



**Influencia del Trastorno de Ansiedad Social como  
factor de riesgo en el Trastorno de la Conducta  
Alimentaria durante la adolescencia**

**Tutora:** Beatriz Gómez

**Alumna/o:** Amalvy Bruzzo, Catalina

**Carrera:** Licenciatura en Psicología

**ID:** 000-16-6152

**Firma del alumno:**

# Índice

<b>Resumen.....</b>	<b>1</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>3</b>
Presentación del tema.....	3
Problema de investigación.....	5
Pregunta de investigación.....	6
Relevancia y justificación de la temática.....	6
<b>Objetivos.....</b>	<b>7</b>
Objetivo general.....	7
Objetivos específicos.....	7
<b>Alcances y límites.....</b>	<b>7</b>
<b>Antecedentes.....</b>	<b>8</b>
<b>Estado del arte.....</b>	<b>11</b>
<b>Marco Teórico.....</b>	<b>15</b>
<b>Desarrollo Metodológico.....</b>	<b>16</b>
<b>Capítulo 1: Identificar los aspectos psicológicos de la personalidad que pueden influir en el desarrollo de un Trastorno de Ansiedad Social.....</b>	<b>16</b>
<b>Capítulo 2: Explorar en qué medida la desregulación emocional favorece el desarrollo de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.....</b>	<b>20</b>
<b>Capítulo 3: Identificar cuáles son las medidas preventivas con respecto al perfeccionismo para evitar el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria.....</b>	<b>25</b>
<b>Conclusión:.....</b>	<b>27</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>28</b>

## Resumen

El objetivo del trabajo es una investigación descriptiva basada en la revisión bibliográfica utilizando capítulos de libros, páginas web y artículos de revistas científicas, sobre la influencia del trastorno de ansiedad social como factor de riesgo de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa en la adolescencia, periodo de muchos cambios e incertidumbre. Los trastornos de la conducta alimentaria son un conjunto complejo de cogniciones y actitudes hacia la comida, el peso y la forma corporal enlazado con conductas, hábitos alimentarios y prácticas de control de peso. Constituye un grupo de enfermedades multifactoriales y graves que engloba a varias entidades, el presente trabajo se centrará en la anorexia nerviosa y en la bulimia nerviosa, ambos trastornos tienen distintos factores de riesgo que llevan a desencadenarlo y uno de ellos es el trastorno de ansiedad social; sin embargo, solamente aparece nombrada esta relación, sin especificar cómo influye, siendo esta información no suficiente para una posible estrategia de prevención de la conducta disfuncional alimentaria. Frente a esto, se identificaron los aspectos psicológicos de la personalidad que pueden influir en el desarrollo de un Trastorno de Ansiedad Social en primer lugar. Luego, nos focalizamos en explorar en qué medida la desregulación emocional favorece el desarrollo de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa y, por último, haciendo énfasis en explicar cuáles son las medidas preventivas que se encuentran hoy en día con respecto al perfeccionismo para evitar el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria.

**Palabras Claves:** trastorno de ansiedad social, trastorno de la conducta alimentaria, anorexia, bulimia, adolescentes, evitación social, desregulación emocional y prevención.

# **Influencia del Trastorno de Ansiedad Social como factor de riesgo en el Trastorno de la Conducta Alimentaria durante la adolescencia.**

## **Introducción**

### **Presentación del tema**

La Organización Mundial de la Salud (2021) define a la adolescencia como el periodo después de la niñez y antes de la adultez, que transcurre aproximadamente desde los 10 hasta los 19 años de edad. Es una etapa desafiante, de muchos cambios e interrogantes (Unicef, 2020) donde presenciamos una gran variedad de cambios biológicos, psicológicos y sociales, ya que se deja de ser un niño para transformarse en un adulto. Es por esto, que, el sujeto se encuentra muy vulnerable y puede ser víctima de diferentes factores de riesgo (Colegio Indoamericano, 2021) -entendiendo a la vulnerabilidad como el estado de desprotección o incapacidad de afrontar funcionalmente una amenaza a su condición psicológica, física y mental, entre otras (Ministerio de educación Nacional, 2017)-.

Asimismo, la OMS (2021) afirma que algunos adolescentes corren mayor riesgo de padecer trastornos de salud mental como la ansiedad, depresión y los trastornos de la conducta alimentaria, los que se encuentran entre las principales causas de enfermedad y discapacidad en adolescentes. Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (2023) afirma que los trastornos depresivos y de ansiedad son la tercera y cuarta causa de discapacidad. Esto sucede porque durante esta etapa, la personalidad, la autoestima y el rol social de la persona están en pleno desarrollo y, por tanto, se encuentra vulnerable ante un entorno social donde la presión es excesivamente elevada. (Extraído de Associació Contra L'Anorèxia i La Bulímia, 2023; Tolosa y Ferraris, 2017)

Por un lado, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (American Psychiatric Association, 2013) define a la ansiedad como un fenómeno que se encuentra presente en todos los seres humanos, es una respuesta de activación fisiológica anticipatoria ante una situación de amenaza futura. Fernández-Álvarez y Bogiaizian (2022) afirman que bajo ciertas circunstancias dicha ansiedad evoluciona de manera disfuncional y se organiza como un trastorno de ansiedad. De manera similar, la ansiedad social, refleja esa activación ante la incertidumbre que pueden generar situaciones sociales donde se entra en contacto con un desconocido o con un público a la hora de dar una presentación o una charla o mismo ser observado realizando acciones cotidianas como comer, entre otros.

Del mismo modo, la OMS (1995) caracteriza al trastorno de ansiedad social (TAS) como un miedo intenso e irracional frente a las situaciones de interacción social en las que el individuo se siente críticamente observado por otros. El trastorno de ansiedad social (TAS) suele ser frecuente en el inicio entre la pubertad y la adolescencia, concordando con el periodo donde suelen enfrentarse a las necesidades de ampliar los ámbitos de reconocimiento interpersonal y social. La mayoría de los adolescentes logran una recuperación espontánea de las dificultades que implica este trastorno, aunque un gran porcentaje de ellos no lo consiguen y se prolonga hacia la juventud requiriendo un tratamiento psicológico. Aunque sucede que las personas que buscan ayuda suelen hacerlo después de un largo periodo de padecer el trastorno (Fernández-Álvarez y Bogiaizian, 2022).

Del mismo modo, se observó que el TAS se expresa en múltiples niveles de la experiencia personal, incluyendo emociones de miedo y preocupación, reacciones corporales molestas (temblor o ruborización, ideación catastrófica, etc.) con efectos negativos sobre el funcionamiento global del individuo, promoviendo a que realice conductas para evitar entrar en esa situación que le genera tanto malestar (Fernández-Álvarez y Bogiaizian, 2022). En relación a esto, en la literatura se encuentran investigaciones sobre el análisis del rol que cumple la ansiedad social vinculada al físico en la predicción de conductas alimentarias. Es decir, se podría concluir la existencia de un papel etiológico, importante, del trastorno de ansiedad social en los trastornos alimentarios (Kirschman y Salgueiro, 2002).

Siguiendo la misma línea, el DSM-5 (2014) define al Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) *como una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial* (p. 329).

(...) los Trastornos de la Conducta Alimentaria son un conjunto complejo de cogniciones y actitudes hacia la comida, el peso y la forma corporal enlazado con conductas, hábitos alimentarios y prácticas de control de peso que se vuelven desordenados y generan un gran número y tipo de consecuencias en diversas áreas del funcionamiento individual, incluyendo desajustes fisiológicos (Kirschman y Salgueiro, 2002, p. 45).

Se observan distintos tipos de trastorno alimentario con sus características y etiología específica, de los cuales nos centraremos a lo largo del escrito en la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa debido a que son aquellos TCA donde la valoración de la imagen corporal es clave en el desarrollo y mantenimiento de la sintomatología (Ailán, 2022). La anorexia quiere decir “falta de apetito”, pero la anorexia nerviosa se caracteriza por la restricción alimentaria voluntaria, con el fin de conseguir un peso inferior al correspondiente según su sexo, edad,

curso del desarrollo y salud física, no ocurre un déficit de la regulación del apetito, sino que es un acto efectuado por voluntad propia por el miedo intenso a ganar peso o engordar. Además, hay una falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual. Su gravedad en el caso de niños y adolescentes se basa en el percentil del índice de masa corporal. Por otro lado, la bulimia significa “hambre desmesurado”. La bulimia nerviosa se caracteriza por comer de manera descontrolada en un periodo de tiempo específico, una cantidad de alimentos que supera lo que la mayoría de las personas pudieran ingerir en ese periodo similar en circunstancias parecidas. Dicho acto no siempre se lleva a cabo por hambre, sino que las causas pueden ser variadas como, por ejemplo, la búsqueda de disminuir o eliminar ciertas emociones. Hay una sensación de falta de control sobre lo que es ingerido durante el episodio, pero luego tienen una conducta compensatoria respecto a lo sucedido para evitar el aumento de peso, tales como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos otros medicamentos, o mismo el ayuno o ejercicio excesivo. La gravedad se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (Tolosa y Ferraris, 2017).

El TCA es un trastorno multidimensional, heterogéneo y diverso, por lo cual, los factores etiopatogénicos son complejos y multifactoriales, se desconocen o están difusamente definidos (Kirszman y Salgueiro, 2002; Tolosa y Ferraris, 2017). Intervienen factores de riesgo biológicos, psicológicos y ambientales, construyéndose un modelo interactivo de influencias biopsicosociales (Canals & Arija, 2022, p.17). Con lo cual, las representaciones clínicas son complejas y los síntomas de varios cuadros se superponen, complicando la decisiones diagnósticas y terapéuticas llegando así al concepto de comorbilidad, es decir, conjunto de más de un trastorno mental o condiciones médicas. Los diagnósticos más frecuentemente asociados al diagnóstico de trastorno alimentario son depresión, distimia, ansiedad y abuso de sustancias (Kirszman y Salgueiro, 2002).

## **Problema de investigación**

A nivel psicopatológico un trastorno de la conducta alimentaria es un trastorno complejo que puede estar precedido por otro trastorno mental que favorece su aparición (Kirszman y Salgueiro, 2002). Por ejemplo, en el DSM-5 identifican que aquellos individuos que desarrollan trastornos de ansiedad tienen mayor riesgo de desarrollar anorexia nerviosa (AN) y en la bulimia nerviosa (BN) un factor de riesgo es el trastorno de ansiedad social. Sin embargo, se encuentra el problema de que su relación con este trastorno ha sido raras veces investigada de forma específica (Fernando, et.al, 2003), por ende, no hay suficiente información que permita generar medidas preventivas para el desencadenamiento de un trastorno de la conducta alimentaria. Tanto los TCA como los trastornos de ansiedad social pueden tener

factores de riesgo comunes, como la insatisfacción con la imagen corporal, la baja autoestima, la perfección, desregulación emocional y la preocupación por el juicio de los demás.

## **Pregunta de investigación**

¿Cómo influye el Trastorno de ansiedad social para la aparición de un trastorno de la conducta alimentaria durante la adolescencia?

## **Relevancia y justificación de la temática**

Los trastornos de la conducta alimentaria, pasaron a considerarse el principal problema de la pubertad y adolescencia en ambos sexos, que constituyen un grupo de enfermedades biopsicológicas graves, multifactoriales, con un alto riesgo de mortalidad (Ayuzo-del Valle y Covarrubias-Esquer, 2019; Lopez y Treasure, 2011). Son afecciones que generan un impacto social y constituyen una amenaza a la salud pública (Peña Berenguer, 2022). El diagnóstico más frecuente dentro de la adolescencia es el Trastorno Alimentario No Especificado (TANE), Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN); estos trastornos comparten síntomas nucleares como la insatisfacción con la imagen corporal o su influencia anormal en la valoración personal, preocupación por la comida, peso y/o forma corporal, desencadenando medidas no funcionales y hasta dañinas para intentar controlarlo y disminuir su peso. Viene acompañada con complicaciones psicológicas, físicas, y elementos del medio ambiente en su etiología, que pueden dejar potencialmente secuelas irreversibles para el desarrollo adolescente (Lopez y Treasure, 2011). Se observó que estos últimos años, han pasado de ser una epidemia de baja intensidad en los países desarrollados, a una pandemia de mayor intensidad (Santisteban, 2021). Por ejemplo en 2020, según el Informe Anual de la Fundación ANAR, durante la primera fase de confinamiento por la cuarentena, los casos de trastornos de alimentación aumentaron un 264% respecto al año 2019 pero no quedó ahí sino que dichas cifras aumentaron hasta un 826,3% durante la segunda fase donde ya permitían las primeras salidas. Se observa que el suceso del COVID-19 marcó el aumento de la incidencia de los trastornos alimentarios, “no sólo porque hayan aumentado los factores de riesgo, sino porque también han disminuido los de protección” (Peña-Berenguer, 2022, p.16).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ubicó a los TCA entre los trastornos mentales de prioridad para los niños y adolescentes dado el riesgo para la salud que implican (Lopez y Treasure, 2011). La adolescencia es el periodo en donde las personas terminan de formar su autoconcepto y, en su mayoría, se encuentran vulnerables a los factores de riesgo (Molina, Pérez y Hernández, 2017) esenciales en el desencadenamiento de un trastorno de

ansiedad social y/o trastorno de la conducta alimentaria, respectivamente. En este sentido, tanto el trastorno de ansiedad social como el trastorno de la conducta alimentaria son problemáticas que en la actualidad cada vez más adolescentes lo padecen; por esto, se encuentra la importancia de estudiar la influencia del trastorno de ansiedad social sobre el trastorno de la conducta alimentaria en la mejora de las estrategias preventivas de la aparición del trastorno alimentario (Canals y Arija, 2022).

## Objetivos

### Objetivo general

- Indagar la influencia del trastorno de ansiedad social como factor de riesgo predisponente de un trastorno de la conducta alimentaria durante la adolescencia.

### Objetivos específicos

- Identificar los aspectos psicológicos de la personalidad que pueden influir en el desarrollo de un Trastorno de Ansiedad Social.
- Explorar en qué medida la desregulación emocional favorece el desarrollo de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.
- Explicar cuáles son las medidas preventivas con respecto al perfeccionismo para evitar el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria.

## Alcances y límites

El siguiente trabajo incluye el trastorno de la conducta alimentaria, centrándose en la anorexia nerviosa y en la bulimia nerviosa y, como posible factor de riesgo, el trastorno de ansiedad social. **Tomando la perspectiva psicopatológica se buscará saber cómo influye dicho trastorno desencadenante sobre la anorexia y bulimia**, pretendiendo explicar una posible estrategia de prevención y no se incluirá tratamientos de las patologías. Se tomará una postura interdisciplinaria con orientación cognitiva conductual. Otras manifestaciones del trastorno de la conducta alimentaria o del trastorno de ansiedad no serán desarrolladas en este escrito.

La tesina se enfocará en la etapa adolescente y no será posible generalizar estos desarrollos a otras etapas de la vida. Se recopilará información bibliográfica de distintas fuentes: capítulos de libros, páginas web y artículos de revistas científicas, entre otros.

## Antecedentes

Aunque no existe un consenso definitivo sobre los orígenes del trastorno de ansiedad social (TAS), anteriormente conocido como fobia social, se cree que este trastorno ha existido en diferentes formas a lo largo de la historia de la humanidad. Remontándonos en el tiempo, Robert Burton (1845), en su obra “La Anatomía de la Melancolía”, recoge la descripción de un paciente de Hipócrates de cuyo trastorno que indica que es más que una timidez o temeridad, sino que no se atreve a encontrarse con otras personas por miedo a vocalizar mal o excederse en sus gestos, teme ser deshonrado frente a los demás y piensa que todos lo observan (Rodríguez, 2005). Luego de un tiempo, Marks y Gelder (1965) proponen en Europa la distinción y descripción de la fobia social como forma diferenciada de otro trastorno de ansiedad, caracterizada por el miedo ante situaciones sociales, comer, encontrarse con personas o bien temblar (Rodríguez, 2005).

A pesar de esto, la fobia social no fue reconocida oficialmente como una entidad hasta la tercera edición del DSM (Fernández-Álvarez & Bogiaizian, 2022). En esta edición la Fobia Social (FS) era considerada como un miedo excesivo e irracional a la observación o al escrutinio por parte de los demás en situaciones sociales específicas tales como hablar en público, escribir o usar aseos públicos (Rodríguez, 2005). Los signos asociados eran cognitivos (confusión, embotamiento, fallos en la resolución de problemas), físicos (rubor, palpitaciones, sudoración, dificultad para tragar y contracturas) y emocionales (miedo, timidez, vergüenza, enojo).

Sin embargo, continuaron las investigaciones y Falloon, Lloyd y Harpin (1981) propusieron distinguir entre FS específica y generalizada, es decir, diferenciando si es en una situación concreta como comer en público -específica- o cuando los miedos se presentaban en una gama amplia de situaciones sociales -generalizada- (Rodríguez, 2005). Pese a esto, la fobia social fue olvidada por un tiempo, tal como Rodríguez (2005) dice: “Pese al interés por investigar estas y otras cuestiones, una revisión de la literatura existente sobre el tema (...) hace llegar (..) a la conclusión de que la FS era “el trastorno de ansiedad olvidado”.” (p.20). Recién en la tercera edición revisada del DSM-III-R (1987) se introdujo el subtipo generalizado haciendo referencia aquellos que mostraban ansiedad en más de una situación social. A partir de aquí comienza un gran número de trabajos de investigación sobre el tema (Rodríguez, 2005).

Luego de un tiempo, el equipo que se ocupó de la redacción del DSM-IV -Task Force's o grupo de consenso-, tuvo en cuenta los datos generados por los estudios experimentales. Frente al análisis del grupo de consenso señalaron varios aspectos que no fueron aclarados en el DSM-III-R:

“(a) la ambigua definición de la frase “la mayoría de situaciones sociales” para describir el subtipo generalizado, (b) la validez del sistema de clasificación de los subtipos de la FS, el cual se basa en la existencia de diferencias cuantitativas (número de situaciones sociales) en vez de diferencias cualitativas (ansiedad ante situaciones de interacción social vs. ansiedad ante situaciones de actuación social), y (c) la ausencia de un subtipo intermedio (entre generalizado y específico) que pudiera ser empleado para describir a los sujetos que presentan miedo ante varias (pero no todas) las situaciones sociales” (Rodríguez 2005, p.22).

Pero como no lograron unificar criterios respecto a tales cuestiones, se optó por mantener en el DSM-IV (1994) los criterios del DSM-III-R (1987). De igual modo, hasta entonces, en la CIE-9 (sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud), al igual que en el DSM-III, sólo se hablaba de trastornos fóbicos. Recién en 1992 la CIE-10 toma a la FS como categoría diagnóstica independiente, sin hacer mención alguna sobre criterios específicos para la población menor de 18 años.

Si bien ambos, el DSM-IV y el CIE-10 definen a la FS como “el miedo a ser observado o evaluado por otras personas con la expectativa de que ese juicio vaya a ser negativo o humillante” (Rodríguez, 2005, p.24) ambos tienen algunas diferencias en términos de criterios y enfoques. Por ejemplo: el CIE-10 no incluye subtipos específicos de fobia social ni categorías para diferentes grados de severidad mientras que el DSM-IV sí incluye subtipos (Fobia social generalizada y no generalizada) y lo categoriza en grados de severidad: leve, moderada o severa. Otro ejemplo es que mientras que el DSM-IV incluye un criterio de interferencia en la vida cotidiana del individuo y de malestar clínicamente significativo, la CIE-10 no hace mención alguna a estos aspectos.

Por otro lado, con respecto al trastorno de la conducta alimentaria se reconoce que a lo largo de la historia una gran cantidad de casos de comportamientos alimentarios anormales y preocupaciones por la apariencia física. Por ejemplo, pinturas de arte, la moda, concepciones culturales como el tipo de tela que utilizaban en los trajes que marcaba un estatus social (Kirszman y Salgueiro, 2002). En la antigua Grecia, se valoraba la belleza y la estética corporal, lo que llevaba a prácticas como el vómito autoinducido para mantener un peso ideal. El propio Hipócrates, hacía referencia, en su obra Aforismos, a determinados cuerpos impuros que

detestaban cualquier tipo de alimento y se negaban a probar bocado alguno (Hernández, 2015, p.14).

Richard Morton, en 1698, fue considerado el primero en hacer una descripción detallada y médica del trastorno, denominado “Phithisie nerveuse” (Consunción nerviosa): pérdida de peso, amenorrea, estreñimiento e hiperactividad, sin ningún tipo de perturbación física (Kirszman y Salgueiro, 2002; Martín, 2000; Hernández, 2015). Charles Laségue (1816-1883) en Francia y William Gull en Inglaterra, en el año 1873, comienzan a estudiar el cuadro. Lasengue le acuñó el término de anorexia histérica, pero Gull lo denominó anorexia nerviosa, que será el término que más se comenzó a utilizar posteriormente hasta la actualidad (Martín, 2000). Gracias a Lasegue se deja de considerarlo como un asunto divino, demoníaco o simulación y entra en la ciencia médica de la psique, definiendo a la enfermedad como una perversión insólita del apetito (Martín, 2000; Hernández, 2015). A partir de los años 60, la proliferación de estudios médicos al respecto permitió dejar en un plano secundario a la religión, tanto en su origen o tratamiento y la anorexia nerviosa responde a partir de entonces al ideal de belleza extremo, hasta se propagó el uso de corsé durante el siglo (Hernández, 2015).

Jeammet (1984) reconoce que la anorexia nerviosa como una entidad independiente se deriva de la minuciosa clasificación realizada por los médicos del siglo XIX. Freud a finales del siglo XIX la describió como una psiconeurosis de defensa o como una neurosis de alimentación con melancolía. “Menciona las neurosis de las muchachas púberes que rechazan la sexualidad mediante la anorexia” (Martín, 2000, p.3). Gull (1874) enfatiza la propensión de las mujeres a desarrollar patologías alimentarias entre los 16 y los 23 años (Kirszman y Salgueiro, 2002).

Durante los años 80 se fortalecen los aspectos socioculturales del síndrome, mostrando el aumento de las presiones sobre las mujeres particularmente proveniente de la moda y los medios de comunicación. Surge así un gran deseo de una delgadez excesiva por las culturas occidentales. Durante los años 90 la noción cultural de delgadez está más vinculada a lo genérico, es decir, le afectaba más a las mujeres en dicha cultura occidental (Kirszman y Salgueiro, 2002).

La tercera versión del DSM (1980) incluyó los elementos esenciales del temor a la gordura, trastorno de la imagen corporal, manifestaciones físicas y conductuales preponderantes que acompañan al trastorno. Estos criterios se fueron modificando hasta la actualidad. Por ejemplo, la edad de inicio se cambió y puede ser antes o después de los 25 años y el porcentaje de la pérdida de peso se ha modificado pasando del 25 % de la clasificación del DSM-III, al 15% en el DSM-III-R (1987) y el DSM-IV (1994). El DSM-IV lo clasifica en tipos: Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa, trastorno por atracón y obesidad.

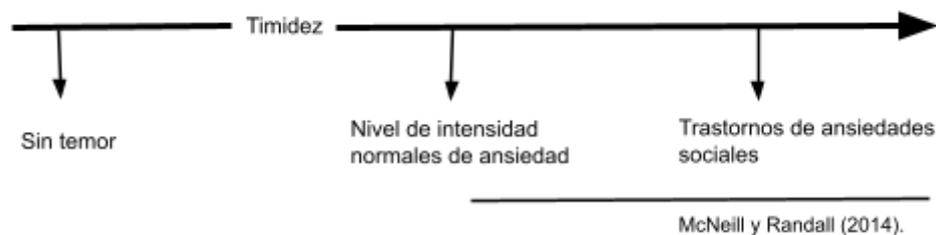
Por su lado el CIE-10 (1992) ubica el miedo a engordar como la característica fundamental del trastorno y considera como fundamental la afectación del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal dando lugar a la amenorrea de la mujer y la pérdida de interés sexual en el varón. A diferencia del DSM-IV, no habla de subtipos sino que considera que la pérdida de peso es inducida por la evitación de alimentos que engordan y puede ir acompañado por vómitos o purgas autoinducidas, ejercicio físico o consumo de fármacos diuréticos. Con respecto a la anorexia nerviosa, el CIE-10 establece que los criterios son la pérdida de peso significativa originada por el propio enfermo a través de distintos mecanismos como la evitación de consumo, purgas, ejercicio excesivo, consumo de fármacos diuréticos y vómito inducido; el enfermo tiene una distorsión en la imagen corporal y un trastorno endocrino generalizado.

## Estado del arte

Con respecto al trastorno de ansiedad social, el DSM-5 (2013) realizó varios cambios. Al Trastorno de Ansiedad social lo clasifica dentro del capítulo de “trastorno de ansiedad (o fobia social)” juntos a otros subtipos. Define a la ansiedad social como miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesta al examen por parte de otras personas (A.P.A., 2013, p.202). Tiene miedo de actuar de cierta manera y manifestar síntomas de ansiedad que sea evaluado negativamente generando rechazo, que lo humillen o avergüencen.

A lo largo de la historia del Trastorno de ansiedad social (fobia social) hubo una relación estrecha con el Trastorno de Personalidad por Evitación (TPE) debido a la superposición de síntomas respecto al temor a las situaciones sociales y la evitación social. Se creía que el TPE era una forma extrema de TAS (Fernández-Álvarez y Bogiaizian, 2022). Tal como MacNeil consideraba que ambos se encontraban en un continuum de los Trastornos de Ansiedad, comenzando desde la FS circunscrita (formas específicas como hablar en público) hasta el final del espectro que se encuentra el TPE (expresión más severa).

En contraposición a esto, MacNeill y Randall (2014) (tal como se cita en Fernández-Álvarez y Bogiaizian, 2022) orientados hacia una tendencia de perspectiva más dimensional dentro de lo psicopatológico plantean un continuo de intensidad de los temores sociales y ansiedad existente, surgiendo así una concepción clínica distinta y más moderna de la ansiedad. Este continuum muestra cómo va desde el extremo de no temer o “tener ansiedad” hasta el otro extremo donde los niveles de ansiedad ya se vuelve patológico:



Como se observa, en el extremo de la disfuncionalidad se sitúa el TAS en lugar de ubicar ahí el TPE, es decir, “comienza a expresarse el trastorno de ansiedad social propiamente dicho” (Fernández-Álvarez y Bogiaizian, 2022, p. 39). Este cambio se vincula con la forma actual de concebir las relaciones entre las reacciones de ansiedad y las dimensiones de la personalidad (Fernández-Álvarez y Bogiaizian, 2022).

Los estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto que el TAS es un trastorno psicológico altamente prevalente en población infantil y juvenil, llegando a ser considerado como uno de los trastornos más diagnosticados en el contexto clínico durante esta fase de la vida. En cuanto a la edad de inicio, estudios retrospectivos han localizado la misma entre la adolescencia tardía y la adultez (Espinosa-Fernández, Muela, y García-López, 2016). El miedo ante la evaluación negativa y la evitación de situaciones sociales interfiere con el desarrollo del autoconcepto general, físico, deportivo y académico, favoreciendo las expectativas sociales negativas y rechazo o evitación social, que induce a la falta de aceptación por parte de sus pares, generando interacciones sociales negativas (Gómez-Ortiz, Casas y Ortega-Ruiz, 2016).

Además de la personalidad, la emocionalidad negativa y lo nombrado anteriormente, otro factor predisponente de la ansiedad social pueden ser las actitudes de los padres, por ejemplo si un niño tiene escaso apoyo emocional o sobreimplicación por parte de los padres y además eran sobreprotectores, pueden surgir posteriores dificultades en su competencia social. Y no solo puede actuar como factor predisponente sino también de mantenimiento de las respuestas de ansiedad social (Gómez-Ortiz, et al., 2016).

Por el otro lado, los trastornos de la conducta alimentaria inician habitualmente en la adolescencia y han aumentado. Además, afecta no solo a mujeres adolescentes de clase alta, sino que se desarrolla cada vez en más jóvenes y también varones e individuos de diverso nivel socioeconómico, etnia y estado nutricional (Gaete y Lopez, 2020; Peña-Berenguer, 2022).

Un aspecto importante de la etapa adolescente es la construcción de la identidad ya que implica un reto para la adaptación a los mismos, donde no solamente requiere la noción de ser diferente a otros sino también un sentido de coherencia de sí mismo y un conocimiento firme de la propia apariencia para el resto del mundo. El adolescente puede haber idealizado ciertas normas de atractivo físico a través de los medios de comunicación, los cuales brindan

imágenes de belleza y éxito que dependen meramente de atributos físicos, que al no alcanzarse se generan un sentimiento de inadecuación. La imagen es uno de los elementos más destacados del autoconcepto. El mundo social del adolescente se va a ir ampliando y tomando una mayor relevancia, donde las modalidades de interacción van a ser nuevas y con más gente. La integración de su identidad en el mundo social puede encontrarse con ciertas dificultades en la organización de su personalidad que pueden generar obstáculos en el desarrollo de nuevas etapas y equilibrios, dificultando la adaptación al medio. Esta situación puede producir un gran sufrimiento psíquico y conducir al desarrollo de procesos psicopatológicos de diversa índole (Tolosa y Ferraris-Mukdise, 2017).

Aquellos cambios que surgen en la adolescencia se producirán tarde o temprano y el adolescente tiene que hacerle frente. La cultura puede facilitar u obstruir el ajuste del joven a dichos cambios de la pubertad, por ejemplo las normas o estándares de imagen corporal determinan el modo en que experimentan su maduración, si es con orgullo o ansiedad y confusión (Tolosa y Ferraris-Mukdise, 2017).

Amador en el año 2000, establece que la adolescencia es sumamente vulnerable a los factores ambientales, en particular aquellos que se vinculan con la alimentación y la nutrición. Ocurre que en los inicios de la adolescencia se describen en base a sus características físicas, que además suelen no gustarle. Por lo tanto, en el momento que acontecen, la apariencia tiene una importancia crítica en relación a la identidad de autoestima. Van a empezar a tomar importancia sus padres debido a que con ellos con quién es comparar sus habilidades, opiniones y cambios físicos, Fedlman, en 2007 habla de que se produce un “proceso de comparación social”. Algo que ocurre mucho, es que algunos compañeros consideran al atractivo físico como primordial para determinar el estatus del otro, lo utilizan como pasaje para acceder a un grupo social determinado, en consecuencia, con el objetivo de no ser excluidos e ignorados por el grupo, ceden las demandas de sus pares (Tolosa y Ferraris Mukdise, 2017). De hecho, muchos adolescentes consideran que la única forma de mejorar su autoconcepto es realizando cambios en su apariencia física, cosa que no ocurre tanto en los adolescentes debido a que los cambios físicos producidos no son considerados como una experiencia negativa, incluso suelen desear dichas variaciones (Peña-Berenguer, 2022).

Otra de las áreas en la cual se producen cambios constantemente pasan en el desarrollo cognitivo, ocurren cambios en la estructura cerebral que intervienen en las emociones, comportamientos y autocontrol que permite que el día de mañana sean independientes en su pensamiento y acción. El desarrollo de habilidades metacognitivas durante esta etapa conlleva a que los adolescentes imaginen lo que los demás piensan de ellos, elaborando conclusiones complejas y el crecimiento intelectual da lugar al autoconcepto más complejo y perfeccionado. Debido a esto es que la internalización de ideales físicos se convierte en un aspecto peligroso porque comienza a consolidar la forma en que organiza sus

pensamientos acerca del mundo y desarrolla estrategias de afrontamiento para situaciones nuevas. Por más que logren consolidar un autoconcepto más firme, no garantiza que conocer quiénes son les agrada. El autoconcepto que vayan formulando será el fundador de su autoestima. La autoestima en este punto es uno de los aspectos más estudiado en cuanto a la adaptación y el afrontamiento, debido a que si hay una baja autoestima probablemente genera dificultades de ajuste. Entre los atributos que contribuyen a la constitución de la autoestima, la apariencia física es la que más influye globalmente (Tolosa y Ferraris Mukdise, 2017).

Dadas las características propias de la adolescencia y sus procesos de desarrollo previamente explicados, la aplicación de los criterios hasta ahora establecidos para un trastorno de la conducta alimentaria es compleja en el caso de las adolescentes (Lopez y Treasure, 2011). En esta línea, el grupo de trabajo que clasifica los TCA para niños y adolescentes, acordó cambiar la clasificación actual:

- a) establecer límites menores y más sensibles al desarrollo en el caso de las adolescentes para determinar la severidad de los síntomas.
- b) que se pueda considerar indicadores conductuales de los rasgos psicológicos de los TCA en lugar de pedir que sean reportados por la misma paciente (ej. considerar la negación a comer como equivalente al temor a engordar) y que se debe alertar a los profesionales sobre la limitación de algunas adolescentes para declarar este tipo de síntomas
- c) la inclusión de múltiples informantes para evaluar los síntomas (ej. padres).

La Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa son aquellos TCA donde la valoración de la imagen corporal es clave en el desarrollo y mantenimiento de la sintomatología (Ailán, 2022). Según el DSM-5 (2013) dentro de la anorexia nerviosa se encuentran distintos factores de riesgo: en primer lugar, los factores temperamentales: los individuos que desarrollan trastornos de ansiedad o muestran rasgos obsesivos en la infancia tienen mayor riesgo de desarrollar una anorexia nerviosa. Luego, los factores ambientales corresponden al contexto del individuo, donde si se encuentra en un entorno cultural en donde valoran la delgadez, como sea en la familia o mismo una profesión como deportistas de élite, entre otros. Y, por último, con respecto a los factores genéticos y fisiológicos, las personas presentan un mayor riesgo de presentar anorexia nerviosa cuando tienen un antecedente familiar de primer grado

Encontramos 4 aspectos respecto a las manifestaciones clínicas del trastorno alimentario: Conductuales, emocionales, cognitivas y biológicas.

- Manifestaciones conductuales: Ayuno o dietas, se comparan, muchas veces tienen conductas de ocultación (como vómito autoinducido o mentir la cantidad de comida que se ingirió), restricciones de la ingesta alimentarias, ejercicio físico desmesurado e intenso, disminución del interés sexual, buscan pasar o medir su cuerpo repetidamente, rituales rígidos de la alimentación como el recuento diario de las calorías ingeridas (Attia & Walsh, 2023; Fleni, 2023).
- Manifestaciones emocionales: inestabilidad emocional, síntomas de ansiedad, tristeza, apatía, anhedonia, irritabilidad, sentimientos de minusvaloración, retraimiento social (Suárez Diez, 2023; Fleni, 2023)
- Manifestaciones cognitivas: distorsión cognitiva, preocupación por los alimentos, temor por el aumento de peso, problemas para concentrarse o de memoria (Fleni, 2023).
- Manifestaciones biológicas: Los hallazgos encontrados sobre los aspectos físicos frecuentes incluyen bradicardia, hipotensión arterial, hipotermia, cabello tipo lanugo o hirsutismo leve y edema. La grasa corporal se reduce mucho (Attia & Walsh, 2023), pérdida de peso excesiva o no lograr el aumento de peso previsto para el desarrollo, recuento de células sanguíneas anormal, fatiga, mareos o desmayos, ausencia de menstruación (amenorrea) o alteraciones en su frecuencia, estreñimiento y dolor abdominal, piel seca o amarillenta, deshidratación (Fleni 2023).

## Marco Teórico

La anorexia nerviosa (ausencia de apetito) es un tipo de trastorno de la conducta alimentaria, las personas que padecen de esta patología tienen el deseo irrefrenable de delgadez y la consiguiente resistencia a comer o retener lo ingerido que lleva a una pérdida de peso marcada por debajo de lo que corresponde a su sexo y edad que, en algunos casos, compromete la vida del paciente (A.P.A. 2014; Suárez Diez, Azucena, 2023). Mientras que la bulimia nerviosa se caracteriza por comer de manera desmesurada una cantidad de alimentos, en un periodo de tiempo específico, que supera lo que la mayoría de las personas pudieran ingerir en ese periodo similar en circunstancias parecidas. Las causas de dicho comportamiento pueden ser variadas. Luego tienen una conducta compensatoria respecto a lo sucedido para evitar el aumento de peso. La gravedad se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (vómito autoprovocado, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, ayuno o ejercicio excesivo). Ambos tipos de trastornos suelen comenzar durante la adolescencia, la cual es el periodo en el que la persona pasa a ser un adulto joven. Para dicha etapa no está consensuado su inicio y final, sino que hay distintas posiciones al respecto de qué edades abarca su inicio y fin, porque si bien el inicio

se relaciona a los fenómenos biológicos y con aspectos psicosociales (adopción de roles y responsabilidades de la adultez), hay gran variabilidad sobre en qué momento particular ocurre esto en cada individuo debido a que estos cambios no ocurren de manera lineal pudiéndose adelantar o retrasar en su manifestación. Tomando como referente a la OMS podríamos decir que es de 10 a 19 años y no dejar de lado que la psicología considera su final a los 22 (o inclusive, en algunos casos, hasta los 29 años) dependiendo de que hoy en día demoran más tiempo en completar su educación, retardando la adopción de roles propios de la adultez - como la incorporación a un trabajo estable e independencia posterior (Gaete, V., 2015).

Hay una gran cantidad de cambios biológicos, psíquicos y sociales generando al adolescente muchos interrogantes e incertidumbre (Unicef, 2020). En este periodo suelen encontrarse varios factores de riesgo, que podrían llevar al sujeto a desencadenar una patología o enfermedad mental. Siguiendo esta línea, la anorexia, tiene sus determinados factores de riesgo, según el DSM-5 (2013) uno de ellos es que aquellas personas que desarrollan trastornos de ansiedad en la infancia tienen mayor riesgo de desarrollar una anorexia nerviosa.

Por otro lado, el trastorno de ansiedad social es el miedo irracional frente a situaciones de interacción social (OMS, 1995), puede ser generalizado o específico a una situación. El inicio de este trastorno suele ser en la niñez o, al igual que en un trastorno alimentario, en la adolescencia, donde la persona debe exponerse cada vez más a situaciones sociales y relacionarse con sus pares. Suelen enfrentarse a la necesidad de ampliar los ámbitos de reconocimiento interpersonal y social (Fernández-Álvarez y Bogiaizian, 2022).

## **Desarrollo Metodológico**

El presente trabajo es una investigación descriptiva basada en revisión bibliográfica. Se utilizaron para su desarrollo distintos capítulos de libros, sitios webs y artículos de revistas científicas. La selección del material bibliográfico está basado en el área temática que es indagar la influencia del trastorno de ansiedad social como factor de riesgo predisponente de un trastorno de la conducta alimentaria durante la adolescencia. La búsqueda se limitó a publicaciones en inglés y/o en español con la combinación de palabras clave empleadas como “Trastorno de ansiedad social”, “Trastorno alimentario” “Anorexia nerviosa” “Factores desencadenantes” “Manifestaciones o síntomas”.

El escrito consta de tres capítulos, en primer lugar, el capítulo 1: se centrará en identificar aquellos aspectos psicológicos de la personalidad adolescente que influyen en un trastorno de ansiedad social. El capítulo 2: consiste en explorar en qué medida la desregulación emocional favorece al desarrollo de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, ya que esa

variable identificada puede tenerse en cuenta durante la prevención de un trastorno alimentario. Y por último, el capítulo 3: se explicarán cuáles son las medidas preventivas con respecto al perfeccionismo, el cuál es una característica tanto del trastorno de ansiedad social como del trastorno de la conducta alimentaria, para evitar el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria. Teniendo en cuenta que esta característica puede actuar como un factor transdiagnóstico entre los trastornos alimentarios y los trastornos frecuentemente asociados como la ansiedad (Canals & Arija, 2022).

## **Capítulo 1: Identificar los aspectos psicológicos de la personalidad que pueden influir en el desarrollo de un Trastorno de Ansiedad Social**

La personalidad es un conjunto de características o rasgos que mejor describen o identifican el modo de ser y comportarse habitualmente de un individuo, de tal modo que es posible predecir con bastante exactitud su funcionamiento en distintos contextos, actividades o situaciones vitales diferentes. Es “una propiedad emergente compleja que se halla en cambio y crecimiento continuo” (Belloch Fuster y Fernández-Álvarez, P.22). Los rasgos son características o elementos básicos que configuran la personalidad individual, no son positivos o negativos en sí mismos, sino que se caracterizan en términos dimensionales, es decir, se encuentran en un continuo de intensidad que oscila desde la nula hasta la máxima posesión de dicho rasgo (uno puede ser más o menos introvertido, perfeccionista o agresivo que otra persona, dependiendo de la tarea, situación social o momento vital en el que se encuentra). Dicho esto, la personalidad no es concebida como una entidad concreta y específica, sino que es la suma de propiedades y características psicológicas de distinto orden y naturaleza (emocionales, cognitivas, sociales, comportamentales, entre otras), que identifican al individuo como único e irrepetible, son propias y particulares; y van variando según las diferentes situaciones y roles que desempeña a lo largo de su vida (Belloch Fuster y Fernández-Álvarez, 2010).

Tal como se ha mencionado, la ansiedad social es una experiencia humana común caracterizada por miedo intenso a la evaluación negativa de los otros en situaciones sociales. Este tipo de ansiedad casi todos nosotros lo experimentamos en alguna medida, sin embargo, existen casos donde impide que la persona afronta adecuadamente la situación social, debido a que la evita o porque se ve imposibilitado a utilizar sus recursos de afrontamiento adecuadamente generando un malestar subjetivo y limitando la posibilidad del desarrollo personal y/o afectan a su calidad de vida. En estos casos nos encontramos con mecanismos

disfuncionales que nos permiten hablar de un trastorno de ansiedad social (TAS) (Ortiz, García, Fernández-Álvarez, 2024).

Se toman en cuenta distintos factores bio-psico-sociales que no son específicamente relevantes para el desarrollo del TAS, sino que pueden tener una influencia decisiva en la expresión específica de una modalidad no otra de ansiedad en base a sus matices sutiles en los modos en que ésta se presentan, se combinan y son experimentados por el individuo (Ortiz, et.al, 2024) Dentro de los aspectos psicológicos de la personalidad que pueden influir en su desarrollo se encuentra el temperamento, los esquemas tempranos y otros factores psicológicos de vulnerabilidad.

Rapee y Spence publicaron en 2004 el modelo para describir los factores presentes desde el desarrollo temprano que podría conducir a niveles de ansiedad social elevados. Dicho modelo sigue teniendo suficiente sustento empírico a la par que ha sido revisado y actualizado de acuerdo a los nuevos hallazgos sobre los factores causales y de mantenimientos del TAS. El modelo propone dos grandes categorías, por un lado, los factores intrínsecos, como la herencia genética o el temperamento y, por el otro, los factores extrínsecos tomando en cuenta los estilos parentales, la relación con los pares en un contexto escolar o eventos vitales estresantes. Es importante tener en cuenta que los factores genéticos, temperamentales y de la personalidad se articulan de manera singular en cada persona que padece un Trastorno de ansiedad social. Centrándonos en el temperamento, lo definen como un perfil comportamental cuyo origen es en la biología distintiva y propia de cada individuo, el cual se manifiesta durante la niñez más temprana y luego se va a ir moldeando por la experiencia en un repertorio amplio de rasgos de personalidad posibles (Fernández-Álvarez y Bogiaizian, 2022). Se logró identificar que se caracterizan por tener acentuado el rasgo de afectividad negativa, así como por una marcada tendencia a la inhibición comportamental, obteniendo puntuaciones bajas en el rasgo de extroversión. Aspecto no menos importante debido a que, si tomamos en cuenta los factores socioculturales, dentro de la cultura occidental en la que somos parte, prima la sobrevaloración de la extroversión acompañado de una exaltación de la competencia e individualismo. En consecuencia si la persona no encaja en dichos estándares sociales imperantes se encontraría con dificultades para incluirse en distintos espacios sociales (Ortiz, et.al, 2024).

La inhibición comportamental es una tendencia a responder con una sensibilidad aumentada frente a estímulos novedosos o impredecibles y evitar situaciones y personas desconocidas, aparecen los primeros momentos de vida y parece estar fuertemente implicada en el desarrollo del TAS. El sistema nervioso tiene un potencial de reactividad, el cual no es necesariamente constante, pero que predispone al individuo desde el nacimiento a actuar con un determinado grado de inhibición. Una alta reactividad en los primeros momentos de la vida parece restringir la disposición a desarrollar conductas consideradas desinhibitorias. Kagan (2014) realiza unos estudios que señala dos temperamentos infantiles básicos de alta o baja

reactividad, con características muy distintas: un perfil de preocupación y cautela con una actitud arisca, o un perfil con actitud extrovertida, desenvuelta y con atracción por el riesgo. Los niños con niveles altos en inhibición comportamental incluyen contacto visual limitado, proximidad mantenida a la figura de apego, evita estímulos de amenaza y falta de misiones verbales (Fernandez-Álvarez y Bogiaizian, 2022).

Es común escuchar que los pacientes con trastorno de ansiedad social manifiestan el punto de partida de su padecimiento en la adolescencia, esto se explica debido a que en ese periodo el grupo de pares aquí cobra especial significancia porque ejerce una fuerte influencia en la construcción de la agencia y el autoconcepto. Puede ocurrir que durante las etapas tempranas del desarrollo del trastorno puede pasar desapercibido tanto para quien lo padece, como para su entorno, normalizando las conductas de evitación, propias de la adolescencia o de su carácter y años después, en la edad adulta se encuentra con obstáculos recurrentes en la puesta en marcha del guión personal (Ortiz, et.al, 2024).

El modelo de Biggs, Samplio y McFaden (2011) explica que la forma en el que el adolescente resuelve sus vínculos puede llegar a un punto de exigencia que en el caso de un temperamento inhibido que se involucra las relaciones entre pares, puede alimentar el ciclo disfuncional de la persona -Caso contrario, esos elementos pueden actuar como factores protectores mediante la práctica de habilidades sociales y las interacciones amistosas-. Puede ocurrir que aquellas personas más limitadas en su mundo social lleguen incluso al fenómeno de bullying y la victimización. El acoso escolar o bullying es una forma de comportamiento agresivo, que se sostiene en el tiempo, por parte del grupo de pares para producir malestar o herir a otro individuo el cual se encuentra en condición de inferioridad, con dificultad para defenderse. Las investigaciones relacionando el bullying y el desarrollo de la ansiedad social determinan que pueden tener una serie de consecuencias negativas incluyendo el empobrecimiento de salud mental y física, una reducción de las capacidades de adaptación a roles adultos y la integración al trabajo impidiendo la posibilidad de su independencia. Esto influye también a tener una mayor predisposición a desarrollar el TAS. Se observó que en relación a los distintos trastornos de ansiedad, el TAS parece mostrar una mayor y directa relación con el acoso escolar (Fernández-Álvarez y Bogiaizian, 2022).

Boulton (2012) tras un estudio retrospectivo con 582 estudiantes universitarios, halló que las formas de victimización verbal hipotetiza que si un niño no puede atravesar su niñez y adolescencia con un sentido de pertenencia puede dañar gravemente su sentimiento de seguridad e identidad en los contextos sociales (Fernández-Álvarez y Bogiaizian, 2022).

Sin embargo, ser portador de una serie de vulnerabilidades no basta para el desarrollo y sostenimiento del trastorno. En principio, se requiere de que las variables, mediadas por los significados del individuo, oficien de desencadenantes de la respuesta disfuncional, así como

de una serie de mecanismos cognitivos, comportamentales y contextuales que posteriormente desempeñarán el papel de agentes de mantenimiento de la difusión, perpetuando el trastorno a lo largo del tiempo (Ortiz, et.al, 2024).

Los desencadenantes del trastorno no responden necesariamente a la conceptualización de eventos traumáticos claramente identificables. En algunos casos, haber atravesado episodios de vergüenza asociado a situaciones más extendidas en el tiempo, como el bullying, puede edificarse como claros detonantes de un trastorno de ansiedad social, pero en la mayoría de las ocasiones no son tan claros porque obedecen a la complejidad del escenario vital propio del desarrollo normal del individuo que le va a ir requiriendo recursos que hasta el momento no había tenido la necesidad de implementar. Una persona por más de haber sido callada o introvertida toda su vida, suele referir que en un momento se vio expuesta más de una vez a situaciones, nuevas o las cuales no registraba anteriormente de esa forma, y en consecuencia no pudo desenvolverse de manera adecuada recurriendo a conductas de evitación explícitas (no concurrir a reuniones sociales) o sutiles (asistir a la reunión pero no entablar conversaciones y estar pendiente a la pantalla del celular) que le generaron una sensación de falta de seguridad e incapacidad incrementando los síntomas ansiosos (Ortiz, et.al, 2024).

Otro aspecto importante, según la versión actualizada del modelo cognitivo-conductual del TAS de Heimberg y colaboradores (2010) es la forma en que en base a sus esquemas nucleares y funcionales, perciben o anticipan determinadas situaciones sociales respondiendo con miedo o ansiedad, en la medida en que asumen que los otros son críticos y que inevitablemente serán evaluados por ellos, además de que consideran de suma importancia causar una impresión favorable y positiva, evitando la desaprobación de los otros. El resultado es un conjunto de expectativas y objetivos que el individuo se siente incapaz de lograr, sumado a la predicción catastrófica de los sucesos; es decir, ocurre que se vuelven hipervigilantes en busca de señales que rectifiquen lo temido (desaprobación social o ejecución deficitaria) acudiendo a señales ambientales, representaciones mentales de la apariencia que creen que están dando, tomando en cuenta imágenes y autoimágenes sesgadas de circunstancias sociales pasadas, sumándose también síntomas cognitivos, conductuales y afectivos correspondientes a su ansiedad experimentada reforzando así la representación mental negativa de sí mismo. En estas circunstancias, por más de que la evaluación de la audiencia sea positiva van a sentir la presión de tener que sostener los estándares de rendimiento los cuales no se cree capaz de poder lograrlo. Luego del evento, se habla de un procesamiento Post-evento, implicaría una “rumiación de lo sucedido”, elemento originalmente propuesto por Clark y Wells (1995) para dar cuenta del mecanismo que tienen los objetos para revisar y recordar, de manera sesgada, la situación social acontecida, reforzando conductas de miedo y evitación de situaciones futuras (Ortiz, et.al, 2024).

Para finalizar, tal como mencionan Wong y colaboradores, en Weeks 2014, hay que tener en cuenta que la mayoría de los modelos que buscan explicar el desarrollo y mantenimiento del TAS brindan explicaciones intrapersonales del trastorno, describiendo los procesos disfuncionales que ocurren cuando las personas con ansiedad social interactúa con otros, sean cercanos o completos desconocidos, a pesar de que los individuos con TAS experimentan también disfunciones interpersonales, limitándolos a desarrollar interacciones significativas y profundas con aquellos más cercanos, teniendo menos amigos y siendo más proclives a deteriorar sus relaciones de amistad, además de tener escasas citas románticas y relaciones de pareja de menor calidad (Ortiz, et.al, 2024).

## **Capítulo 2: Explorar en qué medida la desregulación emocional favorece el desarrollo de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa**

Las emociones son el resultado de un complejo sistema de interacciones entre los estímulos internos y externos que son sintetizados en una determinada experiencia caracterizada como positiva o negativa de acuerdo a los objetivos y valores que el sujeto tenga en ese momento (Fernández-Álvarez y Bogiaizian, 2022).

Ailán (2022) afirma la importancia de orientar las investigaciones desde una perspectiva transdiagnóstica, es decir, un enfoque centrado en buscar e identificar aquellos principales procesos de desarrollo y mantenimiento comunes a muchos trastornos psicológicos, en este caso, nos centraremos en los problemas emocionales, en específico la desregulación emocional como factor desencadenante del trastorno alimentario (Trigo-López y Chicote, 2017), entre ello, la anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN) ya que al ser distintos trastornos difieren con el tipo particular de estrategia disfuncional para regular sus emociones (Trigo-López y Chicote, 2017).

En primer lugar, en 1998 James J. Gross describe a la regulación emocional como un constructo multidimensional que refiere a las habilidades de identificar las emociones y modular su experiencia y expresión; en 2020 Gross junto con Kateri Mac Rae, mencionan que no se limita únicamente a la regulación de emociones negativas, sino también de la regulación de emociones positivas. Para regular satisfactoriamente las propias emociones, primero es preciso ser consciente de las mismas, comprenderlas y aceptarlas y luego adoptar una estrategia acorde a la situación y los objetivos a cumplir (Ailán, 2022). La regulación emocional implica un proceso mediante el cual los individuos modulan sus propias emociones, mitigando, intensificando o manteniéndola, de forma consciente o inconsciente con el fin de dar una

respuesta adecuada al medio (Trigo-López y Chicote, 2017). Gross en 2013 postula que la regulación de las emociones es primordial tanto para nuestro bienestar físico como para nuestra salud mental (Trigo-López y Chicote, 2017).

Por otro lado, Gross en 2013 describe a la desregulación emocional también como un concepto multidimensional pero que puede implicar dos cosas: a) el fracaso en utilizar estrategias de regulación emocional adecuadas a una situación específica o b) el uso de estrategias de regulación emocional que no son apropiadas para la situación dada. La desregulación emocional implica dificultades en reconocer y comprender las emociones, aceptarlas y controlar comportamientos impulsivos en momentos de alta emotividad. Además, puede implicar tener acceso limitado a estrategias efectivas para regular las emociones. Esta desregulación se asocia con cambios de humor, impulsividad, comportamientos arriesgados, ira y autolesiones.(Ailán, 2022).

Una estrategia adaptativa implicaría, por ejemplo, la aceptación de las emociones, reevaluación y la resolución de problemas, mientras que las estrategias desadaptativas son, por ejemplo, la supresión emocional, evitación emocional o la rumiación. El uso de estrategias desadaptativas de regulación emocional es más perjudicial que la ausencia de una estrategia de regulación emocional adaptativa concreta (Trigo-López y Chicote, 2017; Ailán, 2022).

Las dificultades en la regulación emocional se constituye como una de las áreas fundamentales para el abordaje de los Trastornos alimentarios debido a que hay un número cada vez más grande de estudios indican que se relacionan (Ailán, 2022). Varios estudios evidencian que el funcionamiento emocional tiene una gran trascendencia debido a que a mayor desregulación emocional, hay un peor pronóstico (Trigo-López y Chicote, 2017; Peña-berenguer, 2022) y entorpece significativamente el tratamiento, pero si posee un mejor funcionamiento emocional, este actuará como un factor de protección (Peña-berenguer, 2022).

Tolosa y Jozami Nassif (2016) afirman que el 75% de las psicopatologías se caracteriza por la desregulación emocional. Las dificultades en el área emocional, se considera como uno de los factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno alimentario. "(...) existe una estrecha relación entre el ánimo y la forma de alimentarse en los TCA" (Peña-Berenguer, 2022, p.10). Dicha psicopatología suele ser entendida como una estrategia de regulación emocional desadaptativa, considerándose como un cierto control emocional el refocalizar la tensión en el peso, la figura y el consumo de alimentos (Tolosa y Ferraris-Mukdise, 2017).

Algunas investigaciones destacan que el comportamiento hacia la alimentación de cada trastorno alimentario es una forma de afrontar las emociones negativas (Peña-Berenguer,2022). El estado emocional de estas personas influye de forma directa en la ingesta de comida que realizan, en el caso de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa ambos tienen dificultades para enfrentar sus propias emociones y de expresarlas verbalmente. De esta

forma cuando se sienten disfóricos (irritadas, ansiosas o tristes), ocurre que utilizan estrategias desadaptativas utilizadas para evitar o suprimir sus emociones: en la anorexia nerviosa acuden a la restricción alimentaria, mientras que en la bulimia nerviosa suelen caer en un atracón-purga (Pascual, Etxebarria, Cruz y Echeburúa, 2011). Y comienzan a sostenerse en el tiempo por su función reguladora, pero el problema recae en las dificultades para identificar adecuadamente y atender a la emoción, como la estrategia llevada a cabo para lidiar con la misma (Trigo-López y Chicote, 2017), “por ejemplo, la restricción alimentaria podría facilitar la evitación emocional, mientras que los atracones y las purgas podrían ayudar a disminuir la experiencia de emociones negativas una vez iniciadas” (Ailán, 2022).

Los pacientes con Anorexia Nerviosa (AN) presentan dificultades de reconocimiento emocional, que se agravan con la progresión del cuadro. Se postula la dificultad para reconocer emociones en los otros y en cierto modo, ampliando la perspectiva, encuentran también dificultades para reconocer o ser conscientes de sus propias emociones, lo cual relacionan con el concepto de alexitimia (dificultad en identificar y describir las propias emociones). Sin embargo, se identificaron dos enfoques respecto del papel de la alexitimia en la anorexia nerviosa: por un lado aquellas investigaciones y autores que postulan que poseen un rol clave en la patología alimentaria, tales como los trabajos de Caglar-Nazal et al. en 2014 que constataron una elevada prevalencia de alexitimia en pacientes anoréxicos frente a los grupos de control sanos o mismo cualquier otro diagnóstico de TCA diferente. Por otro lado, donde autores niegan este tipo de dificultades, sólo en algunos casos específicos puede aparecer pero no como causa, sino como consecuencia del cuadro y en un momento o circunstancia determinada de este, por ejemplo, en el trabajo de Fox en 2009 estudió la alexitimia en pacientes con anorexia y obtuvo el resultado de que eran capaces de identificar y hablar de sus emociones aunque tenían expresarla por el miedo al qué dirán o el estudio de Power y Dalgleish en 2015 donde presentaban el concepto de alexitimia únicamente cuando se encontraban en un peso corporal por debajo del esperado (Trigo-López y Chicote, 2017). Por otro lado, hay investigaciones que analizaron el papel de la alexitimia en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria como un posible factor de riesgo, al igual que la ansiedad como rasgo estable (Pascual, et al., 2011)

En el artículo de Trigo-López y Chicote (2017) exponen que se han hallado dos líneas de investigación complementarias sobre sus estrategias de regulación emocional desadaptativas. Las conductas patológicas de comer resultan de una regulación emocional desadaptada (restricciones, excesiva actividad física, chequeo corporal, entre otros) ante emociones particularmente dolorosas para evitarlas o tratar de regularlas. Dichas emociones son consideradas como negativas debido al impacto que tienen sobre ellos como en los demás:

- a. Se encuentra la ira considerada como la más tóxica y avergonzante por ende buscan inhibirla ya que temen al rechazo de los demás, al no saber expresarla de un modo

adecuado acuden a conductas anoréxicas. Esta emoción puede predominar en todos pacientes con TCA pero se diferencia en el modo de manejo y expresión que tienen (Peña-Berenguer, 2022).

- b. Considerada también como tóxica y vergonzante pero en menor medida que la ira, se encuentra la tristeza. Manejan esta emoción con dietas y purgas ya que tienen la creencia de que pueden generar rechazo si lo exponen.
- c. La emoción de asco: relacionado con el temor a estar disgustados con sus cuerpos o con la comida. La utilizan para enmascarar otras emociones más dolorosas que buscan no sentir las tales como las dos anteriores o el temor. Los pacientes con anorexia nerviosa anulan esta emoción evitando las situaciones que impliquen comida o estén focalizadas en el cuerpo. El miedo a volverse gordo en pacientes anoréxicos puede entenderse como asco. Los individuos con anorexia nerviosa evitan activamente situaciones que involucren comida o que se centren en su cuerpo para evitar experimentar emociones relacionadas. El temor a ganar peso puede ser interpretado como un sentimiento de asco.

En segundo lugar están los estudios que relacionan la anorexia nerviosa también con la regulación de emociones positivas. Autores como Overton, Selway, Strongman y Houston en 2008, explican cómo los trastornos alimentarios inician como un medio para ganar aceptación y evitar las emociones dolorosas y el rechazo, lo que da lugar a cierto orgullo, el cual lo relacionan con la alegría como emoción positiva.

Los pacientes con anorexia nerviosa buscan evitar no solo emociones negativas sino también emociones positivas. Frente a esto, es posible especular que el deseo de evitar las emociones positivas sea un factor importante en el desarrollo de su TCA. En este caso las conductas restrictivas de ingesta o el exceso de ejercicio actúan como un evitador primario de la emoción o mismo para suprimirla o bloquearla. Tal como Pascual, et al. (2011) afirman que tener una percepción negativa de las emociones (como si fueran algo negativo o peligroso), un estado de ánimo excesivamente influido por la alimentación, el peso y la figura corporal y una excesiva necesidad de tener todo bajo control y utilizar con frecuencia determinadas estrategias para regular las emociones (como la rumiación y la ilusión) podrían constituir factores de riesgo de los TCA.

En el caso de la bulimia nerviosa las emociones negativas son reguladas desadaptativamente con atracones y vómitos que podrían ayudar disminuir su intensidad (Ailán, 2022). La bulimia nerviosa junto con la anorexia purgativa se caracterizan en tener mayores niveles de impulsividad, constructo multidimensional donde la persona planifica y acciona sin apenas premeditación; puede propiciar conductas disfuncionales y poseen un perfil emocional más negativo (Peña-Berenguer, 2022).

Históricamente, se creía que los pacientes con anorexia nerviosa tenían más dificultades emocionales que aquellos con bulimia nerviosa, mostrando niveles más altos de alexitimia, pero estudios recientes han revelado diferencias en estos aspectos. Por ejemplo, se ha encontrado que los pacientes con anorexia nerviosa de tipo purgativo y bulimia nerviosa tienen más problemas en la conciencia emocional que aquellos con anorexia nerviosa restrictiva, mientras que no hubo diferencias entre los subtipos purgativos. Otros estudios, sin embargo, no han encontrado discrepancias entre los subtipos. En cuanto a la aceptación emocional, se pensaba que los pacientes con anorexia nerviosa tenían más dificultades, pero ahora se cree que estas pueden ser comunes a todos los TCA. Además, los pacientes con bulimia nerviosa tienden a tener más problemas de control de impulsos que los pacientes con anorexia nerviosa, y hay discusión sobre si las dificultades en la regulación emocional son específicas de ciertos subtipos o si son transdiagnósticas. A pesar de algunas similitudes, se argumenta que los pacientes con AN y BN tienen patrones opuestos de alimentación emocional, es decir, comer en respuesta a emociones negativas. Mientras que los pacientes con BN tienden a comer más en presencia de emociones negativas y menos en presencia de emociones positivas, los pacientes con AN tienden a comer menos en general, independientemente de la valencia emocional (Ailán, 2022).

En conclusión, problemas de la regulación emocional se pueden considerar como un posible marcador psicopatológico que en función de la vulnerabilidad individual del sujeto (ambiental y genética) puede desarrollar un trastorno alimentario (Trigo-López y Chicote, 2017) por ende hay que tener en cuenta las variables emocionales en los programas de prevención de dicha psicopatología (Pascual, et al., 2011).

### **Capítulo 3: Identificar cuáles son las medidas preventivas con respecto al perfeccionismo para evitar el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria**

La salud implica un balance dinámico entre distintos componentes que van interactuando (biológicos, psicológicos, sociales, físicos y referidos al medio ambiente). Todas las acciones preventivas o de fomentación de la salud implican facilitar o reforzar factores de protección y aminorar o contrarrestar factores de riesgo para que no ocurra un desequilibrio entre los componentes y la persona posea una buena calidad de vida. Tradicionalmente se ha conceptualizado la prevención de un trastorno en tres niveles: La prevención primaria, dirigida a personas saludables con el objetivo de reducir o eliminar factores de riesgo que conducen a algún trastorno. La prevención secundaria, dirigida a personas afectadas, consiste en la identificación temprana de la enfermedad y la instauración de un tratamiento efectivo para

mejorar el pronóstico de la enfermedad. Y, por último, la prevención terciaria implica el establecimiento de medidas eficaces para prevenir las complicaciones y la cronicidad. Hay distintas estrategias y modalidades de prevención que pueden agruparse en aquellos que proveen información relacionada a la enfermedad, trastorno o problema que desea prevenir o modelos que, sin proveer información al respecto, buscan el aumento de la conciencia de conductas saludables o no en relación al objetivo específico y, por último, modelos que apuntan a producir un impacto en los factores sociales que influyen en el desarrollo y mantenimiento de la problemática que se quiere evitar (Kirszman y Salgueiro, 2002).

Los trastornos alimentarios son diagnosticados generalmente cuando la patología se encuentra en un estado avanzado. Siendo uno de los trastornos con mayor tasa de mortalidad, es indispensable desarrollar estrategias de prevención y detección temprana (Losada y Rodríguez Eraña, 2019).

Si un paciente que padece de ansiedad social y manifiesta conductas perfeccionistas es importante abordar tanto el perfeccionismo como la ansiedad social de manera integral. El perfeccionismo en el trastorno de ansiedad social se constituye como una barrera en la evolución favorable de su tratamiento (Fernández-Álvarez y Bogiaizian, 2022).

La ansiedad social tiende a preceder al desarrollo de la patología alimentaria lo que llevó a distintos investigadores a sugerir que el trastorno de ansiedad social puede considerarse un factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la alimentación. Sin embargo, su relación no es unidireccional. Entre las variables transdiagnósticas que mencionan distintos investigadores se encuentra el perfeccionismo, el miedo a la evaluación negativa y la ansiedad por la apariencia. El miedo a la evaluación negativa explica una porción significativa de la patología alimentaria, por ejemplo, una chica de 17 años acude diariamente a sus redes sociales y videos en busca de consejos sobre cómo bajar de peso rápido para evitar cualquier posible evaluación negativa de sus compañeros en su viaje de egresados a una playa de Brasil. Tras un estudio longitudinal de influencia recíproca entre la ansiedad social y la autocrítica perfeccionista se descubrió que la autocrítica perfeccionista es una consecuencia de la ansiedad social y no su antecedente y que puede generar cambios sobre dicho perfeccionismo (Fernández-Álvarez y Bogiaizian, 2022).

Si bien existen varios modelos clínicos para conceptualizar el perfeccionismo su definición más aceptada es que se caracteriza por ser un rasgo de personalidad donde se podría decir que una persona perfeccionista es alguien que posee altos estándares de exigencia, es meticulosa y detallista, se encuentra siempre buscando cumplir con un ideal y por ende tiene una poca tolerancia al error (Fernández-Álvarez y Bogiaizian, 2022; Arana, 2023). Al decir que es un rasgo de personalidad, tal como se ha descrito en el capítulo 1, no es que una persona lo posee o no lo posee, es decir, es perfeccionista o no lo es, sino que es un fenómeno

dimensional donde va a ser más o menos perfeccionista y esto va a afectar en su calidad de vida. Se puede decir que hay diferentes tipos de ser perfeccionista, uno adaptativo y otro desadaptativo, el perfeccionismo saludable es donde se sostienen metas elevadas pero se van regulando y flexibilizando en base a la autocrítica y autoexigencia del sujeto, caso contrario, el perfeccionismo desadaptativo o elevado se caracteriza por ser un fenómeno transdiagnóstico que se encuentra presente tanto en el trastorno de ansiedad social como en el trastorno de la conducta alimentaria (Fernández-Álvarez y Bogiaizian, 2022) vinculado con la desregulación emocional y la tendencia a experimentar emociones negativas, tales como la frustración de no lograr sus objetivos de belleza que persiguen, que terminan perjudicando su autoestima (Peña-Berenguer, 2022; ITEM, 2019). Las metas que buscan alcanzar son poco realistas, se imponen estándares muy elevados en relación a su apariencia física y comportamientos alimentarios, que puede contribuir a patrones restrictivos, como dietas, ejercicio físico excesivo o compulsivos como el descontrol de la ingesta y vómitos que desencadenan en un malestar psicológico.

Para una prevención primaria y secundaria se encuentra la educación sobre los riesgos del perfeccionismo extremo que implica enseñar a las personas a reconocer los signos y síntomas del perfeccionismo maladaptativo, como la búsqueda implacable de la perfección, el miedo al fracaso y la autoexigencia excesiva. Proporcionar información sobre cómo el perfeccionismo puede interferir en la calidad de vida y las relaciones interpersonales puede ayudar a motivar el cambio hacia actitudes y comportamientos más flexibles y saludables. Las familias y los profesionales de la educación deberían fomentar la autoaceptación, ayudarlos a comprender que pueden ser aceptados por lo que son y que no es todo o nada, es decir, que si no logra alcanzar la perfección no implica un fracaso (Costa y Serrano-Troncoso, 2022).

Dentro de la prevención terciaria, cuando la persona ya tiene un trastorno de la conducta alimentaria, estudios científicos avalan la eficacia de los tratamientos especializados en ayudar a disminuir sus niveles de perfeccionismo que le impiden continuar con una calidad de vida aceptable. El perfeccionismo se relaciona con un mayor riesgo de recaídas por ende trabajar sobre este en distintas áreas de la vida del paciente es importante para conseguir un mejor pronóstico a largo plazo del paciente (ITEM, 2019).

## **Conclusión:**

El presente trabajo busca concientizar sobre la importancia de seguir investigando el trastorno de ansiedad social en su relación con los trastornos alimentarios debido a que hay más de un proceso psicológico básico afectado que subyace a ambos trastornos.

Hoy en día a la comorbilidad se le está otorgando mayor importancia porque resulta crucial para comprender la naturaleza y tratamiento de las enfermedades psíquicas. La comorbilidad entre trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y depresión ha sido más ampliamente estudiada en comparación con la comorbilidad entre TCA y ansiedad social. Esto se debe en parte a que la depresión es una de las condiciones psicológicas más comunes que se encuentran junto con los TCA. Por otro lado, aunque la ansiedad social se ha reconocido cada vez más como un factor de riesgo para el desarrollo de los TCA, la investigación sobre esta comorbilidad es relativamente menos extensa en comparación.

La comprensión de los trastornos de ansiedad social requiere un análisis profundo de los aspectos psicológicos de la personalidad, que van desde el temperamento y los esquemas tempranos hasta la influencia de factores intrínsecos y extrínsecos en el desarrollo del trastorno. Factores como la inhibición comportamental, la interacción con pares y experiencias de acoso escolar pueden contribuir al inicio y mantenimiento de la ansiedad social. Además, la forma en que los individuos perciben y anticipan las situaciones sociales, junto con sus expectativas y objetivos, juega un papel crucial en la exacerbación de los síntomas. Aunque muchos modelos se centran en explicaciones intrapersonales, es fundamental reconocer el impacto que la ansiedad social tiene en las relaciones interpersonales, lo que puede resultar en dificultades para establecer y mantener conexiones significativas.

El trastorno de ansiedad social es un factor de riesgo del trastorno de la conducta alimentaria, en específico la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, porque cumple un rol vinculado a la importancia de la apariencia física, sin embargo, no implica que un paciente con trastorno de ansiedad social vaya a desencadenar un trastorno alimentario, sino que hay que tener en cuenta muchos otros aspectos, entre ellos las características de personalidad, los antecedentes familiares, el nivel de perfeccionismo que tiene y cómo regula las emociones.

Tomando en cuenta que dentro de los distintos tipos de trastornos de ansiedad el TAS parece mostrar una mayor relación con el acoso escolar ¿En qué medida el bullying aumenta la posibilidad de desarrollar un trastorno de ansiedad social que influya en el desarrollo de un trastorno alimentario? ¿Cómo podría evitarse?

Finalmente resultaría interesante saber cuál es el papel de los factores predisponentes familiares y culturales para influir en el desarrollo de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa para lograr un abordaje que tenga en cuenta las distintas áreas de la vida del sujeto adolescente. Debido a que todo conocimiento que colabore en entender lo que contribuye a la gestación de los trastornos alimentarios siendo tan alta su prevalencia y desde edades tan tempranas va a ser de ayuda para enfrentar dicha patología.

## Referencias bibliográficas

- Ailán, Delfina (2022) Síntesis y nuevos aportes al estudio de la conducta alimentaria. Enciclopedia Argentina de Salud Mental. 8va Edición. Disponible en la WEB: <http://enciclopediasaludmental.org.ar/trabajo.php?id=168&idtt=254>
- American Psychological Association [APA]. (2014). *Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos*. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [DSM-5]. Editorial Médica Panamericana.
- American Psychological Association [APA]. (2014). *Trastorno de ansiedad*. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [DSM-5]. Editorial Médica Panamericana.
- Arana, Fernán G. (2023). Perfeccionismo. Enciclopedia de salud mental. 10ma Edición. Disponible en la WEB: <http://enciclopediasaludmental.org.ar/trabajo.php?id=180&idtt=264>
- Attia, E., & Walsh, B. T. (2022). Anorexia nerviosa. *Manual MSD Versión Para Profesionales*. Disponible en la WEB: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiquiátricos/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/anorexia-nerviosa>
- Associació Contra L'Anorèxia i La Bulímia. (2023). Factores de riesgo y síntomas. Disponible en la WEB: <https://www.acab.org/es/los-trastornos-de-conducta-alimentaria/que-son-los-tca/factores-de-riesgo-y-sintomas/>
- Ayuzo-del Valle, N.C. y Covarrubias-Esquer, J.D. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista mexicana de pediatría vol. 86 no. 2* Ciudad de México. Disponible en la WEB: <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmp/v86n2/0035-0052-rmp-86-03-80.pdf>
- Belloch, Amparo y Fernández-Álvarez, Héctor (2010). *Tratado de Trastornos de la Personalidad*. España. Editorial síntesis.
- Canals, J. y Arija Val, V. (2022). *Nutrición Hospitalaria*. Arán Ediciones. Disponible en la WEB: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.04174>
- Espinosa-Fernández, L., Muela, J. A., García-López, L. J., & Espinosa, L. (2016). Avances en el campo de estudio del Trastorno de Ansiedad Social en adolescentes. El papel de la

- Emoción Expresada. Disponible en la WEB:  
<https://www.redalyc.org/pdf/4771/477152554011.pdf>
- Colegio Indoamericano (2021). Factores de riesgo durante la adolescencia y cómo evitarlos. Indo. *Colegio Indoamericano*. Disponible en la WEB:  
<https://blog.indo.edu.mx/factores-de-riesgo-durante-la-adolescencia#:~:text=La%20adolescencia%20es%20una%20etapa,alimenticios%3B%20y%20depresi%C3%B3n%20y%20suicidio.>
- Fernandez-Álvarez, H.F. & Bogiaizian, D. (2022) *Ansiedad social. Conceptualización y tratamiento del miedo a los otros*. Buenos Aires: Grupo editorial LUMEN
- Fernando, F., Jimenez, S., Badía, A., Jaurrieta N., Solano, R., & Vallejo J. (2003). Ansiedad y fobia social en anorexia nerviosa: un estudio de casos y controles. *Behavioral Psycho*. Disponible en la WEB:  
[https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/06.Fernandez\\_11-3oa-1.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/06.Fernandez_11-3oa-1.pdf)
- Fleni (2023). Anorexia nerviosa. Patologías y tratamiento. Disponible en la WEB:  
<https://www.fleni.org.ar/patologias-tratamientos/anorexia-nerviosa/>
- Gaete, V., y López, C. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Revista chilena de pediatría*.  
<https://doi.org/10.32641/rchped.vi91i5.1534>
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. Disponible en la WEB:  
[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062015000600010](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000600010)
- Gómez-Ortiz, O., Casas, C., y Ortega-Ruiz, y R. (2016). Ansiedad social en la adolescencia: factores psicoevolutivos y de contexto familiar.  
<http://olgagomezortiz.es/wp-content/documentos/2.pdf>
- Hernández, A. M. F. (2015). Historia de la anorexia nerviosa. Dialnet. En Moleqla: *Revista de Ciencias de la Universidad Pablo de Olavide*. Disponible en la WEB:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5297782>
- Kirszman, D. & Salgueiro, M. del C. (2002). *El enemigo en el espejo. De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Buenos Aires: TEA Ediciones, S. A.
- Lopez, C, y Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85–97.  
[https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(11\)70396-0](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(11)70396-0)

- Losada, Analía Verónica y Rodríguez Eraña, Soledad (2019) Trastornos de la conducta alimentaria y prevención primaria. Tesis de grado. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/8881/1/trastornos-conducta-alimentaria-prevencion.pdf> (fecha de acceso: 20 de Abril de 2024)
- Martín, O. (2000). Aproximación a la psicopatología de los trastornos de la conducta alimentaria. *Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000; Conferencia 34-CI-F: [51 pantallas]*. Psiquiatría.com. Disponible en la WEB: <https://psiquiatria.com/trabajos/542.pdf>
- McNeil, D. W., & Randall, C. L. (2014). Conceptualizing and describing social anxiety and its disorders. In S. G. Hofmann & P. M. DiBartolo (Eds.), *Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives* (pp. 3–26). [Ansiedad social: perspectiva clínica, de desarrollo y sociales]. Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-394427-6.00001-7>
- Ministerio de educación Nacional. (2017). población vulnerable. Disponible en la WEB: <https://www.mineduacion.gov.co/portal/secciones/Glosario/82770:POBLACION-VULNERABLE>
- Molina, T. J. S., Pérez, Z. I. A., & Hernández, A. K. S. (2017). Programas de Prevención Universal de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Educación Y Salud Boletín Científico Instituto De Ciencias De La Salud Universidad Autónoma Del Estado De Hidalgo*. <https://doi.org/10.29057/icsa.v5i10.2549>
- O.M.S (2021). Salud mental del adolescente. Disponible en la WEB: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Pascual, Aitziber; Etxebarria, Itziar; Cruz, María Soledad y Echeburúa, Enrique (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol. 11, No. 2, pp.229-247. Disponible en la WEB: [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-378.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-378.pdf)
- Peña Berenguer (2022) Factores de Riesgo Personales en los Trastornos de Conducta Alimentaria en Adolescentes. Trabajo final de máster. Disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/66305> (fecha de acceso: 5 de Abril de 2024)
- Rodríguez, J. A. P. (2005). Análisis de la eficacia de la Intervención en Adolescentes con Fobia Social en función de una nueva propuesta de subdivisión y operacionalización del

subtipo generalizado. Disponible en la WEB:

<https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/2313/1/PiquerasRodriguez.pdf>

Safir, Rafael (2014) La fobia social, un acercamiento psicológico desde el enfoque cognitivo - conductual. Tesis de grado. Montevideo: UR. FP. Disponible en:

<https://hdl.handle.net/20.500.12008/5369> (fecha de acceso: 5 de Abril de 2024)

Santisteban, M. C. (2021). TCA, la otra pandemia. *SOM Salud Mental 360*. Disponible en la WEB: <https://tca.som360.org/es/articulo/tca-otra-pandemia>

Suárez Díez, A. (2023). Anorexia nerviosa. Síntomas, diagnóstico y tratamiento. *Clínica Universidad de Navarra*. Disponible en la WEB:

<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/anorexia-nerviosa#:~:text=S%C3%ADntomas%20psicopatol%C3%B3gicos%20como%20estados%20de,acompa%C3%B1a%20de%20una%20baja%20autoestima.>

Tolosa y Ferraris Mukdise (2017). *Guía práctica de los trastornos de la conducta alimentaria para acompañantes terapéuticos*. Argentina: Librería Akadia editorial.

Trigo-López, Elena y Chicote, María Contreras (2011). El rol de las emociones en la anorexia nerviosa. Congreso virtual internacional de psicología. Disponible en la WEB:

<https://psiquiatria.com/trabajos/3CONF1PSICO2017.pdf>

UNICEF (2020). ¿Qué es la adolescencia? Disponible en la WEB:

<https://www.unicef.org/uruguay/crianza/adolescencia/que-es-la-adolescencia>