los que se adiciona que se ingiere mucho más rápidamente de lo normal, a solas, hasta sentirse desagradablemente lleno y pudiendo el sujeto sentirse deprimido, avergonzado o experimentar desagrado consigo mismo tras el evento, que se produce mínimamente una vez a la semana durante tres meses.

### ***Otro Trastorno de la Conducta Alimentaria o de la Ingesta de Alimentos Especificado***

El TCA en cuestión aplica a casos en los que no se cumplen todos los criterios de los cuadros previamente mencionados, aunque el clínico decide comunicar el criterio que no se

cumplió. En esta clasificación es posible denotar anorexia nerviosa atípica, bulimia nerviosa, trastorno por atracón, trastorno purgativo y síndrome de ingestión nocturna de alimentos.

### ***Otro Trastorno de la Conducta Alimentaria o de la Ingesta de Alimentos No Especificado***

El mismo comprende a las presentaciones en las que no se cumplen todos los criterios de los cuadros anteriores, pero el clínico decide no especificar el motivo de incumplimiento de los mismos. Además, se ven involucradas presentaciones en las que no se cuenta con suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

En torno a ello, Sánchez Sosa (2010) da cuenta de las conductas alimentarias de riesgo (CAR), cuyos criterios se basan en los síntomas de los cuadros clínicos de los TCA, pudiendo contemplarse los casos de puntuaciones bajas en torno al manual diagnóstico o de dietas crónicas restrictivas.

### **Consecuencias de los TCA**

Considerando lo postulado por Aguinaga, Fernández y Varo (2002), los TCA pueden implicar un daño significativo en los pacientes, pudiendo incluso derivar en la muerte. Algunos de los efectos a largo plazo se vinculan a la disminución de la masa muscular, la inanición (debilidad física extrema) y las conductas compensatorias. A su vez, es posible que se presenten dificultades cardiovasculares, deterioro del sistema inmune, disfunciones cognitivas y cerebrales, disminución del volumen cerebral, problemas musculoesqueléticos entre las que se destacan la debilidad y la pérdida de fuerza, y osteoporosis (López y Treasure, 2011).

Las consecuencias que puede traer aparejadas la anorexia nerviosa se deben a la mínima cantidad de peso y la desnutrición; en casos de bulimia, el origen de las complicaciones en la salud se asocia a las conductas compensatorias; mientras que para el trastorno por atracón se encuentra que sería la obesidad la principal alteración que genera daños en la salud (Gabler, Olgún y Rodríguez, 2017).

La desnutrición y la insuficiencia de estrógenos conduce a la afección de los huesos, cuya gravedad varía de acuerdo al tiempo que dure el TCA y de la menor medida de peso que se presente. Es posible que, ante una duración prolongada del TCA, aumente el riesgo de sufrir fracturas (Rivera Gallardo, Parra Cabrera y Barriguete Meléndez, 2005). A su vez, la conducta purgativa, que se hace presente en la bulimia nerviosa como así también posiblemente en la

anorexia, puede ocasionar caries dentales, trastornos periodontales, sialoadenitis, xerostomía, lesiones de la mucosa oral y reflujo gastroesofágico (Romero et al, 2015).

Puntualmente en las personas de sexo femenino que padecen TCA, además de una disminución en la masa corporal y en la energía, suelen hacerse presentes irregularidades en la menstruación. Las consecuencias en torno al aparato muscular y el rendimiento físico se asocian a la disminución de la proteína muscular, la reducción de glucógeno y de los líquidos corporales (Márquez, 2008).

Partiendo de la premisa de que la salud consiste en un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no únicamente la ausencia de afecciones (OMS, 1946), es esencial hacer mención a las secuelas de índole emocionales y psicológicas que hacen a las consecuencias en la salud. Entre ellas se destacan humor depresivo, irritabilidad, retraimiento social, ansiedad e ideas obsesivas (Aguinaga et al, 2002). Según Montero, San José de León, Marín, Alonso, Rodríguez y Bernabeu (2018), la ideación suicida es una de las consecuencias con mayor relevancia en los TCA, presentándose en el 22% de los adolescentes que padecen anorexia y en un 11% de quienes han sido diagnosticados con bulimia. Es preciso también hacer mención a la conducta suicida como factor de riesgo de TCA: según Ahn, Lee y Jung (2019) los intentos de suicidio se presentan en el 20,8 % de los casos, resaltando la ansiedad; la depresión; y el bajo IMC como predictores en pacientes diagnosticados con anorexia nerviosa. A su vez, se comprende como predictores de los intentos de suicidio en la bulimia nerviosa al historial de hospitalización, las conductas autolesivas, la depresión comórbida, la duración de la enfermedad y los desafíos en la regulación de impulsos. Más allá de lo expuesto en torno a las clasificaciones diagnósticas, de acuerdo a Rufino, Viswanath, Wagner y Patriquin (2018), la conducta suicida en las personas que presentan un TCA es secundaria con respecto a la alta insatisfacción corporal y al deterioro psicológico.

### **Salud Pública y Prevención Primaria**

Tras lo expuesto, se afirma que los TCA impactan significativamente en la salud integral mediante el deterioro físico y el compromiso psiquiátrico, pudiendo incluso llevar a la muerte. Es por ello que se precisa realizar un diagnóstico temprano y llevar a cabo un tratamiento acorde (Campbell y Peebles, 2014). Entre los modos de intervención, se considera destacable la psicoeducación evitando enfatizar únicamente en la experiencia del individuo, sino denotando la relevancia de la influencia social para lograr un proceso eficaz, mantenido en el tiempo y

orientado al cambio en tanto se tiene por objetivo la adquisición de hábitos saludables (Losada & Rodríguez Eraña, 2019).

Según Losada (2011), los TCA consisten en una problemática mental de salud pública. Considerando que el diagnóstico suele llevarse a cabo una vez que la patología está en fases avanzadas y contemplando que es uno de los trastornos con mayor tasa de mortalidad, se destaca como imprescindible investigar, lo cual posibilita definir estrategias de prevención y detección.

### **Factores de Riesgo de TCA**

En cuanto a la etiología de los TCA, se afirma que es multicausal, es decir que son resultantes de una compleja interacción de factores genéticos, biológicos, psicológicos y socioculturales (Marmo, 2011). La evidencia científica sostiene el apoyo de un modelo interactivo que da cuenta de los siguientes factores de riesgo: una base de desregulación metabólica en la anorexia nerviosa; factores psicológicos entre los cuales se destaca la insatisfacción corporal como posible predictor más consistente puntualmente en el género femenino, la ansiedad y el perfeccionismo. La insatisfacción corporal, por su parte, se ve determinada por la baja autoestima, el afecto negativo y la interiorización del ideal de delgadez. A su vez, se resaltan los siguientes condicionantes de riesgo de TCA: determinados rasgos de personalidad y factores individuales tales como un alto índice de masa corporal, problemáticas emocionales; factores sociales, por ejemplo determinadas actividades deportivas o profesionales centradas en la presión en torno a la figura corporal; características del contexto familiar, presiones sociales y del grupo de pares por estar delgada; y el uso o abuso de las redes sociales, lo que media lo previamente mencionado; y factores médico-fisiológicos, como ciertas enfermedades metabólicas y digestivas (Canals y Arij Val, 2022). Entre estas es posible mencionar la diabetes tipo 1, que aumenta el número de factores de riesgo biológicos y psicológicos para los TCA dado que la insulina se ve involucrada en la regulación de la leptina, el neuropéptido Y y la dopamina, que accionan sobre el consumo y el uso de la energía. Por su parte, la leptina se asocia con el riesgo de atracones, lo cual podría conducir a un mayor riesgo por la omisión de insulina. En adición, Hedman, Breithaupt, Hübel, Thornton, Tillander, Norring, Birgegård, Larsson, Ludvigsson, Sävendahl, Almqvist y Bulik (2019) postulan que la disfunción del sistema inmune también se asocia a una mayor probabilidad de tener TCA en mujeres. En pacientes pediátricos puntualmente se observó que la fibrosis quística, el celiaquismo, los

trastornos gastrointestinales y la enfermedad inflamatoria crónica representan un mayor riesgo de presentar un TCA (Conviser, Fisher y McColley, 2018).

Acerca de los géneros, quienes padecen TCA en general son en menor medida hombres (10%) y mayormente mujeres (90%), siendo las mujeres jóvenes de países desarrollados la población de mayor riesgo (Graell Berna y Baztarrica Jarauta, 2012). Por otro lado, Torres, Scappatura, Murawski, Elizathe, Armatta, Maglio, Leonardelli, Lievendag y Rutzstein (2009), afirman que no habría diferencias altamente significativas en torno a las características psicológicas de mujeres y varones con TCA, aunque las distinciones presentes podrían ser de índole cualitativo de acuerdo a la forma en que se expresa la insatisfacción con la imagen corporal y las características psicológicas asociadas a los trastornos alimentarios.

### **Evolución y Migración de Diagnósticos: Modelo Transdiagnóstico**

Sobre la evolución de los TCA, Fairburn (2008) hace mención a la posibilidad de “migración de diagnósticos”: los TCA suelen presentarse por primera vez en la adolescencia manifestándose como una anorexia nerviosa restrictiva, generalmente, para luego transicionar a una anorexia nerviosa de tipo purgativo y pudiendo posteriormente desembocar en una bulimia nerviosa o un trastorno por atracón llegada la edad adulta.

Partiendo de lo expuesto, el autor afirma que la visión transdiagnóstica posibilita utilizar una teoría y un tratamiento para el conjunto de los TCA. De acuerdo a Sandín, Chorot y Valiente (2012), se define a al modelo transdiagnóstico como aquel que comprende a los trastornos mentales tomando por base a un rango de procesos cognitivos y conductuales etiopatogénicos causales y/o mantenedores de gran parte de los trastornos mentales o de los grupos de los mismos. Mansell, Harvey, Watkins y Shafran (2008) afirman que desde el enfoque en cuestión se posibilita realizar propuestas explicativas integradoras tomando por base los procesos cognitivos (tales como atención, memoria, pensamiento, razonamiento) y conductuales (como ser la evitación). A modo de ejemplificación, se toman tres procesos atencionales: vigilancia de estímulos externos relacionados con la preocupación; vigilancia ante estímulos internos relacionados con la preocupación (atención autocentrada) y evitación atencional. Los tres son transdiagnósticos, aunque se manifiestan de diferentes modos en los distintos trastornos debido a las modificaciones en las preocupaciones actuales; las variaciones en el grado de procesos compartidos y los procesos distintos para trastornos específicos o grupos de trastornos.

## Cogniciones y Tipos de Distorsiones Cognitivas

Ahondando en las cogniciones, es altamente relevante considerar que las respuestas y consecuencias que todos los estímulos generan son determinadas por el propio marco de referencia cognitivo (Kertész, 2010). En este sentido, se comprende por cognición a pensamientos o imágenes conscientes o no; todo conocimiento, creencia u opinión que un sujeto presenta. (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983). Cabe mencionar que el esquema cognitivo; concebido como la estructura cognitiva que actúa como filtro en el procesamiento de la información puede presentar distorsiones, es decir, fallas (Beck, 1976). Estas son mantenidas por creencias, principalmente las llamadas centrales o nucleares, es decir las concepciones o ideas fundamentales acerca de sí mismo y del mundo, aquellas que son globales, categóricas, incondicionales y estables en el tiempo. Del mismo modo, sustentan a las creencias intermedias, estando estas últimas presentes en un nivel de menor profundidad y viéndose conformadas por tres elementos: las actitudes, es decir opiniones sobre alguna problemática específica que no se expresan como una proposición; las reglas, en tanto imperativos que conllevan a comportamientos y presentan un alto componente emocional; y las suposiciones, que trabajan como conjeturas condicionales, respondiendo a la regla “si..., entonces” (Beck, 1995).

Entre las distorsiones cognitivas, se menciona a la inferencia arbitraria, mediante la cual se presume una conclusión sin evidencia para sostenerla o se mantienen afirmaciones incluso habiendo evidencia en contra de ella. Por otro lado, la maximización sugiere que se agrandan determinados aspectos o cualidades como por ejemplo aquello percibido como errores; mientras que la minimización implica que se subestimen ciertos aspectos o cualidades como por ejemplo los logros. En torno a la distorsión referida a la abstracción selectiva, se sostiene que se focaliza en un aspecto restando atención a cuestiones relevantes de la situación y, desde tal selección, se elabora conclusiones. Por otro lado, la sobregeneralización consta de un proceso por el cual se tiene por punto de partida uno o varios sucesos aislados desde los cuales se producen reglas que son generalizadas y utilizadas en diversas situaciones. La personalización, por su parte, se trata de la tendencia a autoatribuirse hechos externos que no tienen relación con uno mismo y sin contar con evidencia que dé cuenta de tal vínculo. Al hacer mención al pensamiento dicotómico o pensamiento absolutista, se refiere a la utilización de categorías polares para clasificar eventos o personas, sin existir puntos intermedios entre los dos extremos (Beck, 1967).

Resulta preciso mencionar que, según Cano y Ruíz (2002), los pensamientos automáticos (PA) son los contenidos de las distorsiones cognitivas que surgen de la convergencia de la valoración de los eventos y los supuestos personales. Es posible definir a los PA como mensajes específicos que son creídos a pesar de ser irracionales y no contar con suficiente evidencia; son experimentados como espontáneos o involuntarios y difíciles de controlar; suelen dramatizar a la experiencia en sus contenidos y producir cierta percepción y valoración de los eventos. De este modo, la persona con PA puede adoptar una visión negativa de sí mismo, sus circunstancias y el desarrollo de los eventos futuros. Al mismo tiempo, los PA negativos interactúan con el estado emocional que resulta de ello y las conductas asociadas.

De acuerdo a los autores, es posible clasificar a las distorsiones cognitivas del siguiente modo:

### ***Filtraje o Abstracción Selectiva***

Implica seleccionar “en forma de visión de túnel” un único aspecto de una situación, el cual afecta el modo en el cual se interpreta la misma, impidiendo que la persona registre que lo contradicen. Se afirma que aquello que es considerado negativo se filtra, mientras que lo concebido como positivo se olvida.

### ***Pensamiento Polarizado***

Se funda en el hecho de valorar los acontecimientos de forma extrema, quedando en desconsideración los aspectos intermedios de los mismos. De este modo, los estímulos son valorados como buenos o malos, por ejemplo, sin presentar grados intermedios.

### ***Sobregeneralización***

Se relaciona a arribar a una conclusión general de un único hecho particular sin contar con base suficiente. Cano y Ruiz advierten que esta distorsión suele manifestarse mediante las palabras claves “todo”, “nadie”, “ninguno”, “todos”, “nunca” y “siempre”. Además, ejemplifican con el caso de un sujeto que, partiendo de no encontrar empleo en el momento presente, sobregeneraliza y afirma que nunca lo logrará.

### ***Interpretación del Pensamiento***

Consiste en la interpretación sin base alguna de las intenciones y los sentimientos de los demás. En ocasiones, se vincula estrechamente al mecanismo proyectivo, el cual implica asignar a otras personas los propios sentimientos y motivaciones.

### ***Visión Catastrófica***

Se refiere a “adelantar” acontecimientos de forma catastrofista para los intereses personales, en otras palabras, ponerse en la peor situación para uno mismo sin pruebas de ello. Los autores ahondan en la explicación de esta distorsión ejemplificando con una persona que tras ver las estadísticas de accidentes de tráfico piensa en qué sucedería si lo mismo le ocurriera a sí misma.

### ***Personalización***

Radica en el hábito de relacionar, sin contar con una base suficiente, los eventos del entorno con uno mismo. Un claro ejemplo es el de una persona que cada vez que el encargado hablaba de que había que mejorar la calidad del trabajo hacía referencia a él exclusivamente. Por otro lado, también se sostiene que un tipo de personalización implica el compararse con otras personas frecuentemente.

### ***Falacia de Control***

Se vincula con cómo la persona se ve a sí misma de forma extrema acerca del grado de control que tiene sobre los eventos de su vida. En este sentido, es posible que se crea muy competente y responsable de todo aquello que sucede a su alrededor o que se perciba incompetente y sin control alguno sobre los hechos.

### ***Falacia de Justicia***

Consiste en la valoración como injusto de todo aquello que difiere con los propios deseos. Un estudiante que obtiene una calificación baja en un examen y lo considere injusto sin evaluación alguna del desenvolvimiento de sí mismo es un ejemplo de la distorsión en cuestión.

### ***Razonamiento Emocional***

Se basa en creer que lo que la persona siente a nivel emocional es indudablemente cierto, es considerado objetivo y no como derivado de la propia interpretación de los hechos. Si se

siente irritada, considera que se debe a que alguien ha hecho algo que genera ese estado; si se siente ansiosa, afirma que la causa es un peligro real.

### ***Falacia de Cambio***

Esta distorsión se sustenta en la creencia de que el bienestar de sí mismo depende exclusivamente de los actos realizados por los demás. Además, se suele creer que con el fin de cubrir las propias necesidades primero los otros deben cambiar la conducta.

### ***Etiquetas Globales***

Parte de la tendencia a poner un nombre general, globalizador, ya sea a sí mismo o a los demás, generalmente utilizando el verbo "ser". Al etiquetar se globalizan los diversos aspectos, tanto de un sujeto como de un hecho, reduciendo al mismo a un único elemento, lo cual conlleva a tener una visión del mundo y las personas inflexible y estereotipada. Quien tiene pensamientos despectivos sobre un compañero de trabajo o acerca de sí mismo o aquellas personas que idealizan a sus terapeutas, por ejemplo, engloban inadecuadamente distintos elementos tras una etiqueta: “es un genio”; “soy tímido”, “es tonto”, “son hermosas”.

### ***Culpabilidad***

Se basa en atribuir la responsabilidad de los eventos completamente a sí mismo, o a otras personas, sin base suficiente y sin tener considerar demás factores que se ven involucrados. A modo de ejemplo, es posible presentar el caso de una mujer que se culpa a sí misma porque sus hijos lloran en la escuela, atribuyéndolo a la crianza que les ha brindado; o un hombre que está aumentando de peso y culpabiliza a su pareja dado que él o ella compra snacks de alto contenido graso. Resulta característico de esta distorsión que los sujetos no modifiquen sus conductas y que tiendan a “darle vueltas a los malos actos”, además de utilizar frases clave como "mi culpa", "su culpa" y “culpa de...”.

### ***Los Deberías***

Implica que se mantengan reglas rígidas y exigentes sobre el modo en el que tienen que suceder los hechos, destacando que resulta intolerable o insoportable la desviación de tales normas, llegando a experimentar una alteración emocional extrema. Un ejemplo es el caso de un docente que se enoja cuando los estudiantes a su cargo resuelven problemas matemáticos de un

modo que no es igual al suyo y considera que “deberían hacerle caso”. “Debería de...”, “no debería de...”, “tengo que...”, “no tengo que...”, “tiene que...” son algunos de los indicadores de la distorsión en cuestión. Los autores exponen que Albert Ellis nombró a los deberías como *creencias irracionales*, diferenciándose claramente de las *creencias racionales*, vinculadas a lo que la persona desea o prefiere. Además, sostiene que las primeras mencionadas desencadenan emociones extremas como así también trastornos. A su vez, manifiesta que los *deberías* realmente aleja a las personas de conseguir los objetivos deseados debido a la gran inflexibilidad.

### ***Tener Razón***

Consta de la tendencia a probar frecuentemente que el punto de vista propio es el único correcto y certero en una situación de desacuerdo con otra persona, ignorando y desestimando los argumentos del otro. Esto podría suceder, por ejemplo, en una discusión entre miembros de una pareja acerca de los modos de crianza seleccionados, llegando a una lucha de poder, de tener razón, sin lograr un acuerdo o una resolución común. “Yo tengo razón”, “sé que estoy en lo cierto” y “vos estás equivocado” son algunas frases que suelen ser verbalizadas.

### ***Falacia de Recompensa Divina***

Comprende la tendencia a no buscar solución a los problemas y las dificultades que se presentan partiendo de la suposición de que la cuestión mejorará “mágicamente” a futuro, como así también creer que se obtendrá una recompensa futura si no se interviene en la problemática. Lo mencionado deriva en la acumulación de un gran malestar y resentimiento. A modo de ejemplo, se toma el caso de una persona que tolera que su pareja la insulte creyendo que luego cambiará y que debe mantenerse en tal postura para que él o ella a futuro comprenda que lo/la aprecia. A su vez, la persona insultada acumula enojo y responde indirectamente manifestando su malestar cuando la pareja le propone compartir un momento agradable.

### **Cogniciones Vinculadas a TCA**

Vinculando a las cogniciones con los trastornos de las conductas alimentarias, es preciso hacer mención a que los modelos psicológicos cognitivos postulan que quienes presentan TCA cuentan con creencias disfuncionales puntualmente acerca de la comida, el peso y la silueta (Brooks, Prince, Stahl, Campbell y Treasure, 2011), las cuales se verían involucradas en el origen de las conductas compensatorias para el control del peso (Fairburn y Harrison, 2003). De hecho,

de acuerdo a autores como Vitousek y Hollon (1990), se sostiene que las estructuras cognitivas organizadas que unifican visiones del yo con creencias acerca del peso representan a la psicopatología central de trastornos tales como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, llegando a que los mismos autoesquemas sobre el peso influyen en el procesamiento de la información.

Acerca de los sesgos o las distorsiones cognitivas, los que se refieren al aspecto corporal y el peso se asocian a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, por lo que resultan fundamentales para arribar al diagnóstico (Rutzstein, 2009). Son las distorsiones cognitivas los elementos que conforman al núcleo patológico de los TCA, pudiendo presentarse como cogniciones específicas al trastorno referidas a la alimentación, la forma corporal y el peso (Cooper, Wells y Todd, 2004); y las personales, en tanto creencias generalizadas acerca de sí mismo (Vitousek y Hollon, 1990).

Losada (2020) afirma que comprender las distorsiones cognitivas alimentarias, desde la clínica, conlleva a que también sea comprendida la naturaleza del trastorno y, partiendo de ello, el tratamiento apropiado. A su vez, que las distorsiones cognitivas alimentarias sean identificadas posibilita que la patología sea abordada: pueden seleccionarse una o dos para trabajarlas durante la sesión, como así también se pueden abordar a modo de auto-terapia ampliada, proponiendo tareas inter-sesión. Se destaca que la información obtenida resulta de valor aún mayor al ser compartida en el equipo terapéutico interdisciplinario interviniente. Resulta relevante que la autora realiza una revisión bibliográfica de publicaciones de diversos autores que dan cuenta de las distorsiones presentes en los TCA y expone las siguientes:

### ***Fusión Pensamiento Acción***

Se asocia a pensar que proyectar una acción tiene efectos similares a realizarla efectivamente. En casos de TCA, se encuentra que pensar en un alimento considerado prohibido desata sentimiento de culpa partiendo de las características hiper restrictivas de los trastornos (Jáuregui Lobera y Prieto, 2012).

### ***Fusión Pensamiento Forma***

Resulta prototípica en los trastornos de la conducta alimentaria e implica que el imaginar que se está ingiriendo alimentos altamente calóricos derive en la concepción de sí mismo con

mayor masa corporal, con peso mayor que el que efectivamente se tiene (Coelho, Jansen y Bouvard, 2012). Esta tendría, según Shafran y Robinson (2004, en Jáuregui Lobera y Prieto, 2012) , tres componentes:

**Fusión Pensamiento Forma Probabilidad.** Implica que se crea que rumiar un pensamiento sobre comer alimentos prohibidos aumenta la probabilidad de que el peso de la persona aumente o que su figura presente cambios percibidos como negativos.

**Fusión Pensamiento Forma Moral.** Se relaciona con la creencia de que deliberar mentalmente acerca de ingerir alimentos que la misma persona se prohíbe es tan malo moralmente como es hacerlo efectivamente.

**Fusión Pensamiento Forma Sentimiento.** Da cuenta de la creencia de que pensar en consumir alimentos prohibidos por sí mismo conlleva a que la persona se sienta gorda.

### **Adolescencia y Juventud**

En términos de etapas vitales, en el presente trabajo es posible hacer referencia a la adolescencia y la juventud. Cabe mencionar la presencia de una problemática en la conceptualización: no se cuenta con un consenso único que permita categorizar y diferenciar dichas etapas. Romero Sierra (2022) expone que en la edad antigua la adolescencia no se tenía en cuenta dado que se realizaba un pasaje de la niñez a la adultez mediante la inserción en el mundo laboral, mientras que en la edad media se delimitaba a la adolescencia de acuerdo a la función reproductiva. A fines del siglo pasado, Aberastury y Knobel (1997) postularon que los adolescentes son propensos a transitar momentos de desequilibrio y experimentan tres duelos principales: por el cuerpo infantil perdido, por el rol de la identidad infantil y por los padres de la infancia. Luego, la OMS (2015) publicó que se considera adolescentes a quienes se encuentren entre los 10 y los 19 años. Además, la misma organización (2021) señala que la adolescencia se trata de una etapa formativa que trae aparejados determinados cambios físicos, emocionales y sociales, pudiendo las personas ser vulnerables a problemáticas en torno a la salud mental.

Tras lo expuesto, se considera a la población adolescente como grupo de riesgo de experimentar un TCA ya que en tal etapa vital tienen lugar cambios físicos, establecen nuevas relaciones, perciben presiones a nivel académico, profundizan en el desarrollo de su identidad,

mientras se orientan a una mayor independencia con respecto a la familia de origen. Para Aguirre, Castro y Robledo (2008) dichos desafíos llevan a que entre el 10% y el 20% de los adolescentes experimenten trastornos mentales sin que estos sean necesariamente diagnosticados y tratados adecuadamente (Kessler et al, 2007). Puntualmente acerca de los TCA, los adolescentes suelen experimentar miedo a engordar, lo cual los motiva a poner en práctica conductas inadecuadas para bajar de peso: realizar ayunos, actividad física excesiva, vómitos autoinducidos y consumo de laxantes y diuréticos (Murawski, Elizathe y Rutzstein, 2009).

### **Adulthood Emergent: Una Etapa de Transición**

Por otro lado, en las sociedades occidentales industrializadas se denota que las transiciones que suelen ser concebidas como aquellas que abren paso a la adultez (entre ellas abandonar la residencia parental, terminar los estudios, lograr la inserción en el mercado laboral, lograr independencia económica y formar una familia) eran realizadas a una mayor edad cronológica (Cohen, Kasen, Chen, Hartmark & Gordon, 2003). Por ende, comenzó a utilizarse el término “adultez emergente” para referirse a la etapa del desarrollo que comprende aproximadamente entre los 18 y 25 años, la cual se destaca por presentar heterogeneidad en términos demográficos, es decir que existen pocas condiciones normativas para este periodo transicional (Arnett, 2000).

## Método

### Definición Operacional de las Variables de Estudio

#### *Distorsiones Cognitivas*

**Definición Conceptual.** Consisten en errores en el procesamiento de la información que derivan de los esquemas cognitivos de las personas (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Se trata de cogniciones que son persistentes a pesar de la evidencia de lo contrario y que llevan a generar conclusiones equívocas, aunque se perciba adecuadamente el estímulo (Beck, 1976). Las distorsiones cognitivas suelen causar emociones y conductas disfuncionales (Beck et al, 1979).

**Definición Operacional.** Las dimensiones consideradas son las distorsiones cognitivas evaluadas a través del Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Luján, 1991) son filtraje o abstracción selectiva, pensamiento polarizado, sobregeneralización, interpretación de pensamiento, visión catastrófica, personalización, falacia de control, falacia de justicia, falacia de cambio, razonamiento emocional, etiquetas globales, culpabilidad, los deberías, tener razón y falacia de recompensa divina.

#### *Trastornos de la Conducta Alimentaria*

**Definición Conceptual.** Los TCA son alteraciones o perturbaciones persistentes de la alimentación o de los comportamientos relacionados con la alimentación que provocan deficiencias significativas en el funcionamiento psicosocial y la salud física. Se clasifican en pica, trastorno de rumiación, trastorno de evitación o restricción de la ingestión de alimentos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón, otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado y otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (American Psychiatric Association, 2014).

**Definición Operacional.** La presencia de un TCA se considera de acuerdo al reporte de diagnóstico clínico emitido por los profesionales tratantes.

### Diseño de Estudio

El presente trabajo mantiene un diseño no experimental, transversal y con un enfoque cuantitativo de alcance descriptivo. Sobre esta última característica, Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2014), refieren que da cuenta de la búsqueda por indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una variable o más en una población en un momento determinado. A su vez, los mismo autores (2010) sostienen que los estudios descriptivos suelen ser de utilidad como base para las investigaciones correlacionales, que luego darían lugar a las

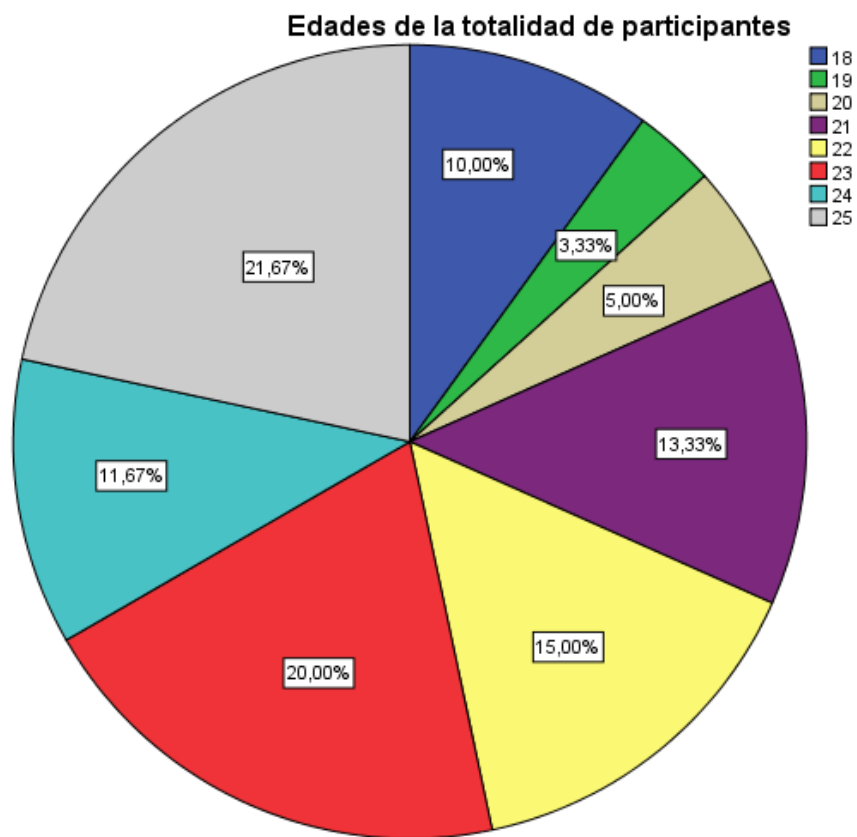
explicativas y permitirían lograr entendimiento. Sumado a ello, se trata de un trabajo comparativo ya que se contrastan los resultados obtenidos en dos grupos: por un lado, los participantes que han sido previamente diagnosticados con algún TCA y, por el otro, quienes no han recibido diagnóstico a la fecha de la administración; además de realizar comparaciones dentro de los mismos grupos de acuerdo a las clasificaciones por género y edad.

### **Participantes**

Se cuenta con una muestra total conformada por 60 participantes de entre 18 y 25 años (la edad media es de 22,35 años), como se observa en la Figura 1, que residen en la localidad de San Miguel, Buenos Aires, y pertenecen a una clase social media-baja. El 76,7% de ellos son mujeres mientras que el 23,3% restante son hombres, lo que se expone en la Figura 2. Se consideran dos grupos, cuyas edades se encuentran en la Figura 3 y la distribución de géneros en la Figura 4. Un grupo de participantes está compuesto por 30 personas (25 mujeres y 5 hombres) y la condición para conformar al mismo es haber sido previamente diagnosticado/a con algún TCA. La Figura 5 muestra la distribución de diagnósticos ( anorexia nerviosa n=12; bulimia nerviosa n=9; anorexia nerviosa tipo por atracón/purgas n=4; trastorno por evitación/restricción de la ingestión de alimentos n=2; trastorno por atracón n=2; trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado n=1). Los participantes del grupo mencionado fueron seleccionados de forma no probabilística: se tiene por criterio de inclusión, además de contar con diagnóstico de TCA, encontrarse realizando tratamiento en el área de psicología, desde la cual, junto a los profesionales tratantes, se evaluó la pertinencia de la participación de cada uno. Los 30 participantes restantes (21 mujeres y 9 hombres) que conforman al segundo grupo no cuentan con diagnóstico de TCA al día de la administración. Para este último caso, se llevó a cabo un muestreo probabilístico aleatorio simple. En ambos grupos se tiene por criterio de eliminación la no completitud de los instrumentos de recolección de datos administrados.

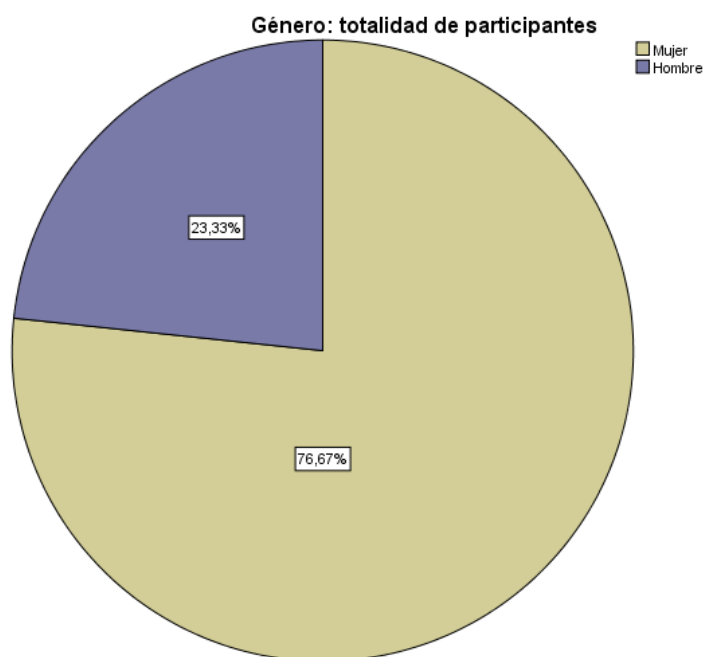
**Figura 1**

*Edades de la totalidad de participantes: porcentajes*



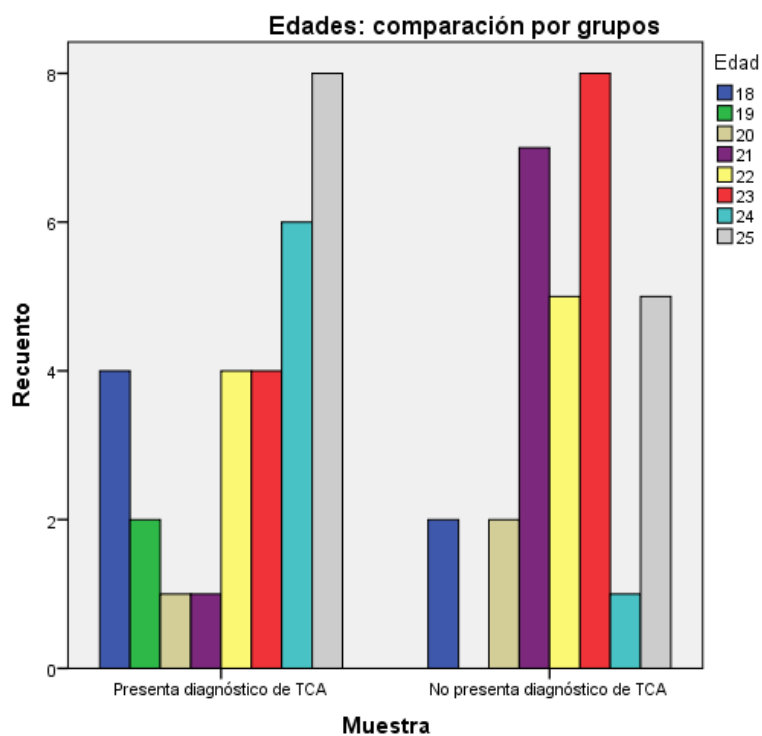
**Figura 2**

*Géneros de la totalidad de participantes: porcentajes*



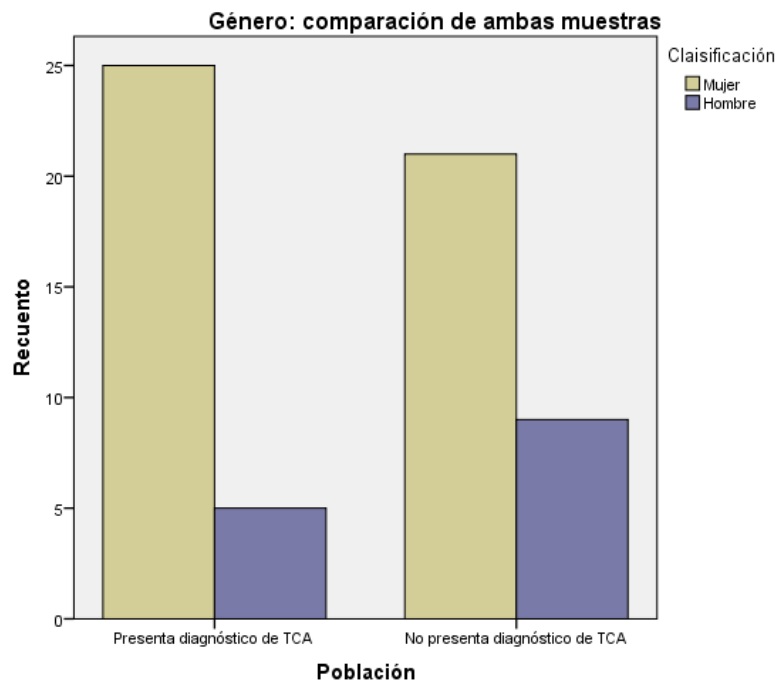
**Figura 3**

*Edades: comparación por grupos*



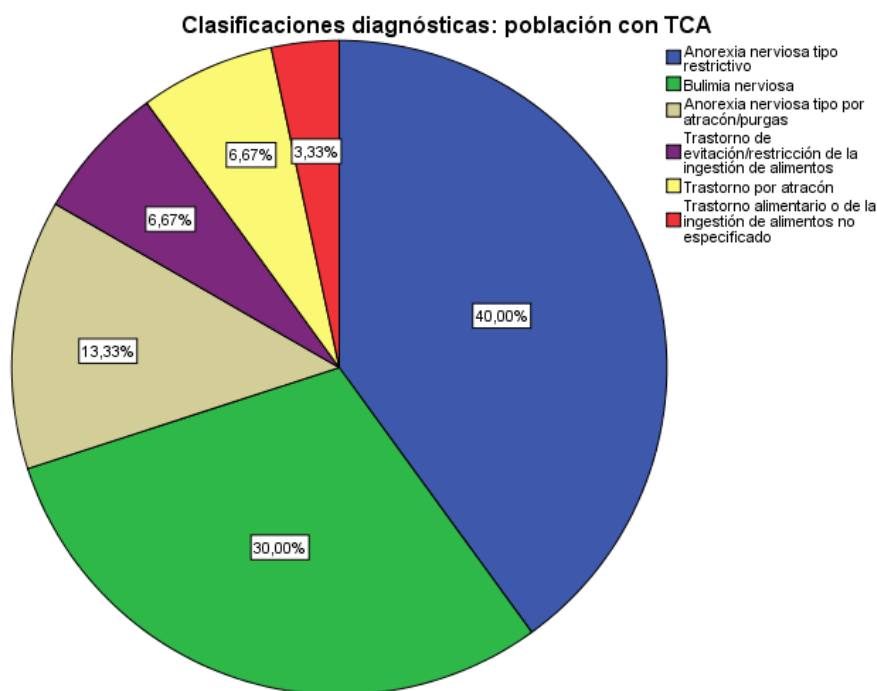
**Figura 4**

*Géneros: comparación por grupos*



**Figura 5**

*Clasificaciones diagnósticas del grupo que presenta diagnóstico de TCA: porcentajes.*



### **Instrumento**

La técnica de recolección de datos utilizada es el análisis de datos cuantitativos. Los datos analizados son recabados mediante la administración del siguiente instrumento de recolección:

#### ***Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Luján, 1991)***

Se estudia la variable “distorsiones cognitivas” mediante la administración de un inventario de autoinforme conformado por 45 ítems, presentando cada uno 4 alternativas de respuestas en una escala Likert en la que 0 representa “nunca”, 1 “casi nunca”, 2 “a veces” y 3 “siempre”, para analizar la frecuencia con la que se presenta cada una de las 15 distorsiones consideradas. Estas son clasificadas en ítems en grupos de 3, correspondiéndole a cada grupo una de las 15 distorsiones cognitivas exploradas. Se realiza la suma de los 3 ítems que comprende cada distorsión, que, en la estructura original, arroja un resultado de entre 0 y 9 puntos. Sin embargo, en el presente trabajo se tuvo en cuenta el estudio realizado por Moyano, Furlan y Piemontesi (2011), del cual surgió una escala ordinal del 1 al 4 en la que se contemplan las siguientes opciones de respuesta: “casi nunca pienso eso”, “algunas veces lo pienso”, “bastantes veces lo pienso” y “con mucha frecuencia lo pienso”. De este modo, se obtienen

resultados de entre 3 y 12 puntos. A menor puntuación se indica ausencia de distorsiones cognitivas, mientras que a mayor puntuación, tendencia a que se presenten. Entonces, una frecuencia baja corresponde a un puntaje de entre 3 y 6, una frecuencia media se refleja en un puntaje de entre 7 y 9 y una frecuencia alta es representada mediante un puntaje de entre 10 y 12. A fines prácticos y buscando responder a cuáles son las distorsiones cognitivas que se presentan más frecuentemente en cada grupo, se han seleccionado a las cinco que muestran un puntaje más alto, considerándose prevalentes.

El instrumento ha sido utilizado en diversos estudios en los cuales se demostró que presenta índices y criterios aceptables. Además, se confirmó su confiabilidad y validez en población latinoamericana con un coeficiente de confiabilidad entre 0.78 y 0.94 de acuerdo a Moyano et al (2011). Sumado a ello, para la escala utilizada en el presente trabajo se ha obtenido un índice de Alfa de Cronbach de 0.94, lo cual daría cuenta de una excelente consistencia interna para llevar adelante el presente estudio.

### **Procedimiento**

Tras haber realizado una revisión bibliográfica sistemática que permitió estructurar la idea de investigación, se ha contactado a nutricionistas y psicólogos tratantes de consultantes diagnosticados con un TCA y residentes de San Miguel, Buenos Aires. Posteriormente, se han llevado a cabo entrevistas con los profesionales con el fin de evaluar las posibilidades de contactar a los consultantes. En este sentido, se mantuvieron los principios éticos correspondientes, evitando así realizar la administración de instrumentos en caso de que los profesionales hayan detectado que tal accionar resultaría un riesgo para el bienestar percibido por los sujetos y su estado de salud integral, teniendo por guía el artículo N°4.6 del Código de Ética Nacional (FEPPA, 2013) y el N°40 del Código de Ética Provincial (Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, 2020). Una vez que cada consultante accedió a participar de acuerdo a lo manifestado a los psicólogos y/o los nutricionistas, se mantuvo contacto con los primeros mediante WhatsApp. Tras haber explicitado las variables a estudiar y la aplicación técnica que se realizaría, se procedió a la administración de forma individual a través de un formulario de Google. Por último, la información precedente de ello ha sido informatizada mediante el programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Statistics 21 y el programa Microsoft Excel. Ambos han sido utilizados para la creación de los gráficos expuestos en el presente trabajo.

**Constancia de la Utilización del Consentimiento Informado**

El acceso a un consentimiento es un derecho que posibilita la garantía del respeto de al principio de no discriminación, a la autonomía y libre determinación, a la integridad física y psíquica, y a la dignidad de toda persona (Losada, 2014). Partiendo de tal relevancia ética, en el primer contacto con los participantes, cuando cada uno aceptó participar. El mismo se explicó oralmente de forma clara y concreta. Sumado a ello, se dio lugar a la evacuación de eventuales dudas como así también se explicitó la posibilidad de retirarse de la investigación en cualquier etapa de la misma si así lo requiriese, sin sanciones ni perjuicios.

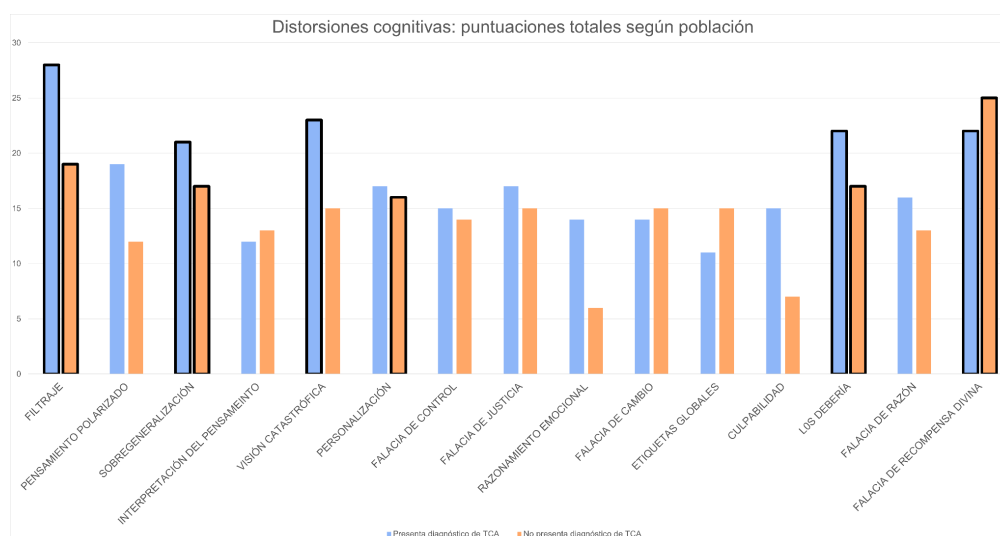
## Resultados

### Distorsiones Cognitivas Según Grupo

Buscando responder a qué distorsiones cognitivas presentan con mayor frecuencia los jóvenes diagnosticados con TCA, se encontró que, tal como se detalla en la figura 6, prevalecen, según el puntaje total (pt), las distorsiones de filtraje (pt=28), falacia de recompensa divina (pt=28), visión catastrófica (pt=23), los debería (pt=22) y sobregeneralización (pt=21). A su vez, se observó presencia de pensamiento polarizado (pt=19), personalización (pt=17), falacia de justicia (pt=17), falacia de control (pt=15), culpabilidad (pt=15), falacia de razón (pt=15), razonamiento emocional (pt=14), falacia de cambio (pt=14), interpretación del pensamiento (pt=12) etiquetas globales (pt=11). Por otro lado, la investigación arroja que en el grupo que no presenta diagnóstico de TCA prevalecen las distorsiones de falacia de recompensa divina (pt=25), filtraje (pt=19), sobregeneralización (pt=17), los debería (pt=17) y personalización (pt=16). Sumado a ello, se encontró presencia de visión catastrófica (pt=15), falacia de justicia (pt=15), falacia de cambio (pt=15), etiquetas globales (pt=15), falacia de control (pt=14), falacia de razón (pt=13), interpretación del pensamiento (pt=13), pensamiento polarizado (pt=12), culpabilidad (pt=7) y razonamiento emocional (pt=6). De este modo, filtraje, sobregeneralización, los debería y falacia de recompensa divina son, en ambos grupos, distorsiones para los cuales se arrojan puntajes altos, es decir que se presentan con una frecuencia alta.

### Figura 6

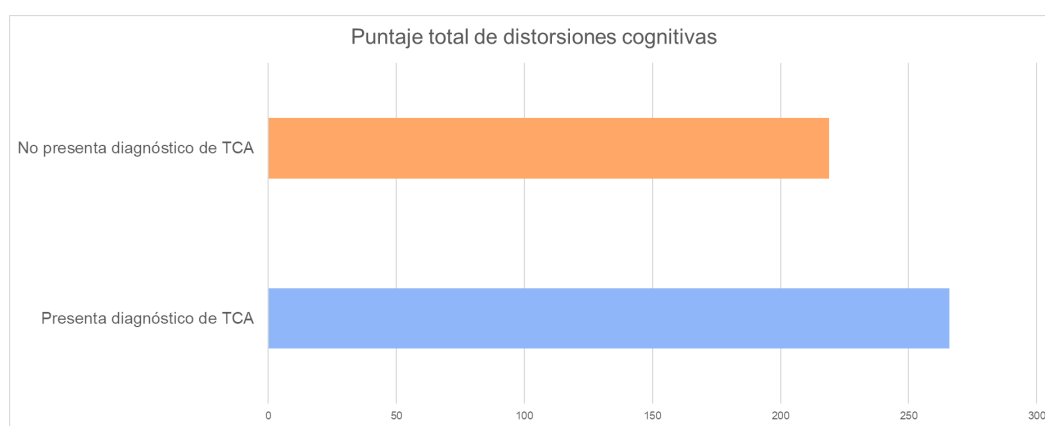
*Distorsiones cognitivas: comparación por grupos y distorsión*



Como se expresa en la Figura 7, el grupo que presenta diagnóstico de TCA obtuvo una sumatoria total de 266 para distorsiones cognitivas, mientras que el grupo no diagnosticado presenta un puntaje de 219. Esto posibilitará afirmar que el primer grupo en cuestión cuenta con mayor frecuencia de presencia de distorsiones cognitivas.

### Figura 7

*Distorsiones cognitivas: comparación por grupos (diagnosticado con TCA y no diagnosticado con TCA) de puntaje sumatorio total*

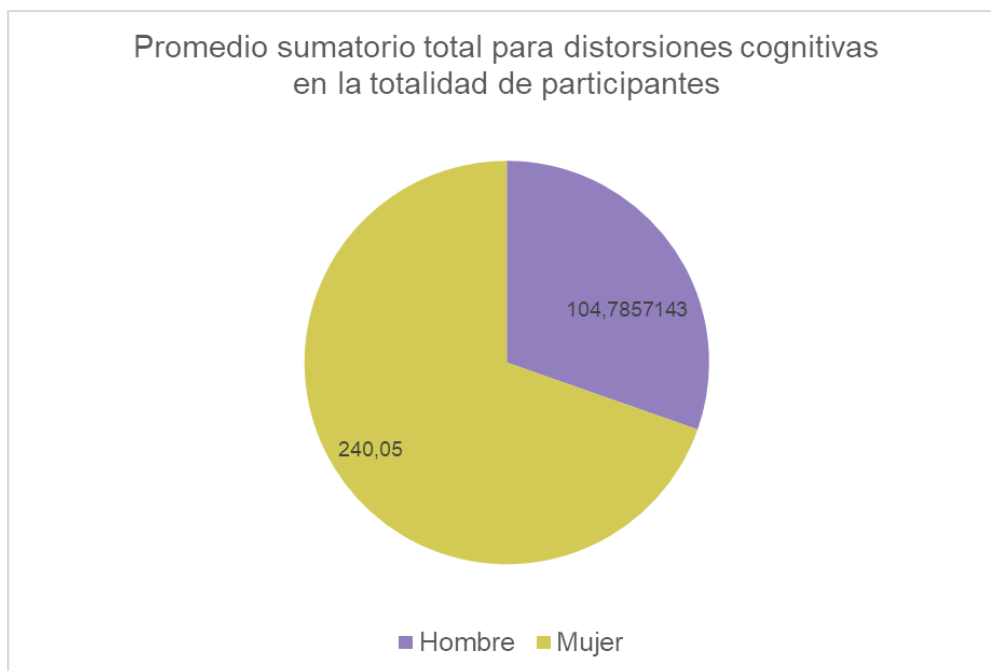


### Distorsiones Cognitivas Según Género

Considerando el puntaje total promedio para ambos géneros en la totalidad de participantes de la investigación, se encontró que quienes se perciben como mujeres presentan un puntaje mayor para la frecuencia de presencia de distorsiones cognitivas, lo que se muestra en la Figura 8.

**Figura 8**

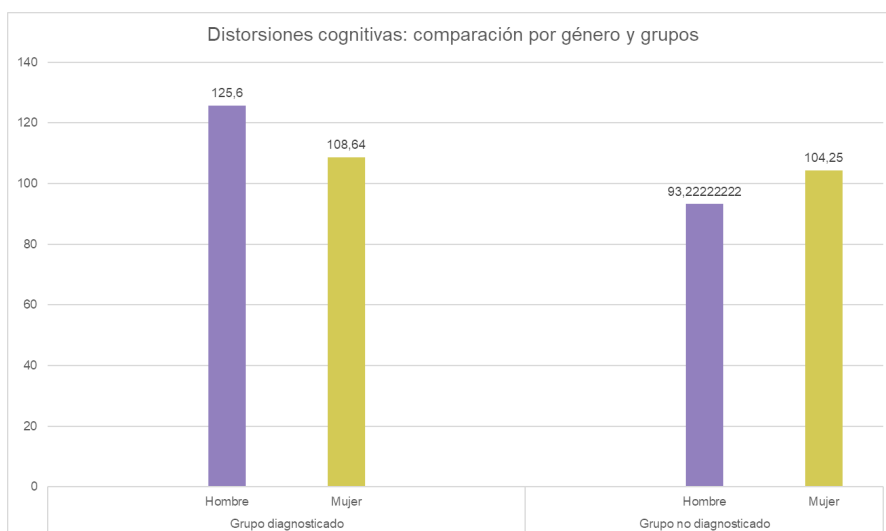
*Distorsiones cognitivas: comparación por género en la totalidad de participantes*



Tras realizar una comparación por grupos, se observó que en el que presenta diagnóstico de TCA los hombres puntúan más alto para frecuencia de distorsiones cognitivas con respecto a las mujeres, mientras que el grupo no diagnosticado son las mujeres quienes tienen mayor puntaje. Lo mencionado se refleja en la figura 9.

**Figura 9**

*Distorsiones cognitivas: comparación por género y grupos*

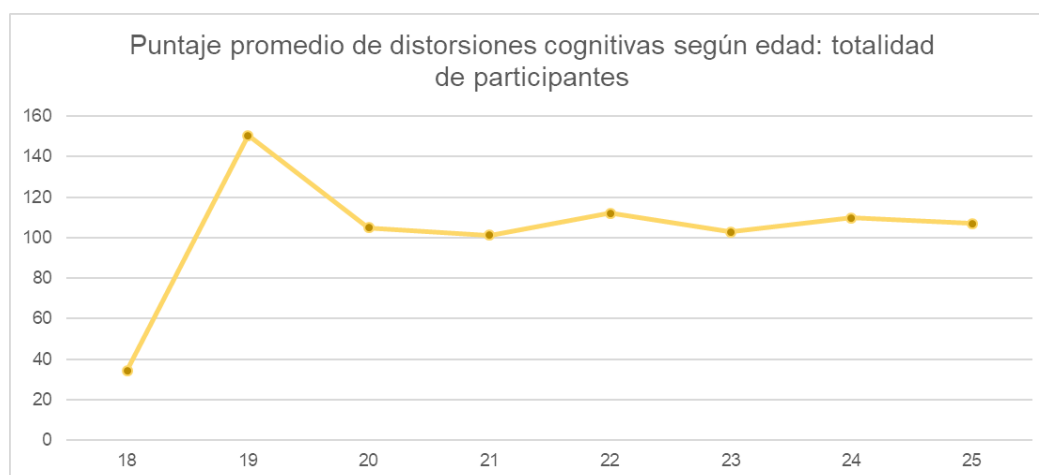


### Distorsiones Cognitivas Según Edad

Acerca de la frecuencia de presencia de distorsiones cognitivas de acuerdo a la edad en la totalidad de la muestra, indicado en la Figura 10, se obtuvo un puntaje promedio mayor en participantes de 19 años de edad (pt=150,5), seguido por los 22 (pt=112) y los 24 años (pt=109,8571429).

#### Figura 10

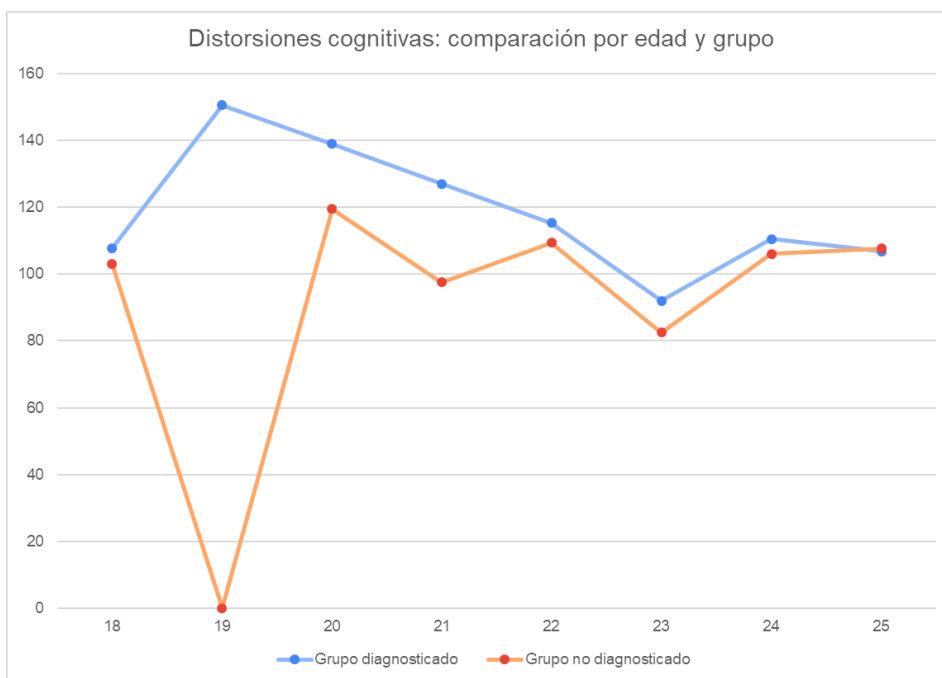
*Distorsiones cognitivas: puntaje promedio de distorsiones cognitivas según edad: totalidad de participantes*



Al comparar a ambos grupos con respecto a los puntajes obtenidos por edad, los resultados, graficados en la Figura 11, arrojaron que el puntaje promedio más alto en el grupo diagnosticado es para los 19 años (pt=150,5), mientras que en el grupo no diagnosticado el mayor puntaje se encontró a los 20 años de edad (pt=119,5).

**Figura 11**

*Distorsiones cognitivas: comparación según edad y grupo*



## Discusión

La investigación de diseño no experimental, transversal, de corte cuantitativo, comparativa y alcance descriptivo llevada a cabo para conocer las distorsiones cognitivas que se presentan con mayor frecuencia en jóvenes de entre 18 y 25 años de San Miguel que han sido diagnosticados con TCA arrojó resultados que se discuten a continuación. Sumado a ello, es posible arribar a diversas conclusiones con respecto a los objetivos, las hipótesis y los antecedentes expuestos en apartados previos.

En primer lugar, se logró exponer que en la población diagnosticada con algún trastorno de la conducta alimentaria, de entre 18 y 25 años y residente de San Miguel (Buenos Aires), las distorsiones cognitivas se presentan con mayor frecuencia con respecto a la población no diagnosticada de la misma edad y localidad de residencia. De este modo, se comprueba la hipótesis principal planteada.

La distorsión presente más frecuentemente en el primer grupo es el filtraje o abstracción selectiva, lo que implicaría que quienes padecen un TCA tienden a seleccionar un solo aspecto de un evento, afectando la interpretación de modo que se filtra lo negativo y se olvida lo positivo. La segunda distorsión que se presenta con más frecuencia en la población diagnosticada con TCA, según lo investigado, es la visión catastrófica, es decir que las personas muestran una tendencia a situarse en la peor situación para uno mismo sin pruebas de ello. Es también prevalente la falacia de recompensa divina, dando cuenta de que las personas diagnosticadas con TCA no buscarían solución a los situaciones concebidas como problemáticas dado que consideran que mejorará "mágicamente" a futuro, además de creer que tendrán una recompensa futura por no intervenir. A su vez, se resalta la presencia de los debería, distorsión que refiere a la mantención de normas exigentes e inflexibles sobre el modo en el que deberían suceder los eventos, siendo intolerante cualquier desviación con respecto a lo esperado y pudiendo experimentar una alteración emocional extrema. La sobregeneralización también se observa destacablemente presente en la población con TCA, es decir que se tiende a llegar a una conclusión general sobre un hecho particular sin contar con base suficiente para ello. En este sentido, se refuta parcialmente la segunda hipótesis derivada dado que la personalización y los pensamientos polarizados no se clasifican entre las distorsiones de mayor presencia en la población diagnosticada con TCA. Entonces, se encuentran ciertas diferencias con respecto a los resultados hallados por Obando Hidalgo (2019), que indican que las distorsiones vinculadas con el riesgo de TCA son sobregeneralización, interpretación del pensamiento, personalización, falacia de control, razonamiento emocional, culpabilidad, los debería y falacia de razón. Por otro

lado, resulta relevante que la población no diagnosticada presenta ciertas distorsiones cognitivas en común con respecto al grupo diagnosticado: filtraje/abstracción selectiva, sobregeneralización, los debería y falacia de recompensa divina; incluyendo también a la personalización.

Acerca de la información recabada en torno a las distorsiones cognitivas de acuerdo a género en la totalidad de la población, se observa que, en la totalidad de la muestra, quienes se perciben como mujeres tendrían mayor frecuencia de presentación de las mismas con respecto a quienes se identifican como hombres. Sin embargo, en la población diagnosticada con TCA los hombres podrían presentar distorsiones cognitivas con más frecuencia, lo que refuta la segunda hipótesis postulada en el presente trabajo. A su vez, se sostiene que en la población no diagnosticada serían las mujeres quienes presentan distorsiones cognitivas más seguido.

En adición, en la totalidad de la muestra se observa mayor frecuencia de presencia de distorsiones en sujetos de 19, 22 y 24 años de edad. En la población diagnosticada con TCA lo mismo sucede en quienes tienen 19, 20 y 21 años. Y en la población no diagnosticada se harían presentes más frecuentemente las distorsiones cognitivas en quienes tienen 20, 22 y 25 años de edad. Entonces, no resulta posible comprobar la hipótesis que afirma que cuanto menor edad, se presentan distorsiones cognitivas con mayor frecuencia.

A modo de síntesis, partiendo de que las distorsiones cognitivas conforman el núcleo patológico de los TCA (Cooper et al, 2004), se encontró que en la población diagnosticada con un trastorno de la conducta alimentaria las mismas se presentan con mayor frecuencia con respecto a la población no diagnosticada, presentando más distorsiones los hombres y quienes tienen 19, 20 y 21 años de edad. En la población no diagnosticada, en cuanto al género son las mujeres quienes muestran mayor frecuencia y, acerca de la edad, quienes tienen 20, 22 y 25 años. En la población general, las mujeres expresan mayor frecuencia de presencia de distorsiones cognitivas y las edades en las que prevalecen, en ambos géneros, son los 19, 22 y 24 años.

Entre las limitaciones encontradas en el presente trabajo se destaca el bajo número de participantes, lo cual afectaría a la representatividad y generalización de los resultados obtenidos. La falta de profundidad en el análisis resulta otra limitación destacable. En este sentido, la selección de un diseño cuantitativo permitió analizar datos medibles, omitiendo información cualitativa referente a las distorsiones presentadas que podrían ser de gran relevancia.

Dado que los TCA consisten en una problemática mental de salud pública con altas tasas de mortalidad y que se los diagnostica cuando la patología se encuentra en fases avanzadas, es esencial continuar investigando para definir estrategias de prevención y detección (Losada &

Rodríguez Eraña, 2019). Bajo este lineamiento, se sostiene que las problemáticas abordadas en este trabajo deben seguir siendo estudiadas e integradas en proyectos de investigación de mayor alcance que permitan la ampliación del conocimiento teórico para la posterior aplicación práctica en el ámbito de la salud.

### Referencias

- Aberastury A. y Knobel M. (1997). *La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico*. Paidós. Buenos Aires.
- Aguinaga , M., Fernández, L. & Varo, R. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria . Revisión actualización. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 23, 2, 279-292. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0772>
- Aguirre, S., Castro B., & Robledo V. (2008). *Guía de Trastornos Alimentarios*. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
- Ahn, J., Lee, J.H., Jung, Y.C. (2019). Predictors of Suicide Attempts in Individuals with Eating Disorders. *Suicide Life Threat Behav*;49:789-97. [10.1111/sltb.12477](https://doi.org/10.1111/sltb.12477)
- Álvarez Valbuena V., Maldonado Ferrete R., Catalán Camacho M., Jáuregui Lobera I. (2020) Quién influye en quién: el trío Flexibilidad Cognitiva – Emociones – Trastornos de la Conducta Alimentaria. *JONNPR*. 2021;6(1):47-67. DOI: 10.19230/jonnpr.3687 <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/3687/HTML3687>
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Arnett, J. J. (2000) Emerging Adulthood: A Theory of Development From the Late Teens Through the Twenties. *American Psychologist* 55(5):469-80. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10842426/>
- Arnett, J. J., Taber S. (1994) Adolescence terminable and interminable: When does adolescence end? *Journal of Youth and Adolescence*; 23, 5; PsycINFO. [http://www.jeffreyarnett.com/articles/ARNETT\\_Adolescence\\_Terminable.pdf](http://www.jeffreyarnett.com/articles/ARNETT_Adolescence_Terminable.pdf)
- Arredondo Simons, P. (2018) *Relación entre los mensajes alimenticios recibidos en la infancia con las características asociadas a los trastornos alimenticios*. Tesis de grado. Universidad Cayetano Heredia, Perú. [https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/11722/Arredondo\\_Simons\\_Relaci%c3%b3n\\_mensajes\\_alimenticios1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/11722/Arredondo_Simons_Relaci%c3%b3n_mensajes_alimenticios1.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Atkins D. y Silber, T.J. (1993). Clinical spectrum of anorexia nervosa in children. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*; 14:211-216
- Bair, C. E., Kelly, N. R., Serdar, K. L. y Mazzeo, S. E. (2012). Does the Internet function like magazines? An exploration of image-focused media, eating pathology, and body dissatisfaction. *Eating Behaviors*, 13, 398-401.

- Beck A. T. (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical Experimental and Theoretical Aspects*. New York: Harper and Row
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York. The Guilford Press.
- Beck, J. S. (1996). *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Bello, M. (29 de noviembre de 2021). Efecto del aislamiento: advierten que se quintuplicaron las consultas por casos de bulimia y anorexia en adolescentes. Entrevistada por Gabriela Origlia. *La Nación*  
<https://www.lanacion.com.ar/sociedad/efecto-del-aislamiento-advierten-que-se-quintuplicaron-las-consultas-por-casos-de-bulimia-y-anorexia-nid29112021/>
- Berny Hernández M. C., Rodríguez López D., Cisneros Herrera J. y Guzmán Díaz G. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula*. Publicación semestral, Vol. 7, No. 14. 15-21. ISSN: 2007-7831.  
<https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/atotonilco/issue/archive>
- Brooks, S., Prince, A., Stahl, D., Campbell, I. C., & Treasure, J. (2011). A systematic review and meta-analysis of cognitive bias to food stimuli people with disordered eating behavior. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 37-51
- Campbell K., Peebles R. (2014). Eating disorders in children and adolescents: state of the art review. *Pediatrics* 134(3):582-92.
- Canals J, Arijá Val V. (2022) Factores de riesgo y estrategias de prevención en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Nutrición Hospitalaria* 39 (N.º Extra 2):16-26.  
<http://dx.doi.org/10.20960/nh.04174>
- Carral Fernández, L. (2016) *Sesgos cognitivos en los trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de casos y controles*. Universidad de Cantabria.  
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8435/Tesis%20LCF.pdf?sequence=1>
- Coelho, J. S., Jansen, A., & Bouvard, M. (2012). Cognitive distortions in normal-weight and overweight women: Susceptibility to thought-shape fusion. *Cognitive therapy and research*, 36(4), 417-425.

- Cohen, P., Kasen, S., Chen, H., Hartmark, C., & Gordon, K. (2003). Variations in patterns of developmental transitions in the emerging adulthood period. *Developmental Psychology*, 39, 657–669. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.4.657>
- Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires (2020). Código de Ética. Resolución 1670/20. [http://www.colpsibhi.org.ar/sites/colpsibhi/files/boletines/codigo\\_etica\\_aprobado\\_res\\_1670\\_20.pdf](http://www.colpsibhi.org.ar/sites/colpsibhi/files/boletines/codigo_etica_aprobado_res_1670_20.pdf)
- Conviser J., Fisher S.F., McColley S.A. (2018). Are children with chronic illnesses requiring dietary therapy at risk for disordered eating or eating disorders? A systematic review. *Int J Eat Disord* 2018;51:187-213. [10.1002/eat.22831](https://doi.org/10.1002/eat.22831)
- Cooper, M.; Wells, A. & Todd, G. (2004). A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 1-16. [10.1348/014466504772812931](https://doi.org/10.1348/014466504772812931)
- Costa, C.B., Hardan Khalil K., Gibbs, K. (2017). Orthorexia nervosa: a review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 38 (12):980-988. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29215937/>
- Duriez P., Héline, K. L., Di Lodovico, L., Viltart & O., Gorwood, P. (2021). Increased cognitive flexibility mediates the improvement of eating disorders symptoms, depressive symptoms and level of daily life functioning in patients with anorexia nervosa treated in specialised centres. *European Eating Disorders Review*. John Wiley & Sons Ltd. [10.1002/erv.2829](https://doi.org/10.1002/erv.2829)
- Fairburn, C. G. (1985). Cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa. En D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds.) *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*, 160-192. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G. (2008). Eating disorders: The transdiagnostic view and the cognitive behavioral theory. *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 7–22). Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2008-07785-002>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528
- Farrera, S. (2009). *Comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de estudiantes de Barcelona*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Autónoma de Barcelona.

- Fassino S., Pierò A., Gramaglia C., Abbate G., Gandione M., Rovera G. (2006) Clinical, psychological, and personality correlates of asceticism in anorexia nervosa: From saint anorexia to pathologic perfectionism. *Transcultural Psychiatry*; 43(4): 600-14.
- Federación Argentina de Psicólogas y Psicólogos de la República Argentina (2013). Código de Ética Nacional.  
[http://colegiodepsicologos.org.ar/wp-content/uploads/2018/06/C\\_ETICA\\_FEPR.pdf](http://colegiodepsicologos.org.ar/wp-content/uploads/2018/06/C_ETICA_FEPR.pdf)
- Feinstein, A. (1970). The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *Journal Chronic Diseases*, 23, 455-468.
- Gabler, G., Olguín, P. & Rodríguez, A. (2017). Complicaciones médicas de los Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28, 6, 893-900.  
<https://doi.org/10.23938/ASSN.0772>
- Gomez Osorio, I. J. S. (2021). *Factores Protectores Familiares para Prevenir la Incidencia de los TAC en Adolescentes*. [Trabajo Final para recibir el título de psicólogo]. Universidad Cooperativa de Colombia. Centro de Extensión Arauca, Colombia.  
[https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/35263/3/2021\\_factores\\_protectores\\_familiares.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/35263/3/2021_factores_protectores_familiares.pdf)
- Gómez, C. C., Palma Milla, S., Miján de la Torre, A., Rodríguez Ortega, P., Matía Martín, P., Loria Kohen, V., Campos del Portillo, R., Virgili Casas, M. N., Martínez Olmos, M. A., Mories Álvarez, M. T., Castro Alija, M. J., Martín Palmero, A. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Resumen ejecutivo. *Nutrición Hospitalaria*; 35(2). Madrid. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.1819>
- Graell Berna, M. y Baztarrica Jarauta, R. (2012) Perspectiva de género y trastornos de la conducta alimentaria. En Baztarrica Jarauta, R., Beato Fernández, L., Blanco Fernández, A., Calvo Sagardoy, R., Casas Rivero, J. J., Faus Boronat, G., Faya Barrios y M., Graell Berna M. *Controversias sobre los Trastornos Alimentarios*. Instituto Tomás Pascual Sanz y Fundación Instituto de Trastornos Alimentarios (FITA). España.  
<https://studylib.es/doc/8255231/controversias-sobre-los-trastornos-alimentarios>
- Grau, A., Magallón Neri, E., Faus, G., Feixas, G. (2019) Cognitive impairment in eating disorder patients of short and long-term duration: a case-control study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 15 (1329—1341). [10.2147/NDT.S199927](https://doi.org/10.2147/NDT.S199927)
- Hedman, A., Breithaupt, L., Hübel, C., Thornton, L.M., Tillander, A., Norring, C., Birgegård, A., Larsson, H., Ludvigsson, J.F., Sävendahl, L., Almqvist, C. and Bulik, C.M. (2019).

- Bidirectional relationship between eating disorders and autoimmune diseases. *J Child Psychol Psychiatry*, 60: 803-812. Hedman, A., Breithaupt, L., Hübel, C., Thornton, L.M., Tillander, A., Norring, C., Birgegård, A., Larsson, H., Ludvigsson, J.F., Sävendahl, L., Almqvist, C. and Bulik, C.M. (2019). Bidirectional relationship between eating disorders and autoimmune diseases. *J Child Psychol Psychiatry*, 60: 803-812.  
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12958>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta. ed.). México D.F.: McGraw-Hill.  
[https://www.academia.edu/36971355/METODOLOGIA\\_DE\\_LA\\_INVESTIGACION\\_S\\_ EXTA\\_EDICION\\_HDZ\\_FDZ\\_BAPTISTA\\_pdf](https://www.academia.edu/36971355/METODOLOGIA_DE_LA_INVESTIGACION_S_ EXTA_EDICION_HDZ_FDZ_BAPTISTA_pdf)
- Hoek, H. W. (2016) Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 29(6):p 336-339, Noviembre 2016. [10.1097/YCO.0000000000000282](https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000282)
- Jáuregui-Lobera, I., & Prieto, I. R. (2012). Fusión pensamiento-forma. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (15), 1624-1642.
- Katzman, D., Norris, M., Zucker, N. (2019) Avoidant restrictive food intake disorder. *Psychiatric Clinics* 42 (1):45-57.
- Kertész, R. (2010) *Análisis transaccional integrado*. 4ªed. Buenos Aires: UFLO.
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., De Girolamo, G., Gluzman, S., Gureje, O., Haro, J. M., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Medina Mora, M. E., Oakley Browne, M. A., Posada-Villa, J., Stein, D. J., Adley Tsang, C. H., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Ustün, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association* (WPA), 6(3), 168–176.
- Linardon, J. (2021). Positive body image, intuitive eating, and self-compassion protect against the onset of the core symptoms of eating disorders: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.23623>
- Lizcano Lis, K. J., Matías Cantor, C., Quintero Garzón, Y. K. (2022). *Rasgos de personalidad (RP) y regulación emocional (RE) en relación con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en estudiantes universitarios de segundo a quinto semestre de la facultad de psicología de la Universidad Santo Tomás sede de Villavicencio*. [Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Psicólogas]. Universidad Santo Tomás, Colombia.

<https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/44119/2022kelylizcano.pdf?sequence=10&isAllowed=y>

- Lladó, G., González Soltero, R., & Blanco, M. J. (2017). Anorexia y bulimia nerviosas: difusión virtual de la enfermedad como estilo de vida. *Nutrición Hospitalaria*, 34(3), 693-701.  
<https://dx.doi.org/10.20960/nh.469>
- López, C. & Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22, 1, 85-97.  
[10.1016/S0716-8640\(11\)70396-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70396-0)
- Losada, A. V. (2014). Uso en Investigación y Psicoterapia del Consentimiento Informado. En B. Kerman, & M. R. Ceberio (Comps.). *En búsqueda de las ciencias de la mente. Investigación en Psicología sistémica, cognitiva y neurocientífica* (pp. 159-167). Ediciones Universidad de Flores.
- Losada, A. V. y Rodríguez Eraña, S. (2019) Trastornos de la conducta alimentaria y prevención primaria. *Revista Electrónica Ajayu*, 17 (1), 77-102.  
<https://www.aacademica.org/analía.verónica.losada/34>
- Losada, A. V., Germanos, G., Adrio, M. L. (2020) Estilo parental percibido en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. *Perspectivas metodológicas*, Vol. 20.  
<http://revistas.unla.edu.ar/epistemologia/article/view/2687>
- Losada, A.V. (2020). Distorsiones cognitivas alimentarias. En Fernández Álvarez, Hector *Enciclopedia Argentina de Salud Mental*. Buenos Aires (Argentina): Fundación Aiglé.  
<https://www.aacademica.org/analía.verónica.losada/63.pdf>
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2008). Cognitive Behavioural Processes Across Psychological Disorders: A Review of the Utility and Validity of the Transdiagnostic Approach. *International Journal of Cognitive Therapy - Special Issue on Transdiagnostic Approaches to CBT* [W. Mansell Ed.], 1.
- Marmo, J. (2011). *Los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con los factores de riesgo y estilos parentales percibidos en jóvenes*. (Proyecto de tesis doctoral inédito no publicado). Pontificia Universidad Católica Argentina.
- Márquez, S. (2008). Trastornos alimentarios en el deporte: factores de riesgo, consecuencias sobre la salud, tratamiento y prevención. *Nutrición Hospitalaria*, 23, 3, 183-190.  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226726012>

- Melisse, B., de Beurs, E. & van Furth, E. F. (2020). Eating disorders in the Arab world: a literature review. *Journal of Eating Disorders*, 8(59), 2-19.  
<https://doi.org/10.1186/s40337-020-00336-x>
- Montero, S., San José de León, M., Marín, J., Alonso, B., Rodríguez, N. & Bernabeu, C. (2018). Evaluación del efecto de una intervención grupal para la prevención de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Revista Española de enfermería de salud mental*, 5, 5-14. <http://doi.org/10.35761/reesme.2018.5.02>
- Moyano, M., Furlan, L. & Piemontesi, S. E. (2011). *Análisis factorial exploratorio del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA)*. Técnicas y Procesos de Evaluación Psicológica: 83-87. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011. <https://www.academica.org/000-052/928.pdf>
- Murawski, B. M., Elizathe, L. & Rutzstein, G. (2009). Hábitos alimentarios e insatisfacción con la imagen corporal: Un estudio comparativo entre mujeres y varones estudiantes de escuelas secundarias. *Anuario de investigaciones*, 16, 65-72.  
[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862009000100006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862009000100006&lng=es&tlng=es)
- Nunez, N. (2019). *Social Connectedness and Eating Disorder Symptomatology*. [Trabajo de tesis previo a la obtención del Título de Psicóloga]. University at Albany, New York.  
[https://scholarsarchive.library.albany.edu/honorscollege\\_psych/38/](https://scholarsarchive.library.albany.edu/honorscollege_psych/38/)
- Obando Hidalgo, D. (2020) *Pensamiento distorsionado y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa Particular de América, de la Ciudad de Quito en el año 2019*. [Trabajo de tesis previo a la obtención del Título de Psicólogo]. Quito: Universidad Tecnológica Indoamérica.  
<http://repositorio.uti.edu.ec/handle/123456789/1951>
- Obst Camerini, J. (2008). *La Terapia Cognitiva: Integrada y Actualizada*. Buenos Aires: CATREC.
- Organización Mundial de la Salud (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. *Diario Oficial*, tomo LVI, número 32, 9 de septiembre de 1949.  
<https://www3.paho.org/gut/dmdocuments/Constituci%C3%B3n%20de%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud.pdf>

- Organización Mundial de la Salud (2015). *Global standards for quality health-care services for adolescents. Volume 1: Standards and criteria.*  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549332>
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Salud mental del adolescente.*  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Pappaianni, E., Barona, M., Doucet, G. E., Clark, C., Frangou, S., & Micali, N. (2022). *Neurocognitive endophenotypes for eating disorders: a preliminary high-risk family study.* [10.31234/osf.io/tpb8h](https://doi.org/10.31234/osf.io/tpb8h)
- Quiroga, Susana. (2009). Prevalencia e incidencia en la actualidad: Trastornos de la conducta alimentaria. *Encrucijadas*, no. 46. Universidad de Buenos Aires.  
[http://repositorioubas.sisbi.uba.ar/gsd/collect/encrucci/index/assoc/HWA\\_258.dir/258.PDF](http://repositorioubas.sisbi.uba.ar/gsd/collect/encrucci/index/assoc/HWA_258.dir/258.PDF)
- Raich, R.M., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I. & Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 1 (7), 51-66
- Rivera Gallardo, M., Parra Cabrera, M. & Barriguete Meléndez, J. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria como factor de riesgo para osteoporosis. *Salud pública de México*, 47, 4, 308-318. [10.1590/S0036-36342005000400009](https://doi.org/10.1590/S0036-36342005000400009)
- Romero Sierra, G. (2022) *La adolescencia: Problemáticas en su conceptualización y en la edad que la comprende.* Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD) Escuela de Ciencias Sociales Programa de Artes y Humanidades. [Trabajo de grado para obtener el título de Psicólogo].  
<https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/48334/gromeros.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Romero, Y., Sayago, P. & Moreno, A. (2015). Complicaciones médicas de las conductas purgativas. Consecuencias de la alimentación. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 21, 1 2260-2276.
- Roncero, M. Perpiñá, C., Segura, M., Oltra Cucarella, J., Blasco, L., Ciscar, S., Portillo, M., Malea, A. y Espert, R. (2019). Analysis of the Effectiveness of Cognitive Remediation and Emotional Skills Training in a Group Format. Preliminary results in patients with eating disorders. *Health and Primary Care* 3 (1): 1-5.  
<https://doi.org/10.15761/HPC.1000155>
- Rufino, K.A., Viswanath, H., Wagner, R., Patriquin, M.A. (2018) Body dissatisfaction and suicidal ideation among psychiatric inpatients with eating disorders. *Compr Psychiatry* 2018;84:22-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.03.013>

- Ruiz Feliu, M., Cano Prous, A., Iglesias Gaspar, M.T., Campos Mangas, M.C., & Álvarez Martínez, J.M. (2022). Presencia e influencia de sintomatología sugestiva de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos con un trastorno de la conducta alimentaria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 45(1).  
<https://dx.doi.org/10.23938/assn.0984>
- Ruiz, J. & Cano, J. (2002). *Manual De Psicoterapia Cognitiva*. Madrid, España. R&C Editores.  
<https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/manual-de-psicoterapia-cognitiva.pdf>
- Ruiz, J.J. y Luján, J.E. (1991). En Ruiz, J.J. y Imbernon, J.J. (1996). *Sentirse mejor: cómo afrontar los problemas emocionales con terapia cognitiva*. ESMD-UBEDA.  
<https://fdocuments.net/document/sentirse-mejor-como-afrontar-los-problemas-emocional-es-con-terapia-cognitiva.html>
- Rutzstein, G. (2009). Teoría y terapia cognitivo conductual de los trastornos alimentarios. *Revista Diagnosis*, 6, 11, 11-26. <https://www.researchgate.net/publication/231814613>
- Sánchez Sosa, J. C. (2010). *Un modelo explicativo de la conducta alimentaria: riesgo en adolescentes*. [Trabajo Final para recibir el título de psicólogo].  
<http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080191369.pdf>
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203.  
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839>
- Simone M., Emery R.L., Hazzard V.M., Eisenberg M.E., Larson N., Neumark Sztainer D. Disordered eating in a population-based sample of young adults during the COVID-19 (2021) outbreak. *International Journal of Eating Disorders* 2021;54:1189–1201.  
<https://doi.org/10.1002/eat.23505>
- Sperber, A. D., Bangdiwala, S. I., Drossman, D. A., Ghoshal U. C., Simren M., Tack, J., Whitehead W. E., Dumitrascu D. L., Fang, X., Fukudo S., Kellow J., Okeke, E., Quigley, E. M. M., Schmulson, M., Whorwell, P., Archampong T., Adibi, P., Andresen, V., Benninga M. A., ' Palsson, O. S. (2021) Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders, results of Rome Foundation global study. *Gastroenterology*.  
<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2020.11.001>
- Torres, A., Scappatura, M. L., Murawski, B. M., Elizathe, L., Armatta, A. M., Maglio, A. L., Leonardelli, E., Lievendag, L. y Rutzstein, G. (2009). *Estudio comparativo de las características psicológicas de mujeres y varones con trastornos alimentarios*. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI.

Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

<https://www.aacademica.org/000-020/207>

Vitousek, K.B. & Hollon, S.D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14(2), 191-214.

## Anexos

### **Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Luján, 1991) - Adaptación de Escala por Moyano et al (2011)**

A continuación encontrará una lista de pensamientos que suelen presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que valore la frecuencia con que solés pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

1= Casi nunca pienso eso.

2= Algunas veces lo pienso.

3= Bastantes veces lo pienso.

4= Con mucha frecuencia lo pienso.

	1	2	3	4
1. No puedo soportar ciertas cosas que me pasan.				
2. Solamente me pasan cosas malas.				
3. Todo lo que hago me sale mal.				
4. Sé que piensan mal de mí.				
5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave?				
6. Soy inferior a la gente en casi todo.				
7. Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor.				
8. No hay derecho a que me traten así.				
9. Si me siento triste es porque soy un enfermo mental.				
10. Mis problemas dependen de los que me rodean.				
11. Soy un desastre como persona.				
12. Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa.				
13. Debería de estar bien y no tener estos problemas.				

14. Sé que tengo la razón y no me entienden.				
15. Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa.				
16. Es horrible que me pase esto.				
17. Mi vida es un continuo fracaso.				
18. Siempre tendré este problema.				
19. Sé que me están mintiendo y engañando.				
20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?				
21. Soy superior a la gente en casi todo.				
22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean.				
23. Si me quisieran de verdad no me tratarían así.				
24. Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo.				
25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas.				
26. Alguien que conozco es un imbécil.				
27. Otros tienen la culpa de lo que me pasa.				
28. No debería de cometer estos errores.				
29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto.				
30. Ya vendrán mejores tiempos.				
31. Es insoportable, no puedo aguantar más.				
32. Soy incompetente e inútil.				
33. Nunca podré salir de esta situación.				
34. Quieren hacerme daño.				

35. ¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?				
36. La gente hace las cosas mejor que yo.				
37. Soy una víctima de mis circunstancias.				
38. No me tratan como deberían hacerlo y me merezco.				
39. Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo.				
40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas.				
41. Soy un neurótico.				
42. Lo que me pasa es un castigo que merezco.				
43. Debería recibir más atención y cariño de otros.				
44. Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana.				
45. Tarde o temprano me irán las cosas mejor.				