

Relación entre el Trastorno Obsesivo Compulsivo y los Trastornos de la Conducta Alimentaria:
Una revisión Teórica.

Valeria Prieto Perdomo

Asesorado por

Juan Camilo Restrepo Castro

Facultad de Psicología

Universidad de la Sabana

Chía, Colombia

RELACIÓN ENTRE EL TOC Y TCA

Resumen

Esta revisión tuvo como objetivo identificar la relación entre los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), en diferentes categorías como los rasgos de la personalidad, las conductas compensatorias, los patrones cognitivo- conductuales y factores genéticos. En los resultados se evidenciaron características como las compulsiones, chequeo, evitación, rituales, perfeccionismo, impulsividad, pensamientos intrusivos, Fusión Pensamiento- Acción, Sobreestimación del riesgo, Factores Genéticos, los cuales fueron descritos y vinculados tanto con los TCA como con el TOC.

Palabras Clave: Trastornos de la Conducta Alimentaria, Trastorno Obsesivo Compulsivo

Abstract

This revision aimed to search research articles that study the relationship between eating disorders (ED) and obsessive-compulsive disorders (OCD), in different categories such as personality traits, compensatory behaviors, cognitive and behavioral patterns, genetic features and the existing comorbidity between these two pathologies. The results were categorized as dimensions such as compulsion, checking, avoidance, Rituals, Perfectionism, Impulsivity, intrusive thoughts, cognitive rigidity, Thought Action Fusion, Threat Overestimation, Genetic Factors. They were described and linked within OCD and ED.

Keywords: Eating Disorders, Obsessive Compulsive Disorder, Eating Disorders and Obsessive Compulsive Disorder

Relación entre el Trastorno Obsesivo Compulsivo y los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una revisión Teórica.

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) ha sido identificado como uno de los trastornos con mayor comorbilidad con los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) (Lee, Barney, Twohig, Lensegrav-Benson & Quakenbush, 2020). Estos dos, comparten características cognitivas como los pensamientos repetitivos y preocupaciones acerca de ciertos estímulos que producen malestar. Altman y Shankman (2009) afirman que en los casos de TCA se presentan preocupaciones acerca de la imagen corporal, el peso y la comida, mientras que, en los casos de TOC, existen preocupaciones obsesivas sobre aspectos como la contaminación, simetría, chequeo, entre otros.

Diferentes investigaciones han encontrado la presencia de altos niveles de síntomas obsesivo compulsivos en adolescentes o adultos quienes sufren de TCA. Bernert et al (2013), encontró que aproximadamente el 40% de las personas que presentan bulimia y del 10 al 60% de aquellas con un diagnóstico de Anorexia Nerviosa (AN) han desarrollado un TOC (Bernert et al, 2013).

Por otra parte, Simpson et al., (2013) realizaron un estudio dirigido al tratamiento del TOC complicado por la comorbilidad con trastornos de la conducta alimentaria. Los investigadores aplicaron un programa de intervención dirigido a la reducción de los miedos y rituales presentados en el TOC y estos mismos en relación al ámbito alimenticio y la imagen corporal pertenecientes a Trastornos de la Conducta Alimentaria como la B.N y A.N. De acuerdo con los resultados, existe una fuerte relación entre estos dos trastornos ya que al tratar los dos al mismo tiempo se dio una disminución significativa de la sintomatología. Así mismo, en la investigación realizada por Olatunji, Tart, Shewmaker, Wall y Smits (2010) se encontró que a

RELACIÓN ENTRE EL TOC Y TCA

partir de un tratamiento hospitalario enfocado en los TCA se redujeron síntomas tanto del TOC como de TCA.

Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son alteraciones de la ingesta alimenticia los cuales conllevan a un deterioro en el funcionamiento de los individuos (American Psychiatric Association, 2013). Aquellos comportamientos se encuentran asociados con una extrema preocupación sobre el peso, la imagen corporal propia y el régimen alimenticio (American Psychiatric Association, 2013). Esto se evidencia en diferentes áreas de la vida de la persona como lo son sus relaciones interpersonales, calidad de vida y estado emocional, entre otros.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos mentales en su Quinta Edición (DSM 5) incluye en el grupo de trastornos de la conducta alimentaria, la Anorexia Nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracones (TA) (American Psychiatric Association, 2013). Estos tres han sido determinados como aquellos con mayor prevalencia en la población mundial (Fitzsimmon-Craft, Karam y Wilfley, 2010). Sin embargo, actualmente el trastorno por atracones se ha convertido en el más común en la población, siendo más prevalente que la combinación de la AN y BN, afectando así a un 3.5% de las mujeres y 2% de los hombres a lo largo de sus vidas (Schaefer et al, 2020).

Las personas con Anorexia nerviosa presentan un peso sumamente bajo, un índice de masa corporal menor a 17% y el desconocimiento de esto como una problemática (American Psychiatric Association, 2013). Este trastorno, al igual que la bulimia se encuentra caracterizado por una sobre valoración corporal propia y del peso, existiendo en la persona un fuerte deseo por verse sumamente delgada y un miedo intenso de subir de peso y engordar. Frente a este trastorno se especifican dos subtipos, el restrictivo y el purgativo. Por un lado, en el restrictivo los

RELACIÓN ENTRE EL TOC Y TCA

individuos limitan un porcentaje sumamente alto de la ingesta calórica, mientras que en el tipo purgativo realizan conductas compensatorias al presentarse atracones, que, a pesar de ser en pequeñas cantidades generan un alto nivel de malestar y culpa en la persona (Barlow, 2008).

Así mismo en, la Bulimia Nerviosa (BN), las características principales son la sobrevaloración de la forma y el peso en donde existe un alto nivel de temor a subir de peso, episodios recurrentes de atracones en donde se da la ingesta de grandes cantidades de alimentos en un lapso corto de tiempo, seguido por conductas compensatorias el uso de laxantes, inducción de vómito, exceso de ejercicio, entre otras (Barlow y Durand, 2015).

Por último, el Trastorno por atracones (TA), está determinado por una ingesta excesiva de alimentos superior a la que la mayoría de las personas realizarían en un periodo de dos horas, de la cual se siente avergonzada. A diferencia de la BN en el TA la persona no realiza ninguna conducta compensatoria (American Psychiatric Association, 2013).

Trastorno Obsesivo Compulsivo

El Trastorno obsesivo Compulsivo (TOC) es una condición crónica y potencialmente incapacitante, la cual tiene un impacto significativo en aspectos sociales y personales del individuo. Su rango de prevalencia es del 1 al 3% de la población general (Bhattacharya, Tarafder & Mukhopadhyay, 2018). Por medio de estudios genéticos se ha encontrado que existe un alto porcentaje de heredabilidad oscilando entre un 26 a 61% de los casos de quienes presentan este trastorno (Bloch & Pittenger, 2010). Este trastorno se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones.

Las obsesiones son pensamientos recurrentes, no deseados, intrusivos, persistentes e inaceptables para la persona, que también pueden ser imágenes o impulsos (American Psychiatric Association, 2013). Estos pensamientos se presentan de manera involuntaria generando un alto nivel de malestar en el individuo (American Psychiatric Association, 2013). Estudios han

RELACIÓN ENTRE EL TOC Y TCA

demostrado que las personas con TOC al presentar un pensamiento intrusivo lo magnifican de igual manera a como si realizaran dicha conducta, (ej. El imaginar un asalto asemeja la gravedad de realizar dicha conducta) por lo que tienen la creencia de que esos pensamientos deben mantenerse controlados con el fin de prevenir que el pensamiento ocurra (Bhattacharya, Tarafder y Mukhopadhyay, 2018).

Por su parte, las compulsiones implican conductas repetitivas o actos mentales que la persona realiza con el fin de aliviar el malestar ocasionado por una obsesión o debido a ciertas reglas establecidas (American Psychiatric Association, 2013). Así mismo se realizan para prevenir que ocurran dichos pensamientos y evitar las consecuencias negativas ocasionadas por estos. Las compulsiones más comunes son realizadas de forma ritualista como lo es lavar, revisar, acumular objetos, rezar, contar y formar imágenes mentales (Bhattacharya, Tarafder y Mukhopadhyay, 2018).

El TOC y los TCA comparten características o patrones cognitivos, comportamentales y rasgos de la personalidad, entre los que se resaltan pensamientos y preocupaciones repetitivas acerca de un aspecto en específico (como lo es el miedo a subir de peso, contaminación, entre otros) (Altman y Shankman, 2009). A su vez, comparten patrones conductuales, en donde en los TCA se observan conductas compensatorias como lo es la inducción del vómito, exceso de actividad física o restricción alimentaria; mientras que en el TOC se presentan conductas compulsivas tales como el lavado excesivo de manos, chequeo, limpieza, entre otros (Altman y Shankman, 2009).

Es por esto que, ante la presencia de dichas características en ambos trastornos subyace el objetivo general del presente estudio con el fin de realizar una revisión teórica sobre la relación entre los TCA y el TOC y los procesos comunes entre sí.

Método

Revisión Literaria

Procedimiento

La presente revisión se realizó a partir de la búsqueda en diferentes bases de datos online como lo son Ebscohost, Science Direct, Scopus, APA Psycarticles, Oxford University Press, Taylor and Francis y Sage. En estas se utilizaron los siguientes términos de búsqueda: (“Anorexia Nerviosa”, “ED and OCD comorbidity”, “Obsessive Compulsive Disorder”, “Eating Disorders”, “Thought Action Fusion”, “Thought Shape Fusion”. Thought action Fusion in OCD and ED”, “OCD”, “ED”, “Impulsivity”, “Body Checking”, “Obsessive Checking”, “Checking in OCD and ED”, “Eating Disorders Genetic”. Obsessive Compulsive Disorder genetic”, “ED and OCD genetic relationship”, “Cognitive Rigidity in ED and OCD”, “Cognitive inflexibility in ED and OCD”, “Perfectionism in OCD and ED”, “Ritualistic Behaviors”, “Rituals”, Rituals in OCD and ED”. “Exercise in ED and OCD relationship” y “Compulsions”. Con el fin de indagar sobre investigaciones recientes, los artículos revisados en estas bases de datos se realizaron a partir de los años 2005 al 2020 (Ver figura 1).

Criterios de Inclusión y Exclusión

Se incluyeron artículos científicos en los cuales se cumpliera con los siguientes criterios: (1) hayan sido publicados en una revista científica; (2) su publicación haya sido en inglés, (3) Los participantes de los estudios hayan sido diagnosticados actual o previamente con TOC o TCA de acuerdo con el DSM-II, -IV, o -5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos mentales), (4) Presentaran rasgos relacionados tanto con el TOC, TCA o de manera independiente de cada trastorno. Se excluyeron aquellos artículos en los cuales se reportará algún episodio psicótico reciente. En su totalidad, se incluyeron 48 artículos, de los cuales 43 hacen parte de investigaciones experimentales y 5 hacen parte de artículos de revisión teórica.

RELACIÓN ENTRE EL TOC Y TCA

Diseño

El presente trabajo consiste en realizar una revisión teórica, en donde a partir de las características identificadas en los diferentes artículos se realizó una categorización para la fundamentación del trabajo (Montero y León, 2007). Se realizaron tablas presentando los años de publicación de los artículos revisados, la cantidad de artículos por dimensión y subdimensiones y la frecuencia de las palabras clave en la totalidad de los artículos. Estos criterios fueron realizados a partir de los componentes que conforman los procesos básicos del comportamiento humano.

Resultados

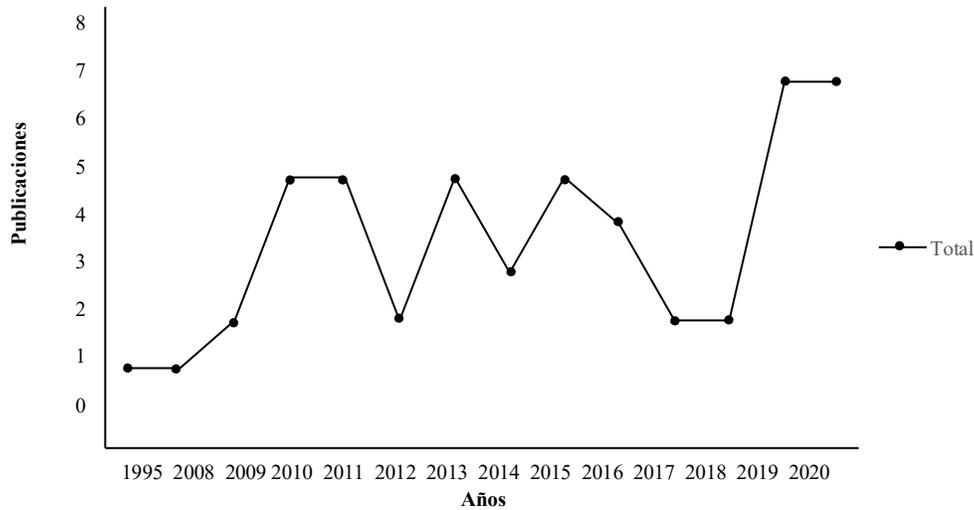


Figura 1. Años de publicación de los artículos revisados.

En la Figura 1 se muestra que la búsqueda de los artículos se realizó entre los años 2005 y 2020. A pesar de esto, se incluyó un artículo del año 1995 ya que los hallazgos brindados por este ante la relación del TOC y los TCA fueron de suma importancia. Cabe destacar que en su mayoría los artículos son de años más recientes, principalmente entre el 2018 y el 2020.

Tabla 1

RELACIÓN ENTRE EL TOC Y TCA

Cantidad de artículos por dimensiones y subdimensiones.

Dimensión	Subdimensión	Subtotal	Total
Factores biológicos	Genética	8	8
	Rigidez Cognitiva	7	
Patrones de Pensamiento	Fusión de Pensamiento- Acción	5	
	Cogniciones intrusivas no deseadas	1	15
	Fusión Pensamiento-Acción	1	
	Sobreestimación de la Amenaza	1	
Conductas Compensatorias	Rituales	6	
	Chequeo	5	13
	Evitación	2	
Rasgos de la Personalidad	Impulsividad	4	7
	Perfeccionismo	3	

Nota: En la tabla se describe la cantidad de artículos divididos en las dimensiones y subdimensiones que los componen.

En la Tabla 1 se evidencia que los patrones de pensamiento y las conductas compensatorias son el foco de análisis referente a la relación y los procesos comunes entre estos dos trastornos, mientras que en los rasgos de la personalidad no se encontró una amplia cantidad de artículos.

Tabla 2

RELACIÓN ENTRE EL TOC Y TCA

Palabras Clave en la búsqueda literaria.

Palabras clave	# de artículos por palabra clave
Trastorno Obsesivo Compulsivo	22
Anorexia Nerviosa	13
Trastorno de la Conducta Alimentaria	13
Comorbilidad	5
Chequeo Corporal	4
Ansiedad	3
Bulimia Nerviosa	3
Flexibilidad Cognitiva	3
Fusión de Pensamiento- Acción	3

Nota: En la tabla se describen las palabras clave frente a la búsqueda de literatura.

En la tabla 2 se muestra que las palabras clave con mayor frecuencia se encuentran relacionadas con estas dos patologías, sin embargo Bulimia Nerviosa, a pesar de tener una fuerte relación con el TOC no evidencia mayor frecuencia en esta búsqueda. Se identifica que las palabras con menor frecuencia son comorbilidad, chequeo corporal, ansiedad, bulimia nerviosa, flexibilidad cognitiva y fusión de pensamiento- acción.

Categorizaciones

Se realizó una categorización de diferentes dimensiones en función de los síntomas y la relación que estas categorías presentan en la relación del TOC y los TCA. A continuación, se presentan las descripciones de las categorías encontradas.

1. Conductas Compensatorias

1.1 Conductas compensatorias y compulsiones

En los trastornos de la conducta alimentaria, principalmente en la B.N se han identificado conductas compensatorias como lo es el ejercicio, en donde se destacan comportamientos de rigidez, compulsión y preocupaciones acerca del peso y la forma corporal (Naylor, Mountford y Brown, 2011). Frente a esto se ha encontrado una importante relación entre los TCA, el TOC y el ejercicio como conducta compensatoria, en donde los síntomas y las creencias obsesivas se encuentran asociadas con la realización de ejercicio en exceso. Las conductas compensatorias tales como el ejercicio en exceso se realizan con el fin de evitar un efecto negativo ocasionado por los pensamientos recurrentes causados por los TCA y frente a la obtención del control del peso. Esto se encuentra motivado principalmente por una inminente búsqueda de la recompensa ante la obtención de control que presentan estos individuos a nivel cognitivo y con el fin de reducir el malestar asociado con esto (Scharmer, Gorrell, Schaumburg & Anderson, 2020).

Kiselica, Hangartner y Lewin (2015) encontraron una fuerte relación frente a las cogniciones obsesivas y las conductas compensatorias realizadas por el participante diagnosticado con TOC y A.N quien con el fin de alcanzar un objetivo específico en cuanto a una fuerte reducción de su peso conllevaba conductas de ejercicio compulsivo que en su mayoría eran acompañadas por conductas ritualistas.

Esto ocurre de igual manera en el TOC, en donde las compulsiones se dan a raíz de un pensamiento obsesivo, como lo es la creencia de contaminación. Posterior a esto realizan conductas como el lavado excesivo de las manos o la limpieza excesiva con el fin de reducir el malestar ocasionado por las obsesiones (Altman y Shankman, 2009). Las compulsiones se pueden presentar frente a comportamientos repetitivos o actos mentales en función de disminuir o evitar la ocurrencia de algún tipo de malestar (American Psychiatric Association, 2013).

1.2 Chequeo

RELACIÓN ENTRE EL TOC Y TCA

Tanto el TOC como los TCA (A.N y B.N) presentan una similitud que consiste en el chequeo (Pollack y Forbush, 2013). El chequeo se presenta de manera compulsiva con el fin de disminuir el malestar ocasionado por aquellos pensamientos obsesivos e intrusivos. Este comportamiento de chequear de manera constante compensa la incertidumbre percibida ante una situación previa la cual genera desconfianza en ellos (Breithaupt, Payne y Rose, 2014). En este orden de ideas el chequeo se encuentra fuertemente relacionado con el TOC, al ser considerado un indicador específico del trastorno y se da con mayor frecuencia que las conductas de limpieza y acumulativas (Olatunji, Christian, Brosos, Tolin y Levinson, 2019).

En similitud al TOC, en los TCA ocurre una conducta la cual es el chequeo corporal. Esta se realiza con el objetivo de incrementar un grado de certeza o seguridad, sin embargo, genera efectos adversos en el individuo como lo es la insatisfacción corporal (Wilson, Aardema & O'connor, 2018).

El chequeo corporal ha sido definido como cualquier comportamiento cuya intención es obtener información acerca de la talla, el peso, la forma o la apariencia de una persona y se realiza de diferentes maneras como pesarse, comparar la estructura corporal con la de otras personas o examinar el cuerpo frente al espejo chequeando distintas áreas; estas conductas suelen realizarse varias veces durante el día (Stefano et al, 2016). El chequeo corporal se ha establecido como un comportamiento compulsivo similar a aquellos comportamientos de chequeo identificados en el TOC (Stefano et al., 2016).

Se ha encontrado que pacientes con un diagnóstico de AN quienes presentan obsesiones somáticas relacionadas con partes del cuerpo específicas y quienes refieren rituales alimenticios presentan con mayor frecuencia conductas asociadas al chequeo corporal (Kachani, Barroso, Brasiliano, Hochgraf y Cordás, 2014).

1.3. Evitación

RELACIÓN ENTRE EL TOC Y TCA

Contrario al chequeo, también se ha encontrado una similitud importante en ambos trastornos, la evitación. En el caso de los TCA, se ha identificado la evitación corporal, en donde las personas evitan aquellas conductas que pueden ocasionar un alto nivel de malestar en ellos, evidenciándose en el uso de prendas de vestir de mayor talla, evadir mirarse en el espejo, pesarse, entre otras (Coelho et al, 2019). En el caso del TOC esto se da a partir de conductas evitativas en donde las personas evaden aquellas situaciones que pueden desencadenar cogniciones intrusivas (Coelho et al, 2019).

No obstante, en un estudio realizado por Coelho et al., (2019) se encontró que individuos con TOC presentan de manera significativa bajos niveles frente al chequeo corporal y comportamientos evitativos lo cual no muestra una relación directa con estos comportamientos en los TCA y el TOC. Sin embargo, esto pudo deberse a que la población con la cual se realizó el estudio es de un rango de edad entre los 9 y 12 años y dichos comportamientos se han encontrado principalmente en población adulta.

Otros autores como Altman, Campbell, Nelson, Faust y Shankman (2013) encontraron una importante relación entre el sistema aversivo y la presencia de imágenes de contaminación tanto en el TOC como en la BN, en donde la presentación de estas mismas genera un alto nivel de malestar en ellos, incrementando la activación de áreas cerebrales relacionadas con el miedo y la aversión. En el caso de la bulimia, la activación aversiva ante la presencia de imágenes de contaminación, como las imágenes de baños y lavamanos sucios se encuentra relacionada a aquellos recuerdos, sentimientos o pensamientos vinculados con comportamientos purgativos y de atracones.

1.4 Rituales

Los comportamientos ritualistas han sido asociados típicamente con particularidades repetitivas como las estereotipias y los patrones de acción fijos, que en su mayoría tienden a ser

RELACIÓN ENTRE EL TOC Y TCA

de carácter compulsivo (Tonna, Ponzi, Palanza, Marchesi y Parmigiani, 2020). En el caso del TOC estas acciones ritualistas están acompañadas de cogniciones rígidas en las cuales existe una creencia de que, si se realiza dicho comportamiento, se evitará la ocurrencia de cualquier factor negativo (Tonna, Ponzi, Palanza, Marchesi y Parmigiani, 2020). Los rituales son realizados para reducir la probabilidad de que algo malo ocurra o adentrarse en una situación que genere un alto nivel de malestar (Myers et al., 2017).

Ya, en relación con los TCA la escala Yale Brown-Cornell para Trastornos de la Conducta Alimentaria (YBC-EDS) mide la presencia de comportamientos ritualistas en los trastornos de la conducta alimentaria (Gianini et al., 2015). Se ha establecido que las personas diagnosticadas con AN presentan comportamientos ritualistas que tienen como objetivo reducir la ansiedad en relación con la conducta alimentaria. Entre estos comportamientos se pueden identificar acciones particulares a la hora de la comida como lo son cortar los alimentos en pedazos muy pequeños, consumir los alimentos en cierto orden, comer lentamente, y realizar conteo calórico. Estas acciones se han identificado como análogas a aquellos identificados en el TOC, ya que con el fin de evitar el aumento de peso, los individuos tienden a presentar comportamientos ritualistas (Steinglass et al., 2012).

Se ha encontrado que existe un alto nivel de malestar causado por la ansiedad previa a la realización de conductas de rituales como lo es el comer despacio o en pocas cantidades en la AN y el miedo que esto puede causar al no realizar dichas conductas (Steinglass et al., 2010).

2. Rasgos de la Personalidad

2.1 Perfeccionismo

Con respecto a los rasgos de la personalidad, el perfeccionismo ha sido identificado como un factor de riesgo frente al desarrollo tanto de los TCA, como del TOC, y al mismo tiempo como un mediador de estos dos (Bernert et al, 2013). Las personas que presentan TOC describen

RELACIÓN ENTRE EL TOC Y TCA

sentirse atormentados por un deseo interno de alcanzar la perfección; una perfección caracterizada por evitar cometer errores y tener el control sobre el ambiente en el que se encuentran (Maia et al, 2009). Diferentes teorías asocian el perfeccionismo con el TOC. Entre ellas se destaca aquella que indica que los pensamientos perfeccionistas y el comportamiento realizado se da frente al alcance de evitar algo reconocido como indeseable, ya sea una crítica, falta de control, incertidumbre, entre otros (Rhéaume, Freeston, Dugas, Letarte y Ladouceur, 1995).

En el caso de los TCA, se ha encontrado que el perfeccionismo no solo es un factor de riesgo para el desarrollo de este, si no también tiene una gran influencia en cuanto al mantenimiento del problema. Autores como Maia et al., (2009) encontraron que, las personas con este trastorno (A.N) tienden a crear estándares irreales acerca del atractivo físico y la delgadez que un individuo debe obtener, por lo cual imponen en ellos mismos una serie de objetivos o metas a alcanzar. Todo esto enfocado en que aquellos quienes los rodean tienen altos estándares y expectativas sobre ellos, por lo cual identifican una presión inexistente.

Se ha encontrado que el incremento del perfeccionismo se encuentra asociado con el aumento de la restricción alimentaria lo cual da lugar al desarrollo de conductas ritualistas y rígidas con el fin de mantener su enfoque asociado con la disminución del peso corporal (Dakanalis et al., 2015).

2. 2 Impulsividad

Por otro lado, la impulsividad en relación con el TCA, principalmente en la B.N se ha visto evidenciada principalmente ante los comportamientos de atracones y posteriormente las conductas compensatorias como la purga (Altman y Shankman, 2009). Frente a la restricción alimentaria que llevan a cabo las personas con un TCA con el objetivo de obtener un alto nivel de

RELACIÓN ENTRE EL TOC Y TCA

delgadez, en la mayoría de las ocasiones realizan conductas como lo son los atracones y conductas de tipo purgativo (Levinson et al, 2019).

Además, respecto a los TCA y el TOC se ha identificado una relación en procesos neurocognitivos caracterizados por una disminución en la flexibilidad cognitiva de las personas que presentan estos dos trastornos, que se refleja en dificultad en cambiar patrones de pensamiento y conductas (Pollack y Forbush, 2013).

3. Patrones de pensamiento

3.1 Cogniciones intrusivas no deseadas

Las cogniciones intrusivas no deseadas son descritas como aquellas imágenes, pensamientos o impulsos repetitivos que interfieren con el funcionamiento o las actividades en el día a día de las personas y se caracterizan por ser cogniciones difíciles de controlar (Belloch, Roncero y Perpiñá, 2016). Esto ha sido identificado como una similitud tanto en el TOC, como en los TCA. Los pensamientos intrusivos generan un alto nivel de malestar. Estos pensamientos incluyen aspectos relacionados con la limpieza, el orden, y el chequeo. En el caso de los TCA los pensamientos intrusivos se enfocan en aspectos como la comida, dieta, ejercicio y apariencia. En ambos trastornos esto se encuentra relacionado con sus miedos centrales (Belloch, Roncero y Perpiñá, 2016).

Autores como Belloch, Roncero y Perpiñá (2016) encontraron que aquellos individuos quienes tienen un mayor riesgo de desarrollar un TOC o un TCA presentan con mayor frecuencia que la población general, intrusiones obsesivas e intrusiones relacionadas con trastornos de la conducta alimentaria. Así mismo, se constató que las intrusiones relacionadas con los TCA son más comunes que las obsesivas, lo cual puede estar vinculado a factores de influencia, como los estándares de belleza creados por la sociedad (Belloch, Roncero & Perpiñá, 2016).

RELACIÓN ENTRE EL TOC Y TCA

Las personas con mayor vulnerabilidad a presentar un TOC, también presentan un alto nivel de malestar y presentan consecuencias negativas en su funcionalidad sin importar el contenido de la intrusión. Sin embargo, en aquellos con riesgo a desarrollar un TCA solo experimentan altos niveles de malestar, si el pensamiento intrusivo está vinculado con sus miedos centrales como lo son contenidos acerca del peso, la figura y la dieta (Belloch, Roncero y Perpiñá, 2016).

3.2 Rigidez Cognitiva

La rigidez cognitiva está caracterizada por la incapacidad de adaptarse o cambiar el pensamiento ante ciertas situaciones o condiciones que surgen de manera inesperada (Arlt et al., 2016). Esta ha sido identificada como una característica neuropsicológica propia de la Anorexia Nerviosa, en la que uno de los principales síntomas de este trastorno son la restricción alimentaria y la rigidez ante las dietas establecidas, la distorsión de la imagen corporal, los comportamientos inflexibles, los rituales establecidos, los comportamientos compensatorios como el ejercicio, el conteo calórico, entre otros (Lodovico y Gorwood, 2020). Dichos individuos presentan dificultades en la búsqueda de alternativas para sobrellevar problemas, corroborando la dificultad para establecer cambios (Tchanturia et al., 2012). Por medio de la aplicación del Wisconsin Card Sort Test (WCST) cuyo objetivo es evaluar las funciones ejecutivas, se encontró que las personas diagnosticadas con un TCA, ya sea bulimia o anorexia presentan una flexibilidad cognitiva muy baja y una dificultad en establecer cambios en relación con la población general (Tchanturia et al., 2012).

Esta misma característica es reconocida en el TOC, en el que se evidencia una dificultad en el cambio del foco atencional, debido a la rigidez de pensamiento ocasionada por los pensamientos obsesivos y de la cual se ha constatado que se debe a déficits neurocognitivos asociados a una reducida flexibilidad cognitiva. Como consecuencia de esto, las personas con

RELACIÓN ENTRE EL TOC Y TCA

TOC al presentar altos niveles de creencias obsesivas tienden a generar una fijación o rigidez con pensamientos o valoraciones obsesivas creando así una dificultad para evadir dichos pensamientos (Bradbury, Cassin y Rector, 2011). Esto suele ocurrir principalmente en aquellos contextos en los cuales se manifiestan los síntomas (Gruner y Pittenger, 2017).

Al igual que en los TCA, por medio de la aplicación del WCST se evidenciaron déficits en la flexibilidad cognitiva, en donde el subgrupo con altas creencias de trastorno obsesivo compulsivo presentó un bajo desempeño en las categorías de errores perseverantes, ensayos para completar la primera categoría y el número de categorías completadas (Bradbury, Cassin & Rector, 2011). Contrario a los resultados evidenciados por medio de otras investigaciones, Rose, Frampton y Lask (2012) no encontraron diferencias significativas en las funciones ejecutivas de aquellos pacientes diagnosticados con AN por medio de una investigación realizada con el fin de identificar con déficits presentados en dicha psicopatología.

Existe una fuerte relación con respecto a las estrategias de regulación emocional ineficientes y el incremento de la rigidez emocional con respecto a los síntomas presentados en el TOC, en donde la rigidez se da con el fin de compensar los altos niveles de ansiedad generados por el miedo a las consecuencias y al posible malestar que se puede desatar al salirse de sus rutinas (Goldberg et al., 2016).

3. 3 Fusión Pensamiento Acción

La fusión de pensamiento- acción (TAF) se encuentra asociada con la creencia de que el tener un pensamiento acerca de algo puede influir en la probabilidad de que esto ocurra (Lee, Barney, Twohig, Lensegrav- Benson y Quakenbush, 2020). Así mismo el tener un pensamiento es igual de perjudicial o negativo que realizarlo. En el TOC los individuos tienen de manera significativa la necesidad de controlar sus pensamientos por el miedo a lo que esto pueda desatar (Hezel, Stewart Riemann y McNally, 2019). Se ha encontrado que las personas quienes presentan

RELACIÓN ENTRE EL TOC Y TCA

un TOC son más susceptibles a desarrollar dicha distorsión cognitiva, ya que se evidencia que el hecho de tener o realizar valoraciones disfuncionales acerca de los propios pensamientos contribuye a la naturaleza repetitiva de las obsesiones y el desarrollo de las compulsiones típicamente evidenciadas en el TOC. Ante esto se ha reconocido que las personas con TOC evalúan sus propios pensamientos en relación con los pensamientos de los otros (Hezel, Stewart, Riemann y McNally, 2019).

De esta manera, se ha identificado una distorsión similar, conocida como fusión de pensamiento de la forma (TSF), en la cual un individuo presenta una distorsión cognitiva caracterizada por la creencia de que el hecho de pensar en alimentos altamente calóricos o poco saludables probablemente ocasionará un aumento de peso, generando un alto nivel de malestar (Coelho, Baeyens, Purdon, Pitet y Bouvard, 2013).

A pesar de que se ha encontrado que en la población general esta distorsión se presenta con frecuencia, al igual que en el TOC, aquellas personas con TCA son más susceptibles a la ocurrencia de dichas cogniciones (Coelho, Baeyens, Purdon, Pitet y Bouvard, 2013). A pesar de esto, por medio de un estudio realizado por Coelho, Roefs y Jansen (2010) se obtuvo una respuesta contraria, en donde dada la exposición cognitiva de alimentos altamente calóricos a un grupo de mujeres en condiciones saludables no se encontró ninguna respuesta de la presencia de TSF. Por lo contrario, quienes tienen un TCA al ser inducidos a un TSF presentan un incremento negativo en cuanto a lo afectivo por el miedo a subir de peso (Coelho, Baeyens, Purdon, Pitet y Bouvard, 2013).

También se ha encontrado que los pacientes con un diagnóstico de BN de tipo purgativo tienen una mayor probabilidad de presentar TAF que quienes tienen un diagnóstico de TCA. Por lo cual en los individuos quienes presentan un TCA existe una gran sobrevaloración acerca de las

RELACIÓN ENTRE EL TOC Y TCA

consecuencias que tienen sus pensamientos en relación con el aspecto físico y la alimentación y los valores que esto conlleva (Roncero, Perpiña y García-Soriano, 2011).

3.4 Sobreestimación de la amenaza

Ambos trastornos comparten una característica la cual es la sobre estimación del riesgo o la amenaza, en donde en los TCA (B.N y A.N) los individuos tienen una creencia de que sus pensamientos son riesgosos y por medio de esto se adentran en conductas como lo son las dietas y comportamientos compensatorios de tipo purgativo, en los cuales se ha observado en estos pacientes un temor y una amenaza frente al aumento de peso y los efectos que esto pueda conllevar. Esto mismo ocurre con el miedo de ingerir ciertos alimentos. Esto es reconocido como una distorsión cognitiva catastrófica, que ocurre de igual manera con el TOC, ya sea por el miedo de contaminarse u otra causa (Roncero, Perpiña y García-Soriano, 2011).

Rouel, Stevenson y Smith (2018) encontraron que las tendencias del miedo a la contaminación se encuentran en su mayoría relacionadas con la sobreestimación del riesgo, en donde existe un temor frente a imaginarse que se va a contaminar o el miedo de ser contaminado por alguien más (Rouel, Stevenson y Smith, 2018). Frente a esto las personas se tornan evitativas, evadiendo situaciones que puedan promover algún tipo de contaminación.

4. Factores Biológicos

Ahora bien, es importante destacar que ante los factores biológicos de los TCA se ha encontrado que las personas con este tipo de trastornos presentan temperamentos como lo son la inestabilidad emocional, pobre control de impulsos y rasgos perfeccionistas; los cuales pueden conllevar a la obsesión de adquirir un ideal de cuerpo perfecto, preferiblemente de características delgadas (Barlow y Durand, 2015).

A nivel genético se ha identificado una asociación significativa. Xu, Cao y Liu (2019) estudiaron una serie de genes específicos de cada uno de los trastornos en donde ambos

RELACIÓN ENTRE EL TOC Y TCA

compartían 21 genes de los cuales se identificaron distintas vías implicadas en diferentes sistemas como lo son el sistema neurológico, la memoria, el aprendizaje, entre otros. En relación con esto, existe una fuerte implicación de estas vías genéticas frente al desarrollo patológico de ambos trastornos.

Por otra parte, los Polimorfismos de Nucleótido Único (SNPs) compartidos podrían ser un indicador de la relevancia que presentan las vías en cuanto a la serotonina y el glutamato y los factores relacionados con la neurogénesis de ambos trastornos (Mas et al, 2013).

Por medio de Neuroimágenes se ha encontrado que tanto en el TOC como en la AN se presentan alteraciones funcionales y anatómicas en los circuitos frontoestriatales (Marsh, Maia y Person, 2009 como se citó en Barbier, Gabriëls, Laere y Nuttin, 2011). Esto demuestra que uno de los principales mecanismos patogénicos evidenciados en el TOC hace parte del desbalance existente en el circuito frontoestriatal y la reducción expuesta en las conexiones de este mismo (Wagner et al., 2019). Se ha evidenciado que las personas quienes presentan este desbalance se encuentran vinculados con una mayor manifestación frente a los rituales de chequeo y lavado (Wagner et al., 2019).

Ambos trastornos comparten antecedentes genéticos, como una desregulación en el sistema serotoninérgico, en donde este sistema participa en rasgos comportamentales específicos como lo son la presencia de perfeccionismo y las obsesiones (Plana et al., 2019). El sistema serotoninérgico se ha estudiado ante la presencia de estos dos trastornos debido a que es esencial para una serie de funciones como lo son el comportamiento del estado del ánimo, patrones alimenticios, cogniciones, entre otros. Bohon, Weinbach y Lock (2020) compararon la actividad cerebral y los correlatos neurológicos como la deficiencia de los niveles de serotonina de ambos trastornos se encontró que las similitudes comportamentales se deben a las características obsesivo-compulsivas identificadas en ambos trastornos.

RELACIÓN ENTRE EL TOC Y TCA

Del mismo modo, se ha encontrado que la AN es más común en aquellas personas con TOC. Un estudio realizado por Cederlöf et al., (2015) confirmó por medio de un análisis longitudinal que un diagnóstico inicial tanto de AN como de TOC, incrementa el riesgo de desarrollar el trastorno contrario en los años siguientes. Un hallazgo importante describe que los hombres quienes presentan inicialmente un TOC son más propensos que las mujeres a desarrollar AN en los dos años siguientes al diagnóstico inicial. Así mismo el riesgo de ser diagnosticado con TOC posterior a la identificación de AN es mucho mayor, con una probabilidad de aproximadamente 10 veces más. Existe la posibilidad de que los cambios neurobiológicos y cognitivos asociados con el desarrollo del TOC en los años próximos al diagnóstico inicial de AN se encuentren relacionados con algunas conductas propias de la enfermedad como son largos periodos de desnutrición Cederlöf et al., (2015).

Discusión

El propósito de esta revisión fue identificar en la literatura científica la relación y los procesos comunes entre el TOC y los TCA, categorizando las dimensiones de conductas compensatorias, los rasgos de la personalidad, patrones de pensamiento y factores biológicos que integran en su totalidad la relación y función al ser estos algunos de los componentes que conforman los procesos básicos del comportamiento humano. A partir de esto se encontró una fuerte relación en cuanto a características clínicas subyacentes en ambos trastornos.

Cabe resaltar, que las conductas compensatorias se encuentran asociadas con la realización de conductas referentes a la reducción de un malestar inducido por aspectos cognitivos como los pensamientos intrusivos y la rigidez cognitiva en los dos trastornos (Naylor, Mountford y Brown, 2011, Altman y Shankman, 2009).

Así mismo, el chequeo ha sido reconocido como una de las conductas con mayor prevalencia en ambos trastornos al igual que la evitación, por medio del chequeo los individuos

RELACIÓN ENTRE EL TOC Y TCA

compensan aquella incertidumbre generada previamente y la cual conlleva a un sentimiento agobiante (Breithaupt, Payne y Rose, 2014). Mientras que las conductas que generan sentimientos de desconfianza o intranquilidad en los individuos se ven disminuidas por sus comportamientos evitativos en el TOC y en los TCA (Coelho et al, 2019).

De igual forma, los rituales en su mayoría se han identificado como comportamientos compensatorios y compulsivos, en donde existe la creencia de que al realizarse dicho comportamiento se evitará la ocurrencia de algo negativo. Steinglass et al., (2012) han descrito conductas ritualistas en los TCA como lo son el consumo de los alimentos en un orden particular, comer lentamente o realizar conteo calórico con el fin de evitar que ocurra algo indeseado lo cuál es temido como el aumento de peso. Lo cual ocurre de igual manera en el TOC en donde los individuos pueden generar una conducta ritualista de orden, limpieza con el fin de evitar el desencadenamiento de algo no deseado (Steinglass et al., 2012).

Cabe destacar que el perfeccionismo, el cual ha sido identificado no solo como un factor de riesgo en cuanto al desarrollo de estos dos trastornos y un mediador si no también en relación con el mantenimiento de estos patrones de comportamiento (Maia et al., 2009). Aquellos individuos describen un deseo inalcanzable por alcanzar una perfección en la cual se busca obtener un nivel de control sobre sí mismos y el entorno en el cual se encuentran por lo que se da la tendencia a realizar conductas compensatorias y se encuentra asociado con rigidez cognitiva. Rasgos como la impulsividad han sido relacionados con comportamientos compensatorios y rigidez cognitiva frente a la falta de flexibilidad cognitiva que se ha identificado en estos individuos (Pollack y Forbush, 2013).

A partir de la literatura, se han descrito características centrales de estos dos trastornos como lo son los pensamientos intrusivos, la rigidez cognitiva y la fusión de pensamiento-acción los cuales generan un alto nivel de malestar en el individuo. Los pensamientos intrusivos son

RELACIÓN ENTRE EL TOC Y TCA

característicos de ambos trastornos y hacen parte de aquellos pensamientos obsesivos difíciles de controlar. En el TOC se relacionan principalmente con pensamientos referentes a la limpieza, el orden y el chequeo mientras que en los TCA se encuentran vinculados con la alimentación, la apariencia física y el peso (Belloch, Roncero y Perpiña, 2016).

La fusión de pensamiento- acción se encuentra asociada a la creencia de que tener un pensamiento incrementa la probabilidad de que este ocurra y presenta la misma dimensión que realizarlo. Tanto en el TOC como en los TCA, esto ha sido identificado en la manera en la cual los individuos identifican una necesidad de controlar sus pensamientos por el miedo de lo que pueda ocurrir a partir de estos (Hezel, Stewart Riemann y McNally, 2019). En los TCA esto se presenta en su mayoría como fusión de pensamiento de la forma en donde los individuos tienen la creencia de que el pensar en alimentos altamente calóricos incrementa la probabilidad de un aumento de peso (Coelho, Baeyens, Purdon, Pitet y Bouvard, 2013).

Con respecto a los resultados evidenciados en la tabla 2 los patrones de pensamientos como la rigidez cognitiva y fusión de pensamiento- acción son los factores más investigados debido al malestar que esto puede generar en los individuos. En relación a las conductas compensatorias se presenta un alto rango de artículos relacionados con los rituales y chequeos, evidenciando la importancia que presentan las compulsiones en estos individuos con el fin de disminuir el malestar causado por los pensamientos intrusivos.

Por otra parte, a pesar de que no se han estudiado a mayor profundidad los factores genéticos, existe evidencia de que hay una importante relación biológica en cuanto al desarrollo de estos dos trastornos. Aspectos como la desregulación en el sistema serotoninérgico (Plana et al., 2019) y el desbalance identificado en el circuito frontoestriatal son altos indicadores de la relación entre estos dos (Wagner et al., 2019). Los resultados de la revisión sugieren la importancia de estudiar a futuro las implicaciones que puede conllevar las conductas y

RELACIÓN ENTRE EL TOC Y TCA

características pertenecientes a los TCA como lo son las conductas relacionadas con la restricción alimentaria y sus efectos en relación al posterior desarrollo de el TOC, ya que investigaciones como la de Cederlöf et al., (2015) han descrito la posibilidad de los cambios neurobiológicos y cognitivos ocasionados en el TCA debido a los largos periodos de desnutrición y la relación que esto conlleva con el desarrollo del TOC.

Por medio de la obtención de las categorías ante la previa realización de la revisión teórica y la relación identificada en ambos trastornos, es posible evidenciar cómo todas estas características ocasionan pensamientos de tipo obsesivo, rígidas en su forma y de los cuales se desencadenan conductas compensatorias o compulsiones.

Ambos trastornos presentan procesos de mantenimiento comunes, en donde se identifica la similitud cognitiva, comportamental y rasgos de la personalidad los cuales generan un alto nivel de malestar en aquellos quienes presentan estos trastornos. Por medio de la identificación y el estudio de estos sería posible desarrollar intervenciones más eficientes y específicas en aquellas personas quienes presentan estas dos problemáticas. Es fundamental la evaluación y el tratamiento de ambos trastornos en función de los procesos comunes ya que, al identificar el núcleo del problema es posible garantizar una eficacia frente al tratamiento y mejora de los pacientes.

Una de las limitaciones identificadas en cuanto a la búsqueda literaria es que no existe en su mayoría un alto rango de investigaciones enfocadas en la relación existente entre la B.N y el TOC, a pesar de que sus características son semejantes. En cuanto a la relación existente del perfeccionismo entre estos dos trastornos, en su mayoría pertenece a investigaciones del 2009 y años previos, por lo cuál es pertinente seguir explorando este factor el cual han identificado como crucial en el desarrollo de estas dos patologías.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. Trastornos de conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. 329-354.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. 235-264.
- Altman, S. E., & Shankman, S. A. (2009). What is the association between obsessive-compulsive disorder and eating disorders?. *Clinical Psychology Review*. 29, 638-646.
doi:10.1016/j.cpr.2009.08.001.
- Altman, S. E., Campbell, M. L., Nelson, B. D., Faust, J. P., Shankmann, S. A. (2013). The Relation Between Symptoms of Bulimia Nervosa and Obsessive- Compulsive Disorder: A startle Investigation. *Journal of Abnormal Psychology*. 122, 1132-1141. DOI: 10.1037/a0034487.
- Arlt, J., Yiu, A., Eneva, K., Dryman, M. T., Heimberg, R. G., & Chen, E. Y. (2016). Contributions of cognitive inflexibility to eating disorder and social anxiety symptoms. *Eating Behaviors*. 21, 30-32. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.12.008>.
- Barbier, J., Gabriëls, L., Laere, K. V., & Nuttin, B. (2011). Successful Anterior Capsulotomy in Comorbid Anorexia Nervosa and Obsessive- Compulsive Disorder: Case Report. *Neurosurgery*. 69, 746-751. DOI: 10.1227/NEU.0b013e31821964d2.
- Barlow, D. H. (2008). *Clinical Handbook of psychological Disorders*. Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R., y Wilson, G, T. (Eds.) *Eating Disorders a Transdiagnostic Protocol*. The Guilford Press. 14, 578-581.

RELACIÓN ENTRE EL TOC Y TCA

- Barlow, D. H., & Antony, M. M. (2010). Handbook of Assessment and Treatment Planning for psychological Disorders. Fitzsimmons-Craft, E. E., Karam, A. M., & Wilfley, D. E. (Eds.). *Eating Disorders in Children and Adolescents*. The Guilford Press, 343-361.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2015). *Eating and Sleep-Wake Disorders*. *Abnormal Psychology An Integrative Approach*. Cengage Learning. 7, 269-289.
- Belloch, A., Roncero, M., & Perpiñá, C. (2016). Obsessional and Eating Disorder- related Intrusive Thoughts: Differences and similarities within and Between Individuals Vulnerable to OCD or to EDs. *European Eating Disorders Review*. 1-9. DOI: 10.1002/erv.2458.
- Bernert, R. A., Timpano, K. R., Peterson, C. B., Crow, S. J., Bardone-Cone, A. M., Le Grange, D., Klein, M., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Wonderlich, S. A., & Joiner, T. E. (2013). Eating disorder and obsessive-compulsive symptoms in a sample of bulimic women: Perfectionism as a mediating factor. *Personality and Individual Differences*. 54, 231-235. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2012.08.042>.
- Bloch, M. H., & Pittenger, C. (2010). The genetics of Obsessive-Compulsive Disorder. *Current Psychiatric Reviews*. 6 (2), 91-103. doi:10.2174/157340010791196439.
- Bohon, C., Weinbach, N., Lock, J. (2020). Performance and brain activity during the Wisconsin Card Sorting Test in adolescents with obsessive-compulsive disorder and adolescents with weight-restored anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 29 (2), 217-226. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01350-4>.
- Bradbury, C., Cassin, S. E., & Rector, N. A. (2011). Obsessive beliefs and neurocognitive flexibility in obsessive- compulsive disorder. *Psychiatry Research*. 187, 160-165. doi:10.1016/j.psychres.2010.11.008.

- Breithaupt, L. E., Payne, A. H., & Rose, M. (2014). Body checking as a behavioral link: A preliminary study assessing inhibition and its association to idiosyncratic body checking in anorexia nervosa. *Eating Behaviors*, 15, 591-594.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.08.003>.
- Cederlöf, M., Thornton, L. M., Baker, J., Lichtenstein, P., Larsson, H., Rück, C., Bulik, C. M., & Mataix-Cols, D. (2015). Etiological overlap between obsessive-compulsive disorder and anorexia nervosa: a longitudinal cohort, multigenerational family and twin study. *World Psychiatry*, 14 (3), 333-338. doi: 10.1002/wps.20251.
- Coelho, J. S., Roefs, A., & Jansen, A. (2010). The role of food-cue exposure and negative affect in the experience of thought-shape fusion. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 409-417. doi:10.1016/j.jbtep.2010.04.004.
- Coelho, J. S., Baeyens, C., Purdon, C., Pitet, A., & Bouvard, M. (2013). Cognitive distortions and eating pathology: Specificity of thought- shape fusion. *Behavior Research and Therapy*, 50, 449-456. doi:10.1016/j.brat.2012.04.003.
- Coelho, J. S., Zaitsoff, S. L., Pullmer, R., Yamin, D. F., Anderson, S., Fernandes, A., & Stewart, E. (2019). Body checking in pediatric eating and obsessive-compulsive disorders. *Journal of Obsessive- Compulsive and Related Disorders*, 23, 1-8.
<https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100475>.
- Dakanalis, A., Carrà, G., Calogero, R., Zanetti, M. A., Gaudio, S., Caccialanza, R., Riva, G., & Clerici, M. (2015) Testing the cognitive-behavioural maintenance models across DSM-5 bulimic disorder diagnostic groups: a multi-centre study. *European Archives Psychiatry Clinical Neuroscience*, 265 (8), 663-676. doi: 10.1007/s00406-014-0560-2.

RELACIÓN ENTRE EL TOC Y TCA

- Gianini, L., Liu, Y., Wang, Y., Attia, E., Walsh, B. T., & Steinglass, J. (2015). Abnormal eating behavior in video- recorded meals in anorexia nervosa. *Eating Behaviors*. 19, 28-32.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.06.005>.
- Goldberg, X., Cardoner, N., Alonso, P., López-Solà, C., Real, E., Hernández,-Ribas, R., Jiménez-Murcia, S., Subirà, M., Segalàs, C., & Menchón, J. M. (2016). Inter-individual variability in emotion regulation: Pathways to obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 11, 105-112.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.10.002>.
- Gruner, P., & Pittenger, C. (2017). Cognitive Inflexibility in Obsessive- Compulsive Disorder. *Neuroscience*. 345, 243-255. doi.org/10.1016/j.neuroscience.2016.07.030.
- Hezel, D. M., Stewart, S. E., Riemann, B. C., & McNally, R. J. (2019). Clarifying the thought-action fusion bias in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 20, 75-84. doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.10.004.
- Kachani, A. T., Barroso, L. P., Brasiliano, S., Hochgraf, B., & Cordás, T. A. (2014). Body checking and obsessive-compulsive symptoms in Brazilian outpatients with eating disorders. *Eating Weight Disorders*. 19, 177-182. DOI 10.1007/s40519-014-0111-x.
- Kiselica, A., Hangartner, R. B., & Lewin, A. B. (2015). Differential diagnosis of anorexia nervosa and obsessive compulsive disorder in a male military veteran. *The cognitive Behaviour Therapist*. 8, 1-11. doi:10.1017/S1754470X15000458.
- Lee, E. B., Barney, J. L., Twohig, M. P., Lensegrav-Benson, T., & Quakenbush, B. (2020). Obsessive compulsive disorder and thought action fusion: Relationships with eating disorder outcomes. *Eating Behaviors*. 37, 1-7. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2020.101386.
- Levinson, C. A., Brosf, L. C., Ram, S. S., Pruitt, A., Russell, S., & Lenze, E. J. (2019). Obsessions are strongly related to eating disorder symptoms in anorexia nervosa and

RELACIÓN ENTRE EL TOC Y TCA

- atypical anorexia nervosa. *Eating Behaviors*. 34, 1-9.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.05.001>.
- Lodovico, L. D., & Gorwood, P. (2020). The relationship between moderate to vigorous physical activity and cognitive rigidity in anorexia nervosa. *Psychiatry Research*. 284, 1-9.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112703>.
- Maia, B. S., Soares, M. J., Gomes, A., Marques, M., Pereira, A. T., Cabral, A., Valente, J., Bos, S. C., Pato, M., Pocinho, F., Azevedo, M. H., Macedo, A. (2009). Perfectionism in obsessive-compulsive and eating disorders. *Instituto de Medicina de Universidade de Coimbra*. 31 (4), 322-327. DOI: 10.1590/S1516-44462009005000004.
- Mallorquí-Bagué, N., Testa, G., Lozano-Madrid, M., Vintró-Alcaraz, C., Sánchez, I., Riesco, N., Granero, R., Perales, J. C., Navas, J. F., Megías-Robles, A., Martínez-Zalacaín, I., Veciana de las Heras, M., Jiménez-Murcia, S., Fernández-Aranda, F. (2020). Emotional and non-emotional facets of impulsivity in eating disorders: From Anorexia nervosa to bulimic spectrum disorders. *European eating disorders Review*. 28, 410- 422. DOI: 10.1002/erv.2734.
- Mas, S., Plana, M. T., Castro-Fornieles, J., Gassó, P., Lafuente, A., Moreno, E., Martinez, E., Milà, M., & Lazaro, L. (2013). Common genetic background in anorexia nervosa and obsessive compulsive disorder: Preliminary results from an association study. *Journal of Psychiatric Research*. 47, 747-754. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2012.12.015
- Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 7 (3), 1697-2600.
- Mukhopadhyay, P., & Sreemoyee, T. (2018). Obsessive Compulsive Disorder: A Neuropsychological Approach. Bhattacharya, S., Tarafder, S., Mukhopadhyay, P (Eds.). *Obsessive Compulsive Disorder, A Functional Overview*. SAGE. 11-17.

RELACIÓN ENTRE EL TOC Y TCA

- Myers, S. G., Grøtte, T., Haseeth, S., Guzey, I. C., Hansen, B., Vogel, P. A., & Solem, S. (2017). The role of metacognitive beliefs about thoughts and rituals: A test of the metacognitive model of obsessive-compulsive disorder in a clinical sample. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 13, 1-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.01.007>.
- Naylor, H., Mountford, V., & Brown, G. (2011). Beliefs about Excessive Exercise in Eating Disorders: The role of Obsessions and Compulsions. *European Eating Disorders Review: The journal of the Eating Disorders Association*. 226-236. DOI: 10.1002/erv.1110.
- Olatunji, B. O., Tart, C. D., Shewmaker, S., Wall, D., Smits, J. A.J. (2010). Mediation of the symptoms changes during inpatient treatment for eating disorders: The role of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*. 44, 910-916.
[doi:10.1016/j.jpsychires.2010.02.011](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.02.011)
- Olatunji, B. O., Christian, C., Brosnoff, L., Tolin, D. F., & Levinson, C. A. (2019). What is at the core of OCD? A network analysis of selected obsessive-compulsive symptoms and beliefs. *Journal of Affective Disorders*. 257, 45-54.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.064>
- Plana, M. T., Torres, T., Rodríguez, N., Boloc, D., Gassó, P., Moreno, E., Lafuente, A., Castro-Fornieles, J., Mas, S., & Lazaro, L. (2019). Genetic variability in the serotonergic system and age of onset in anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*. 271, 554-558. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.019>.
- Pollack, L. O., & Forbush, K. T. (2013). Why do eating disorders and obsessive-compulsive disorder co-occur?. *Eating Behaviors*. 14, 211-215
<http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.01.004>.

RELACIÓN ENTRE EL TOC Y TCA

- Rh aume, J., Freeston, M. H., Dugas, M. J., Letarte, H., y Ladouceur, R. (1995). Perfectionism, Responsibility and Obsessive- Compulsive Symptoms. *Behavioral Research Therapy*. 7, 785-794.
- Roncero, M., Perpiña, C., & Garcia- Soriano, G. (2011). Study of Obsessive Compulsive Beliefs: Relationship with Eating Disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 39, 457-470. doi:10.1017/S1352465811000099.
- Rouel, M., Stevenson, R. J., Smith, E. (2018). Predicting Contamination Aversion Using Implicit and Explicit Measures of Disgust and Threat Overestimation. *Behavior Change*. 35, 22-38. doi 10.1017/bec.2018.6.
- Rose, M., Frampton, I., & Lask, B. (2011). A Case Series Investigating Distinct Neuropsychological Profiles in Children and Adolescents with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*. 20, 32-38. DOI: 10.1002/erv.1095.
- Scharmer, C., Gorrell, S., Schaumberg, K., & Anderson, D. (2020). Compulsive exercise or exercise dependence? Clarifying conceptualizations of exercise in the context of eating disorder pathology. *Psychology of Sport and Exercise*. 46, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2019.101586>.
- Simpson, H. B., Wetterneck, C. T., Cahil, S. P., Steinglass, J. E., Franklin, M. E., Leonard, R. C., Weltzin, T. E., & Riemann, B. C. (2013). Treatment of Obsessive- Compulsive Disorder Complicated by Comorbid Eating Disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*. 42, 64-76. <http://dx.doi.org/10.1080/16506073.2012.751124>.
- Stefano, E. C., Hudson, D. L., Whisenhunt, B. L., Buchanan, E. M., & Latner, J. D. (2016). Examination of body checking, body image dissatisfaction, and negative affect using Ecological momentary assesment. *Eating Behaviors*. 22, 51-54. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.03.026>.

RELACIÓN ENTRE EL TOC Y TCA

- Steinglass, J. A., Sysko, R., Mayer, L., Berner, L. A., Schebendach, J., Wang, Y., Chen, H., Albano, A. M., Simpson, H. B., & Walsh, B. T. (2010). Pre-Meal anxiety and food intake in anorexia nervosa. *Appetite*. 55, 214-218. doi:10.1016/j.appet.2010.05.090.
- Steinglass, J., Albano, A. M., Simpson, H. B., Carpenter, K., Schebendach, J., Attia, E. (2012). Fear of Food as a Treatment Target: Exposure and Response Prevention for Anorexia Nervosa in an Open Series. *International journal of Eating Disorders*. 45, 615-621. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.20936>.
- Tchanturia, K., Davies, H., Roberts, M., Harrison, A., Nakazato, M., Schmidt, U., Treasure, J., & Morris, R. (2012). Poor Cognitive Flexibility in Eating Disorders: Examining the Evidence using the Wisconsin Card Sorting Task. *Institute of Psychiatry King's College London*. 7, 1-5. doi:10.1371/journal.pone.0028331
- Tonna, M., Ponzi, D., Palanza, P., Marchesi, C., & Parmigiani, S. (2020). Proximate and ultimate causes of ritual behavior. *Behavioural Brain Research*. 393, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2020.112772>.
- Wilson, S., Aardema, F., & O'Connor, K. (2018). What do I look like? Perceptual confidence in bulimia nervosa. *Eating and Weight Disorders*. 1-7. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0542-x>.
- Xu, C., Cao, H., & Liu, D. (2019). Integrative analysis of shared genetic pathogenesis by obsessive- compulsive and eating disorders. *Molecular Medicine Reports*. 19, 1761-1766. DOI: 10.3892/mmr.2018.9772.
- Wagner, G., Köhler, S., Peikert, G., De la Cruz, F., Rees, T. J., Rus, O. G., Schultz, C. C., Koch, K., & Bär, K. (2019). Checking and Washing rituals are reflected in altered cortical thickness in obsessive-compulsive disorder. *Cortex*. 117, 147-156. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2019.03.012>.

