

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN PACIENTES CON OBESIDAD, PREVIO A INICIAR EL TRATAMIENTO DE DESCENSO DE PESO EN UN CENTRO DE TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD DE LA CIUDAD DE ROSARIO

Blanco, V.¹; Ruiz, M. G.²; Zanotti, N.³

¹ Lic. en Nutrición, cátedra Evaluación Nutricional, UCEL. lic.virginiablanca@gmail.com

² Lic. en Nutrición, UCEL. mariagalaruiz@hotmail.com

³ Lic. en Nutrición, UCEL. noeliazanotti@yahoo.com.ar

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo identificar la presencia de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en pacientes obesos previo a iniciar tratamiento de descenso de peso, determinando la presencia de dietas restrictivas, ingestas nocturnas e ingestas compulsivas según sexo y edad. El estudio que fue descriptivo, de corte transversal y observacional. La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia, quedando conformada por 150 historias clínicas de personas con obesidad que asistieron al centro “Dieta Club” del Dr. Cormillot de la ciudad de Rosario, durante los meses de enero a marzo de 2018. Se concluyó que el 56,7% de los pacientes de la muestra realizó dietas restrictivas, el 28% ingestas nocturnas y el 65,3% ingestas compulsivas. Se estableció asociación significativa entre la restricción alimentaria y el sexo ($p=0,032$) y este trastorno y la edad ($p=0,05$), siendo mayor en el sexo femenino (62,3%) y en el rango de edad comprendido entre 18 a 29 años (73,7%). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el trastorno de ingestas nocturnas y el sexo ($p=0,023$) y el trastorno y la edad ($p=0,05$), siendo mayor en el sexo masculino (40,9%) y el rango de edad comprendido entre los 18-29 años (42,1%). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el trastorno de ingestas compulsivas y el sexo ($p=0,16$) y la edad ($p=0,37$). La principal limitación del estudio fue la exclusión de los pacientes adolescentes.

Palabras Claves: Obesidad, Trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de la conducta alimentaria especificados, síndrome de comedor nocturno, trastorno por atracón, restricción alimentaria.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify the presence of Feeding and Eating Disorders (FED) in obese patients prior to starting weight loss treatment, determining the presence of restrictive diets, nighttime intakes and compulsive eating according to sex and age. The study was descriptive, cross-sectional and observational. The selection of the sample was carried out by means of a sampling of non-probabilistic type for convenience, being made up of 150 clinical histories of people with obesity who attended the center “Dieta Club” of Dr. Cormillot, in Rosario, during the months of January to March 2018. Results: 56.7% of the patients had restrictive diets, 28% had night eating syndrome and 65.3% had compulsive diets. A significant association was established between food restriction and sex ($p=0.032$) and this disorder and age ($p=0.05$), being higher in females (62.3%) and in the age range between 18 to 29 years old (73.7%). A statistically significant association was found between night eating disorder and sex ($p=0.023$) and age ($p=0.05$), being higher in the male sex (40.9%) and the age range between 18-29 years (42.1%). No statistically significant association was found between compulsive eating disorder and sex ($p=0.16$) and age ($p=0.37$). The limitation of the study was the exclusion of adolescent patients.

Key words: Obesity, feeding and eating disorders, specified eating disorders, night eating syndrome, binge eating disorder, food restriction.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se definen como alteraciones específicas y severas en la ingesta de los alimentos, observadas en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer y que se caracterizan por comer en exceso o por dejar de hacerlo; esto se debe a un impulso psíquico y no por una necesidad metabólica o biológica. Este grupo de enfermedades es complejo y engloba a una serie de entidades patológicas que, aunque comparten ciertos atributos, varían enormemente en cuanto a sus expresiones físicas, psicológicas y conductuales (Méndez JP, 2008).

Habitualmente los TCA inician su desarrollo en la adolescencia. En general desde los 12 a los 25 años de edad, de modo que el inicio posterior a los 25 años se considera tardío (Ruiz Prieto I, 2011). La presencia de TCA en adultos no ha sido descrita en profundidad, desconociéndose la epidemiología en dicho período vital (Ruiz Prieto I, 2011). Dentro de los TCA se incluyen pica, trastorno de rumiación, trastorno de restricción de la ingestión de alimentos, anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno de atracones (TA), otro trastorno alimentario o de la ingestión de los alimentos especificado (dentro del cual se encuentra el síndrome de ingestión nocturna de alimentos) y trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (DSM-5, 2014).

La restricción alimentaria, el trastorno por atracón y el síndrome del comedor nocturno son TCA frecuentes en pacientes obesos. En estos casos conviene abordar los problemas desde el inicio del tratamiento y, si es necesario, de forma individualizada (Lafuente Denia M, 2011).

Estos trastornos aparecen en un 30% de las mujeres obesas que están inmersas en programas para perder peso, y en un 2-5% de la población general. Respecto a la distribución por sexo, está ampliamente demostrado que, al igual que ocurre con otras alteraciones del comportamiento alimentario (por ejemplo, la anorexia y la bulimia), predomina en mujeres (proporción 1,5 mujeres /1 hombre) (Compés Cuerda y col., 2010).

Los TCA tienden a debutar con la restricción alimentaria, que es considerada como una reducción o abstinencia en el comer y el beber que puede ir desde la simple evitación de un alimento considerado engordante (como el pan o las galletas) o la omisión de un tiempo de comida (generalmente el desayuno o la cena), hasta el ayuno prolongado en el que escasamente se consume agua (Vásquez y col., 2002). El síndrome de comedor nocturno es un trastorno que cursa con alteraciones patológicas del acto de comer, tales como dietas extremas o ingesta compulsiva de alimentos, sumado a variaciones en los patrones de sueño (Ellenberg y col., 2006).

Las características clínicas del síndrome de comedor nocturno son anorexia matutina, hiperfagia nocturna e insomnio; para su diagnóstico las mismas deben estar presentes durante tres meses consecutivos (Seguel M, 2013).

Por último, se considera TA cuando se produce una ingesta de un gran volumen de comida en un determinado período de tiempo, acompañada de sensación de pérdida de control. El atracón, por lo tanto, tiene dos componentes fundamentales: gran cantidad de comida ingerida y percepción de

descontrol. Los atracones pueden presentarse en otros trastornos de alimentación como en bulimia nerviosa y anorexia nerviosa (Errandonea I, 2012).

Hay evidencias de que pacientes con TA ingieren significativamente más alimentos que las personas obesas sin compulsión alimentaria (Goldfein y col., 1993). El TA puede manifestarse en personas con normopeso, sobrepeso u obesidad; sin embargo, suele asociarse a individuos con malnutrición por exceso que buscan tratamiento para la pérdida de peso (Spitzer y col., 1992). La detección temprana de conductas de riesgo puede prevenir el desarrollo de estos trastornos mejorando la terapéutica y el pronóstico (Behar y col., 2007).

El abordaje multidisciplinario constituye un pilar importante para la identificación y modificación de conductas de riesgo precursoras de trastornos de la conducta alimentaria, brindando al paciente la contención psicológica necesaria y un tratamiento nutricional adecuado que evite la aparición de desórdenes en la alimentación (Ruiz Lázaro PJ, 2001). Teniendo presente esta realidad, se estimó conveniente realizar un estudio que permitiera conocer cuáles son los TCA de los pacientes con obesidad previo al inicio del tratamiento de descenso de peso, que asistieron a “Dieta Club” de Dr. Cormillot, durante los meses de enero a marzo de 2018.

MATERIALES Y METODOLOGÍA

El estudio que se llevó a cabo fue observacional, descriptivo, de corte transversal. Se evaluaron un total de 150 historias clínicas de pacientes mayores a 18 años, de ambos sexos, con obesidad, que concurrieron a “Dieta Club” del Dr. Cormillot de la ciudad de Rosario, durante los meses de enero a marzo de 2018. Fueron excluidos aquellos individuos que presentaban patologías que condicionaran su ingesta, como por ejemplo, alergias alimentarias, errores congénitos del metabolismo y/o celiaquía. Se respetó la Ley 25.326, de Protección de los Datos Personales, de aplicación en todo el territorio nacional, reservando la identidad de los individuos y los datos obtenidos.

Para determinar la presencia o ausencia de los TCA en pacientes obesos previo a recibir el tratamiento de descenso de peso, se utilizaron las preguntas del cuestionario incluido en la historia clínica personal, titulado “su relación con la comida”. Los datos recolectados a través del cuestionario fueron codificados y cargados en una planilla de Microsoft Excel para su posterior procesamiento con el programa estadístico SPSS (versión 23). Luego, según la naturaleza de los datos, éstos fueron analizados a través de sus frecuencias relativas y absolutas. Se realizaron gráficos de sectores, barras y barras subdivididas porcentuales. Para estudiar la relación entre las variables, se aplicó el Test Estadístico Chi cuadrado, utilizando un nivel de significación del 5% ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados del análisis llevado a cabo sobre 150 historias clínicas de personas con obesidad, que han ingresado entre los meses de enero a marzo del año 2018 al centro “Dieta Club” de Dr. Cormillot de la ciudad de Rosario.

Tabla N° 1: Distribución de la muestra según sexo

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	106	70,7
Masculino	44	29,3
Total	150	100,0

Se observó que el 70,7% (n=106) de las personas eran de sexo femenino y el 29,3% (n=44) masculino.

Gráfico N° 1: Distribución de la muestra según el sexo

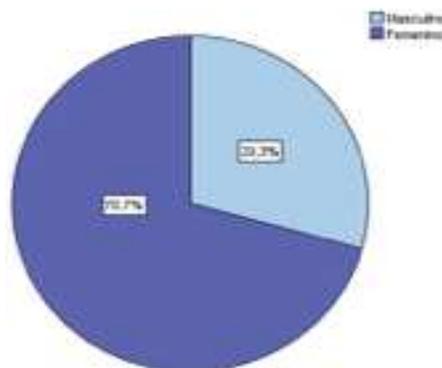


Tabla N° 2: Distribución de la muestra según el rango etario.

Edad (en años)	Frecuencia	%
18 a 29 años	38	25,3
30 a 49 años	78	52,0
50 a 70 años	34	22,7
Total	150	100,0

El 25,3% (n=38) de las personas tenían entre 18 y 29 años, el 52,0% (n=78) entre 30 y 49 años, y el 22,7% (n=34) entre 50 y 70 años.

Gráfico N° 2: Distribución de la muestra según rango etario

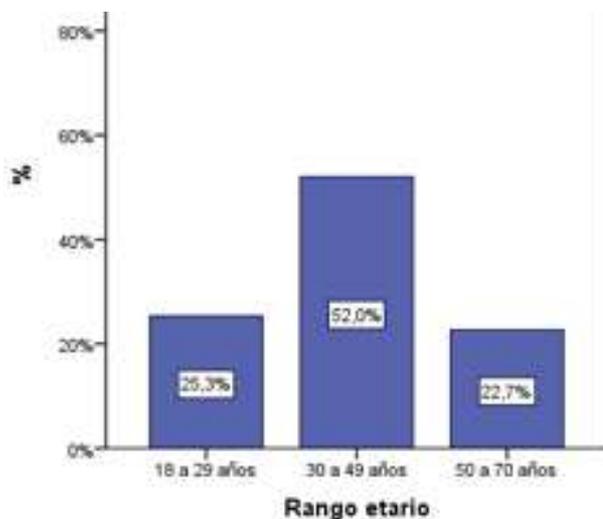


Tabla N° 3: Distribución de pacientes de acuerdo a la presencia o ausencia de dietas restrictivas

Dietas restrictivas	Frecuencia	%
Ausencia	65	43,3
Presencia	85	56,7
Total	150	100,0

El 43,3% (n=65) de las personas no realizó dietas restrictivas y el 56,7% (n=85) sí las realizó.

Tabla N° 4: Distribución de pacientes de acuerdo a la presencia o ausencia de ingestas nocturnas.

Ingestas nocturnas	Frecuencia	%
Ausencia	108	72,0
Presencia	42	28,0
Total	150	100,0

El 72% (n=108) de las personas no realizó ingestas nocturnas y el 28% (n=42) sí las realizó.

Cuadro N° 5: Distribución de pacientes de acuerdo a la presencia o ausencia de ingestas compulsivas.

Ingestas compulsivas	Frecuencia	%
Ausencia	52	34,7
Presencia	98	65,3
Total	150	100,0

El 34,7% (n=52) de las personas no realizó ingestas compulsivas y el 65,3% (n=98) sí las realizó.

Gráfico N° 3: Prevalencia de las diferentes conductas alimentarias

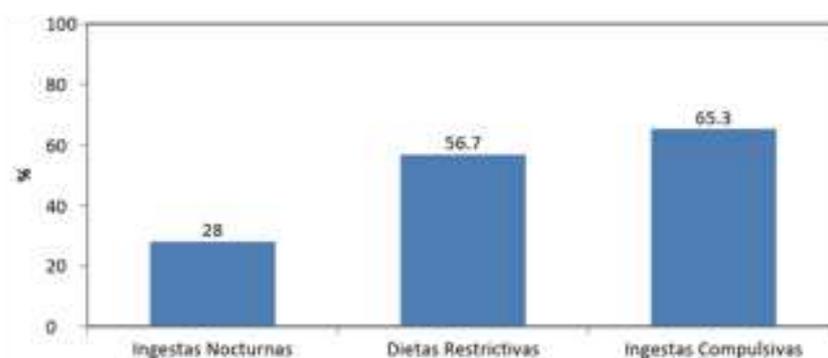
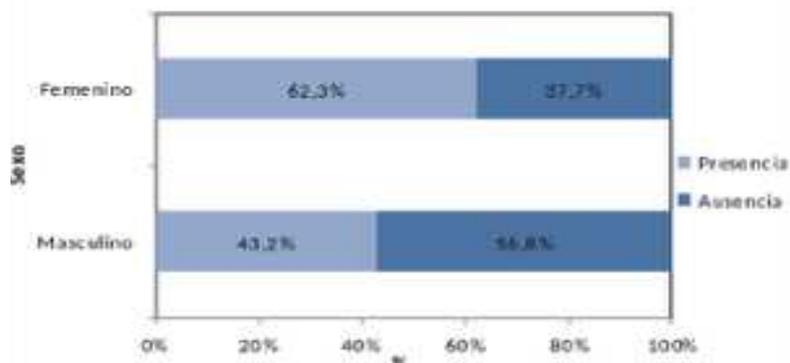


Tabla N° 6: Relación entre dietas restrictivas y sexo.

Dietas restrictivas		Sexo	
		Masculino	Femenino
Presencia	n	19	66
	%	43,2%	62,3%
Ausencia	n	25	40
	%	56,8%	37,7%
Total	n	44	106
	%	100,0%	100,0%

En el sexo masculino se observó que el 43,2% (n=19) realizó dietas restrictivas, mientras que en el grupo femenino ese porcentaje fue mucho mayor, del 62,3% (n=66).

Gráfico N° 4: Relación entre dietas restrictivas y sexo.



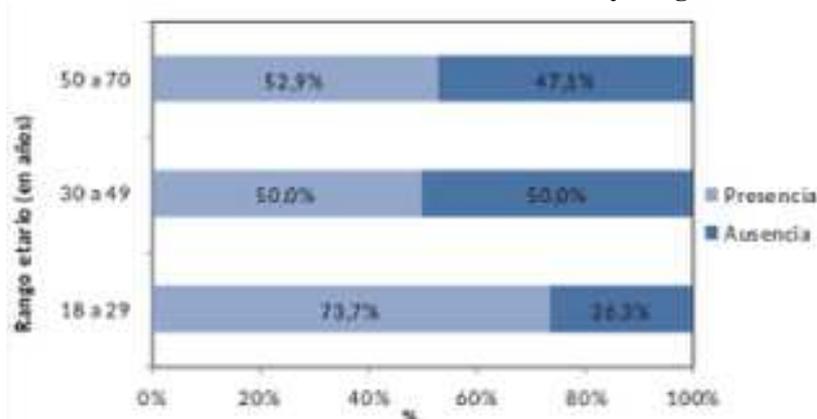
En base a la evidencia muestral se concluyó que existe una asociación estadísticamente significativa entre las dietas restrictivas y el sexo de las personas ($X^2=4,61$; $p=0,032$).

Tabla N° 7: Relación entre dietas restrictivas y rango etario.

Dietas restrictivas		Rango etario (en años)		
		18 a 29	30 a 49	50 a 70
Presencia	n	28	39	18
	%	73,7%	50,0%	52,9%
Ausencia	n	10	39	16
	%	26,3%	50,0%	47,1%
Total	n	38	78	34
	%	100,0%	100,0%	100,0%

De las personas con edades entre 18 a 29 años se observó que el 73,7% (n=28) realizó dietas restrictivas, en las personas con edades de 30 a 49 años lo hizo el 50,0% (n=39), y en las personas de 50 a 70 años lo hizo el 52,9% (n=18).

Gráfico N° 5: Relación entre dietas restrictivas y rango etario.



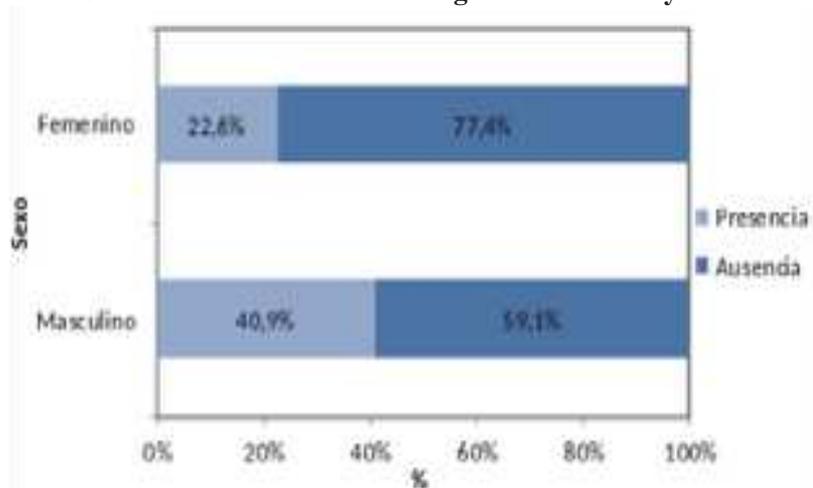
En base a la evidencia muestral se concluyó que existe una asociación estadísticamente significativa (aunque en el límite) entre las dietas restrictivas y los diferentes grupos de edades de las personas ($X^2=6,08$; $p=0,05$).

Tabla N° 8: Relación entre ingestas nocturnas y sexo.

Ingestas nocturnas		Sexo	
		Masculino	Femenino
Presencia	n	18	24
	%	40,9%	22,6%
Ausencia	n	26	82
	%	59,1%	77,4%
Total	n	44	106
	%	100,0%	100,0%

En el sexo masculino se observó que el 40,9% (n=18) realizó ingestas nocturnas, mientras que en el grupo femenino ese porcentaje fue mucho menor, solo del 22,6% (n=24).

Gráfico N° 6: Relación entre ingestas nocturnas y sexo.



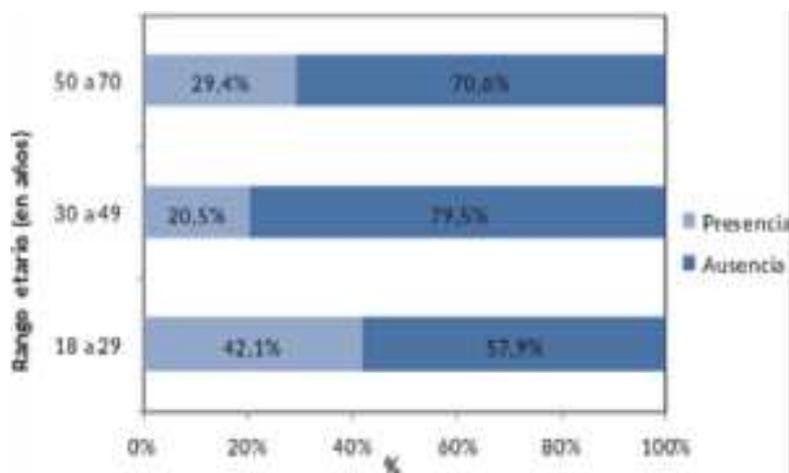
En base a la evidencia muestral se concluyó que existe una asociación estadísticamente significativa entre las ingestas nocturnas y el sexo de las personas ($X^2=5,14$; $p=0,023$).

Tabla N° 9: Relación entre ingestas nocturnas y rango etario.

Ingestas nocturnas		Rango etario (en años)		
		18 a 29	30 a 49	50 a 70
Presencia	n	16	16	10
	%	42,1%	20,5%	29,4%
Ausencia	n	22	62	24
	%	57,9%	79,5%	70,6%
Total	n	38	78	34
	%	100,0%	100,0%	100,0%

De las personas con edades entre 18 a 29 años se observó que el 42,1% (n=16) realizó ingestas nocturnas, en las personas con edades de 30 a 49 años lo hizo el 20,5% (n=16), y en las personas de 50 a 70 años lo hizo el 29,4% (n=10).

Gráfico N° 7: Relación entre ingestas nocturnas y rango etario



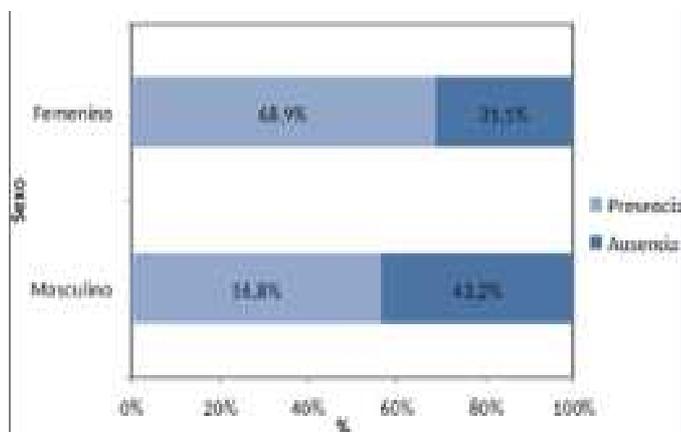
En base a la evidencia muestral se concluyó que existe una asociación estadísticamente significativa (aunque en el límite) entre las ingestas nocturnas y los diferentes grupos de edades de las personas ($X^2=5,95$; $p=0,05$).

Tabla N° 10: Relación entre ingestas compulsivas y sexo.

Ingestas compulsivas		Sexo	
		Masculino	Femenino
Presencia	n	25	73
	%	56,8%	68,9%
Ausencia	n	19	33
	%	43,2%	31,1%
Total	n	44	106
	%	100,0%	100,0%

En el sexo masculino se observó que el 56,8% (n=25) realizó ingestas compulsivas, mientras que en el grupo femenino fue del 68,9% (n=73). La distribución de los porcentajes fue similar en ambos sexos.

Gráfico N° 8: Relación entre ingestas compulsivas y el sexo.



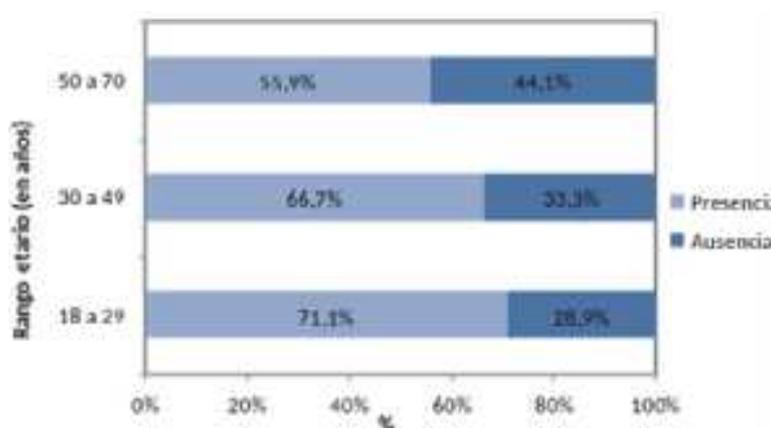
En base a la evidencia muestral se concluyó que no existe una asociación estadísticamente significativa entre las ingestas compulsivas y el sexo de las personas ($X^2=1,99$; $p=0,16$).

Tabla N° 11: Relación entre ingestas compulsivas y edad.

Ingestas compulsivas		Edad (en años)		
		18 a 29	30 a 49	50 a 70
Presencia	n	27	52	19
	%	71,1%	66,7%	55,9%
Ausencia	n	11	26	15
	%	28,9%	33,3%	44,1%
Total	n	38	78	34
	%	100,0%	100,0%	100,0%

De las personas con edades entre 18 a 29 años se observó que el 71,1% ($n=27$) realizó ingestas compulsivas, en las personas con edades de 30 a 49 años lo hizo el 66,7% ($n=52$), y en las personas de 50 a 70 años lo hizo el 55,9% ($n=19$). La distribución de los porcentajes fue similar en los tres grupos de edades.

Gráfico N° 9: Relación entre ingestas compulsivas y la edad.



En base a la evidencia muestral se concluyó que no existe una asociación estadísticamente significativa entre las ingestas compulsivas y los diferentes grupos de edades de las personas ($X^2=1,95$; $p=0,37$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente trabajo intentó identificar la presencia de trastornos de la conducta alimentaria en pacientes obesos previo a iniciar el tratamiento de descenso de peso. Se entiende por trastornos de la alimentación a aquellas alteraciones en las cuales la conducta alimentaria está perturbada, fundamentalmente como consecuencia de los dramáticos intentos reiterados que los pacientes hacen para controlar su cuerpo y su peso corporal (Marco y col., 2014).

Se reclutaron 150 historias clínicas de pacientes obesos, de las cuales el 70,7% de las personas correspondían al sexo femenino y el 29,3% al sexo masculino. Con respecto a las edades el 25,3% de las personas tenían entre 18 y 29 años, el 52% entre 30 y 49 años y el 22,7% entre 50 y 70 años. Se realizó una búsqueda bibliográfica, y sólo se hallaron dos estudios comparables con la población estudiada, observándose que en su mayoría abarcan la edad adolescente (etapa de inicio más frecuente de los TCA).

En la presente investigación se conoció que el 56,7% de las personas realizaban dietas restrictivas. La prevalencia fue mayor en el sexo femenino (62,3%) y en el rango etario de 18-29 años (73,7%). En concordancia con estos resultados, estudios realizados por Sámano y col. (2005), Torresani (2003) y Vázquez y col. (2002) informaron que las mujeres adolescentes fueron las que utilizaron con mayor frecuencia la restricción alimentaria como resultado de la motivación por adelgazar derivada del malestar con la forma y el tamaño de su cuerpo (Bojórquez y col., 2008). Al analizar la presencia de ingestas nocturnas se determinó que el 28% de los pacientes las realizaban. La prevalencia de dicho trastorno fue mayor en el sexo masculino (40,9%) y en el rango etario comprendido entre los 18 a 29 años (42,1%).

Actualmente no se encuentran disponibles estadísticas específicas sobre la prevalencia del síndrome de comedor nocturno. Las ingestas compulsivas se hallaron en el 65,3% de los pacientes y no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con el sexo ($p=0,16$) y los diferentes rangos de edad ($p=0,37$).

Estos resultados son similares a los encontrados en Estados Unidos en 2007 por Gruzca y col. donde participaron 910 personas; 499 eran mujeres, de las cuales 32 presentaron TA y de 411 hombres, 28 (Gruzca y col., 2007). En conclusión, en este estudio se observó que los trastornos de restricción alimentaria e ingestas compulsivas fueron los más frecuentes en pacientes obesos.

Consideramos que la exclusión de pacientes adolescentes obesos es la principal limitación de este estudio, y se sugieren futuras investigaciones que abarquen este grupo etario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Behar R, Alviña M, Gonzalez T, Rivera N. (2007). "Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios". *Revista chilena de nutrición*; 34(2):240-249.
2. Bojórquez M, Escalante ML, Cortés M, Vázquez R, Mancilla JM. (2008). "Restricción alimentaria y conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de Nutrición". *Psicología y Salud*; 18(2):189-198.
3. Bojórquez M, Escalante ML, Cortés M, Vázquez R, Mancilla JM. (2008). "Restricción alimentaria y conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de Nutrición". *Psicología y Salud*; 18(2):189-198.
4. Compés Cuerda MC, Bretón Lesmes I, Cambor Alvarez M, García Peris P. (2010). "Tratamiento nutricional de los trastornos del comportamiento alimentario". En: *Dietoterapia, Nutrición Clínica y Metabolismo*. 1º edición. España: Díaz de Santos. (pp. 147-159)
5. DMS-5. (2014). "Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos". En: *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. 5º edición. Washington DC. American Psychiatric Publishing, pp. 189-198.
6. Ellenberg C, Verdi B, Ayala L, Ferri C, Marcano Y, Vivas J. (2006). "Síndrome de comedor nocturno: un nuevo trastorno de la conducta alimentaria". *Anales Venezolanos de Nutrición*; 19(1): 32-37.
7. Errandonea I. (2012). "Obesidad y trastornos de alimentación". *Revista Médica Clínica Las Condes*; 23(2): 165-171.
8. Fairburn CG, Bohn K. (2005). "Eating Disorder NOS (EDNOS): and example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-V". *Behaviour Research and Therapy*; 43(6): 691-701.
9. Goldfein JA, Walsh BT, La Chaussbe JL. (1993). "Eating behavior in binge eating disorder". *International Journal of Eating Disorders*; 14(4): 427-431.
10. Gruzca R, Przybeck RT, Cloninger CR. (2007). "Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample". *Comprehensive Psychiatry*; 48(1):124-131.
11. Gruzca R, Przybeck RT, Cloninger CR. (2007). "Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample". *Comprehensive Psychiatry*; 48(1):124-131.
12. Jaime S, Rojas P, Slachevsky A. (2006). "Diferencias individuales en dietantes crónicos. Influencia de los sistemas motivacionales en la alimentación". *Revista Médica Chile*; 164(6):735-742.
13. Katz M. (2013). "Hambre emocional y estrés". En: *Somos lo que comemos. 1º edición*. Buenos Aires: Aguilar, pp. 167-182.
14. Lafuente Denia M. (2011). "Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad". *Revista Hospital Ramón y Cajal*; 14(1): 490-504.
15. Marco JH, Perpiña C, Botella C. (2014). "Tratamiento de la imagen corporal en los trastornos alimentarios y cambio clínicamente significativo". *Anales de Psicología*; 30(2):422-430.

16. Marco JH, Perpiña C, Botella C. (2014). "Tratamiento de la imagen corporal en los trastornos alimentarios y cambio clínicamente significativo". *Anales de Psicología*; 30(2):422-430.
17. Méndez JP (2008). "Trastornos de la conducta alimentaria". *Boletín médico del Hospital General de México*; 65(6):579-592.
18. Odgen, J. (2005). "Psicología de la alimentación". *Anuario de Psicología*; 37(2):189-196.
19. Ruiz Lázaro PJ. (2001). "Prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: papel del profesional de atención primaria". *Atención Primaria*; 27(6):428-431.
20. Ruiz Prieto I. (2011). "Trastornos de la conducta alimentaria en adultos". *Trastornos de la conducta alimentaria*; 14(2):1611-1623.
21. Sámano R, Flores ME y Casanueva E. (2005). "Conocimientos de nutrición, hábitos alimentarios y riesgo de anorexia en una muestra de adolescentes en la Ciudad de México". *Revista de salud pública y nutrición*; 6(2):17-23.
22. Seguel M. (2013). "Trastorno del sueño en trastornos del ánimo y de la conducta alimentaria". *Revista Médica Clínica Las Condes*; 24(3):487-493.
23. Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus M. (1992). "Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria". *International Journal of Eating Disorders*; 11(3): 191-203.
24. Torresani ME. (2003). "Conductas alimentarias y prevalencia del riesgo de padecer trastornos alimentarios en estudiantes de nutrición". *Revista española de nutrición comunitaria*; 9(1):30-33.
25. Vázquez R, Fuentes E, Báez MV, Álvarez GL, Mancilla JM. (2002). "Influencia de los modelos estéticos corporales en la presencia de sintomatología de trastornos alimentarios". *Psicología y Salud*; 12(10):74-82.