



En consecuencia, a la luz de todo lo expuesto, en la presente investigación se ha considerado conveniente profundizar y analizar las variables clínicas de los pacientes diagnosticados de un Trastorno de la Conducta Alimentaria y los alcances del abordaje multidisciplinario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria desde la mirada de psicólogos, nutricionistas, psiquiatras y médicos clínicos que trabajan en diferentes dispositivos sanitarios en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

## Antecedentes

Guarin et al. (2021) realizaron una investigación con la finalidad de evaluar la viabilidad y aceptabilidad del tratamiento integral virtual en Trastornos Alimentarios desde una perspectiva de pacientes, padres y terapeutas durante la pandemia por Covid-19. El estudio fue observacional descriptivo de corte transversal para el cual se diseñaron 3 encuestas con preguntas semiestructuradas, dirigidas a pacientes, familiares y miembros del equipo tratante. Se aplicaron encuestas en línea y se realizó un análisis DOFA con las respuestas. Los resultados reflejaron que el tratamiento virtual durante el confinamiento fue considerado factible y útil por todos los encuestados. En el estudio, los padres informaron problemas con el cumplimiento del plan nutricional y los terapeutas señalaron la necesidad de adaptaciones metodológicas en las sesiones para mejorar la participación. La adherencia de las familias fue total y la de los pacientes, del 90%.

A su vez, Fernández-Hernández et al. (2021) estudiaron el problema bioético que genera la internación de pacientes con anorexia nerviosa y el estrés que puede generar en el profesional sanitario. El objetivo de dicha investigación fue conocer y analizar la opinión de los profesionales de salud mental sobre algunas condiciones de aplicación de la internación no voluntaria a pacientes con anorexia nerviosa. Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal sobre una muestra de 270 profesionales de la salud mental mediante un cuestionario de 0 a 10 puntos elaborado ad-hoc. A partir de esto, se concluyó que los profesionales de la salud mental están sometidos a exigencias laborales ambiguas, lo que repercute en su dinámica asistencial.

Muñiz Rivas (2019) analizó la eficacia de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la anorexia nerviosa utilizando las bases de datos PubMed, Cochrane, CINAHL y PsycINFO. Los resultados evidenciaron que la TCC es eficaz, ya que es una terapia cuyo objetivo es mantener los cambios realizados a lo largo del tratamiento, mientras desarrolla estrategias personalizadas para cada paciente y mejora si se complementa con el tratamiento nutricional. Sin embargo, en el artículo se describe a la anorexia nerviosa como una enfermedad que tiene un alto índice de prevalencia y un alto índice de recaídas.

Así, Ortega (2023) realizó una investigación documental sobre el abordaje psicológico para tratar la anorexia nerviosa que aparece con el precedente de ansiedad en torno a la imagen corporal, y las prácticas ejecutadas para alcanzar un ideal físico que desembocan en un padecimiento clínico. La investigación sigue una metodología de investigación cualitativa del tipo descriptivo utilizando datos fiables y fuentes de información terciaria vigentes. Se recopilieron 37 estudios y se concluyó que el psicoterapeuta no debe limitar su intervención únicamente al bienestar psicológico, sino observar el bienestar del paciente como un todo, considerando la participación de un nutricionista que ayude a la estabilización del peso corporal. También es pertinente la evaluación de un médico general para descartar posibles problemas cardíacos o cualquier otro padecimiento importante.

Por su parte, Amores (2018) expuso un procedimiento de intervención psicológica cognitivo-conductual aplicado a una adolescente de 13 años diagnosticada con Anorexia Nerviosa. El diseño que utilizó fue de caso único y medidas

TABLA 2

| Dimensión  | Respuestas  |
|--|---|
| Experiencia en trabajar con pacientes que presentan Trastornos de la Conducta Alimentaria                    | "Ha sido desafiante pero gratificante. Estos trastornos requieren un enfoque multidisciplinario y un equipo de profesionales altamente especializados para ofrecer una atención integral". "Es un tratamiento es fundamental una comprensión profunda de los factores biológicos, psicológicos y sociales involucrados en su desarrollo y tratamiento". "He encontrado diversos desafíos, como la complejidad de estos trastornos, la resistencia al cambio, la falta de conciencia sobre la gravedad del problema y los altísimos costos que experimentamos los pacientes durante el proceso de recuperación". "Son trastornos complejos donde hay que tener muy presente la evaluación considerando tanto los aspectos físicos como emocionales". "En casos complejos como la anorexia, es importante contar con un equipo multidisciplinario para una atención más completa y efectiva". "He encontrado que la detección temprana es crucial para un tratamiento efectivo. Muchos varones con TCA pueden pasar desapercibidos debido a los estereotipos de género y el estigma asociado a la enfermedad".  |
| Desafíos identificados al brindar esta atención  | "Los principales desafíos incluyen la falta de servicios especializados, la detección temprana y la intervención, así como la necesidad de una mayor conciencia pública sobre estos trastornos". "En la detección temprana, ya que a menudo estos trastornos pueden pasar desapercibidos o confundirse con otros problemas de salud". "Uno de los desafíos principales es la falta de servicios especializados para el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria, especialmente en áreas rurales o menos pobladas. Esto puede resultar en una demora en el diagnóstico y el acceso a la atención adecuada. Además, el enfoque tradicional de abordar solo los aspectos físicos y nutricionales de los TCA, sin considerar los aspectos psicológicos y emocionales, también representa un desafío". "La estigmatización y la falta de recursos en una área pueden dificultar el tratamiento o retrasar la intervención adecuada". "Incluyen la falta de conocimiento y sensibilización sobre estos trastornos en varones". "Incluyendo lo cuantitativo que se requiere específicamente de estos trastornos, la coordinación entre diferentes profesionales es un gran desafío".   |
| Disponibilidad de servicios especializados y la formación de los profesionales para abordar estos trastornos | "La disponibilidad de servicios especializados para el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria varía mucho". "En ciertas ocasiones, puede haber una falta de recursos suficientes para satisfacer la demanda". "Se cuentan con pocos recursos y el acceso a ellos tiene un costo muy elevado, sobre todo si se necesita internar al paciente para acortar el riesgo de vida". "Existe una necesidad de incrementar la inversión en programas de salud mental. Los recursos económicos y humanos son fundamentales para mejorar la calidad y la cantidad de los servicios ofrecidos, así como para ampliar la capacidad de atención y reducir los tiempos de espera para la atención especializada". "Es importante que los profesionales de la salud reciban una capacitación adecuada y actualizada sobre estos trastornos para mejorar la detección temprana y brindar un tratamiento más efectivo". "Estos trastornos requieren una especialización y una comprensión profunda de sus características y causas para un tratamiento efectivo", "es esencial proporcionar una formación más integral y especializada a los profesionales para que puedan reconocer, evaluar y tratar adecuadamente estos trastornos". "Es necesario incluir en la formación académica y continua de los profesionales de la salud módulos específicos sobre estos trastornos y su abordaje multidisciplinario". "En muchos casos, existen brechas significativas en la disponibilidad de profesionales capacitados en este campo, lo que afecta negativamente el acceso oportuno a la atención". "Para mejorar la identificación y el manejo de estos trastornos es fundamental la capacitación especializada". "Estos trastornos requieren un enfoque específico y una comprensión profunda de sus complejidades, y muchos profesionales pueden no haber recibido una formación exhaustiva en este campo". |
| Papel que juega el entorno social y cultural en su abordaje  | "Desempeñan un papel significativo en la aparición y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Incluso es importante considerar la influencia de factores culturales en el diagnóstico y abordaje de estos trastornos". "En precisiones sociales, los estándares de belleza y los actitudes hacia la comida pueden influir en el desarrollo de estos trastornos". "Es esencial abordar estos factores a través de intervenciones que promuevan la aceptación del cuerpo y la educación en hábitos saludables". "Algunos varones pueden enfrentar expectativas culturales rígidas sobre la masculinidad, lo que puede dificultar la búsqueda de ayuda y la expresión de emociones". "La presión social relacionada con la apariencia y los ideales de belleza sobre todo en estos últimos años, ha crecido muchísimo e indiscriminadamente chicos y contribuye a la aparición de los trastornos referidos a la alimentación".  |

TABLA 3

pre-post, con cuestionarios de patología alimentaria como el EAT40, BULIT-R, la escala YBC-EDS y el BSQ, y de bienestar emocional como el STAI y el BDI-II. La intervención fue diseñada con el fin de aumentar la motivación y adherencia al tratamiento, establecer un patrón de conducta alimentario saludable, estabilizar el estado de ánimo y mejorar el autoconcepto. Se llevó a cabo durante 18 meses, siendo las sesiones dos veces a la semana durante los primeros 8 meses y posteriormente semanales. A partir de un análisis cualitativo y cuantitativo de la evolución de la paciente se pudo concluir la eficacia del tratamiento.

Behar (2018) estudió los Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres adultas realizando una búsqueda bibliográfica exhaustiva, utilizando las bases de datos MEDLINE/PubMed, SciELO y la Biblioteca Cochrane, además de textos de consulta especializados. El objetivo fue describir las mujeres en la adultez mediana con TCA, en relación con sus características epidemiológicas, etiopatogénicas, clínicas, evolutivas y terapéuticas. Los resultados arrojaron que las características clínicas y la mayoría de los factores de riesgo son similares a las de mujeres más jóvenes, quizás la continuación de un TCA previo o un inicio tardío de la patología. Por otro lado, se relevaron las variables más distintivas y relevantes para las mujeres de mediana edad, resultando ser la menopausia y la ansiedad relacionada al envejecimiento. Estas mujeres parecen ser menos proclives a desarrollar Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Cruzat Mandich et al. (2017) analizaron en Chile las fases de la alianza terapéutica en los Trastornos de la Conducta Alimentaria para describir su evolución. Aplicaron un diseño cualitativo, descriptivo, basado en la *Grounded Theory*. La muestra incluyó 20 pacientes chilenas portadoras de TCA según criterios del DSM-5. Los resultados evidenciaron que la alianza terapéutica evoluciona en tres etapas. En la primera predomina la desconfianza y la resistencia, luego surge la motivación hacia el tratamiento y en la tercera etapa de resignificación se realiza el manejo de las recaídas, se redefine la enfermedad y se visualiza el fin de la terapia. Se enfatiza la importancia de la creación de un clima de contención, apoyo y seguridad para las pacientes.

## Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son enfermedades mentales graves que se caracterizan por cambios en el comportamiento y las actitudes hacia la alimentación, así como una gran preocupación por el peso y la forma corporal (APA, 2014). Estos trastornos se distinguen por la alteración en los patrones de alimentación o en las conductas para controlar el peso, lo que ocasiona un significativo deterioro físico y psicológico. Es importante destacar que estas conductas no se deben a ninguna enfermedad médica. Los TCA son un problema de salud pública relevante, ya que afectan a una importante proporción de la población, tienden a ser graves y a cronificarse, y se asocian con una elevada comorbilidad y mortalidad. La primera descripción conocida de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se remonta al siglo XVII, en un escrito del médico británico Richard Morton, en el que detallaba síntomas y signos de dos casos de Anorexia Nerviosa (AN). No obstante, fue el psiquiatra francés Ernest Charles Laségue quien dio lugar a la concepción médica de la AN como un trastorno, denominándolo "anorexia histórica". En el siglo XIX se hizo cada vez más evidente el miedo a engordar y la distorsión corporal en los casos de AN, lo que llevó a Russell (1979) a la descripción de la Bulimia Nerviosa (BN). La inclusión de la AN en la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM I (APA, 1952) se hizo en el capítulo Trastornos fisiológicos y viscerales. En el DSM II (APA, 1968), apareció dentro del apartado Síntomas especiales. No obstante, no fue hasta el DSM III (APA, 1980) y su revisión DSM III-R (APA, 1987) que se les denominó Trastornos Alimentarios y se clasificaron estos cuadros (AN y BN) dentro de los trastornos de inicio en la infancia y la

| Tabla 4   |   |
|---|---|
| Dimensión   | Respuestas  |
| Profesionales que conforman un equipo multidisciplinario, estrategias de comunicación y el nivel de cada disciplina al tratamiento. | "En cada equipo sigue su forma de trabajo y que tipo de profesionales lo va a componer". "Puede incluir psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y otros profesionales según las necesidades específicas del paciente". "Es importante abarcar los aspectos de salud física con médicos clínicos, cardiólogos y lo que precise cada paciente". "La comunicación y colaboración entre estos especialistas son cruciales". "Es fundamental mantener una comunicación fluida para asegurar que todos los profesionales estén al tanto de los avances y cambios en el tratamiento del paciente". "Utilizamos sistemas de registro compartido, reuniones de caso y consultación por correo electrónico si influyen cuando es necesario".   |
| Diseño de este abordaje en su práctica  | "Se trabajó en conjunto para evaluar y tratar al paciente desde diferentes perspectivas, buscando una atención integrada y completa". "Se compartieron reuniones y se estableció un plano de tratamiento conjunto". "Es esencial fomentar un ambiente de respeto y colaboración". "La comunicación abierta y la disposición para escuchar diferentes perspectivas son fundamentales en el proceso de toma de decisiones". "Dialogar abiertamente y el enfoque en el bienestar del paciente". "Se discuten y evalúan diferentes opciones de tratamiento hasta llegar a un consenso". "Diferencias a considerar diferentes perspectivas". "El objetivo es tomar decisiones consensuadas que beneficien al paciente y respeten las áreas de experiencia de cada profesional". "Las alianzas pueden proporcionar recursos adicionales y apoyo complementario para los pacientes". "El equipo evalúa las opciones para tomar decisiones informadas y respaldadas por el equipo". "Es importante recordar que cada profesional tiene un rol específico y valores que puede enriquecer el tratamiento del paciente". "Incluye la coordinación de horarios, la comunicación efectiva y la integración de diferentes enfoques terapéuticos". "El ajuste de estrategias de tratamiento para adaptarse a las necesidades individuales de cada paciente". "Algunos desafíos pueden incluir la coordinación de horarios y la comunicación efectiva entre los miembros del equipo".   |
| La importancia, la efectividad y los principales resultados positivos del enfoque multidisciplinario                                | "La colaboración entre diferentes profesionales permite una visión holística del paciente y un abordaje más completo de sus necesidades". "Este formato es complejo y requiere una atención integral que aborde los aspectos físicos, emocionales y nutricionales". "Este enfoque garantiza un abordaje integral que abarca todas las dimensiones del trastorno". "La colaboración de diferentes perspectivas y áreas de especialización permite un tratamiento más completo". "Mejora los tasas de recuperación". "Los resultados positivos incluyen una mejora en su estado de salud física y emocional, así como una mayor adherencia al tratamiento". "Cada paciente requiere una evaluación exhaustiva y un plan de tratamiento personalizado para abordar sus necesidades específicas y en ese punto que se vital importante". "Los miembros de la conducta alimentaria son multifacéticos y complejos, y el enfoque multidisciplinario aborda todas las dimensiones del trastorno". "El trabajo en equipo entre diferentes especialistas garantiza un enfoque integral que mejora la calidad de la atención". "Se ha observado una mayor consistencia de sus patrones de alimentación y comportamiento, una mejora en su relación con la comida y su cuerpo, y una mejor estabilidad emocional. Además, la tasa de recuperación y la prevención de recaídas también han mejorado significativamente con este enfoque". "Cada paciente tiene un conjunto único de desafíos y circunstancias, y el enfoque multidisciplinario nos permite abordarlos de manera más efectiva". "Ha facilitado la prevención de recaídas". |

TABLA 4

| Tabla 5   |  |
|---|--|
| Dimensión   | Respuestas   |
| Mayor relevancia para brindar una atención más efectiva a las pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria | "Fundamental la formación y capacitación de profesionales de la salud mental en el enfoque multidisciplinario para los TCA". "Reforzar de nuevo y reforzar que aborden específicamente estos trastornos y promover la colaboración entre disciplinas". "Fomentar la investigación y actualización constante en este campo para mejorar continuamente la atención que brindamos a nuestros pacientes". "Brindar oportunidades de práctica clínica supervisada en equipos multidisciplinarios". "Realizarlo continuo y la participación en conferencias y simposios especializados pueden enriquecer el conocimiento de los profesionales en este campo en constante evolución". "Es esencial aumentar la conciencia pública sobre estos trastornos para reducir el estigma y facilitar la detección temprana". "Promover campañas de sensibilización y educación del equipo". |

TABLA 5

adolescencia, junto con otros diagnósticos como la pica y el trastorno por rumiación. Finalmente, en el DSM-IV (APA, 1994) los Trastornos Alimentarios se convirtieron en una categoría diagnóstica propia y se mantuvieron sin ningún cambio en su revisión, DSM-IV-TR (APA, 2002). En ambas ediciones se recogieron dos entidades diagnósticas principales que son la AN y la BN. La AN puede ser de tipo restrictiva o de tipo purgativa, en función de la presencia o ausencia de atracones y conductas purgativas. La BN puede presentar dos subtipos, purgativo y no purgativo, dependiendo del uso o no de conductas compensatorias a los atracones.

En la última edición del manual, DSM-5 (APA, 2014), los TCA se incluyen en un grupo de trastornos mentales denominados Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos, que también incluyen la pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, el trastorno por atracón, otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificada. Esta edición incluye como novedades el trastorno por atracón y el trastorno de evitación y restricción, además de la necesidad de valorar la gravedad de la situación actual del problema. Mientras que la AN mantiene los subtipos de ediciones anteriores, la BN no presenta subtipos en esta edición. La heterogeneidad de los TCA y sus subtipos ha llevado a la necesidad de realizar estos cambios en las clasificaciones para responder a la variabilidad clínica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye a los TCA en el capítulo de Trastornos del Comportamiento Asociados a Disfunciones Fisiológicas y a Factores Somáticos en la novena revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades en 1978 (CIE-9) y posteriormente en la CIE-10 (OMS, 1992).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), han mejorado la precisión y especificidad de los diagnósticos de TCA. Los pacientes con TCA suelen presentar síntomas que van más allá de los criterios diagnósticos principales establecidos para estos trastornos. Esto es lo que se entiende por comorbilidad, la presencia de condiciones clínicas adicionales en un paciente con un diagnóstico principal de TCA.

Numerosos estudios respaldan la alta prevalencia de trastornos psicológicos comórbidos en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. En relación al eje I del DSM, se ha encontrado que el 73% de los pacientes con AN restrictiva tienen otro diagnóstico adicional, el 82% de los pacientes con AN purgativa también tienen comorbilidad, y el 60% de los pacientes con BN (Herzog et al., 1992).

Los trastornos mentales más comunes asociados a los TCA son los trastornos afectivos, principalmente la depresión mayor, que aparece en el 40% de los pacientes (Braun et al., 1994). Además, se ha encontrado que el 32% de los pacientes con TCA sufren de distimia. Otro trastorno comórbido destacado es el abuso de sustancias, el cual ha sido reportado en estudios previos (Herzog et al., 1992; Verkes et al., 1996; Kanbur y Harrison, 2016).

Además, un estudio más reciente que investigó la comorbilidad entre el trastorno bipolar y los TCA encontró que el 27% de los individuos con trastorno bipolar también tenían TCA, con un 12% que padecían trastorno de la alimentación no especificado, el 15% con bulimia nerviosa y el 0,2% con anorexia nerviosa (Mc Elroy, et al., 2016).

Es cierto que los trastornos de ansiedad, depresivos y bipolares son comórbidos frecuentes en la anorexia nerviosa (AN). Muchos individuos con AN informan la presencia de síntomas ansiosos o un trastorno de ansiedad previo al inicio del trastorno alimentario. Los trastornos de ansiedad tienen una alta prevalencia en pacientes con AN, estimándose en un 60% (Bulik et al., 1997; Speranza et al., 2001).

En los trastornos de ansiedad generalizados está presente en un 36,8% de los casos, seguido del pánico con una prevalencia del 20%. En algunos casos de AN, se ha descrito la presencia de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), especialmente en los casos de tipo restrictivo. La prevalencia del TOC en la AN se estima en alrededor del 16% de los casos (Bulik et al., 1997; Speranza et al., 2001).

Además, el trastorno por abuso de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias también pueden ser comórbidos con la AN, especialmente en el subtipo con atracones/purgas. La presencia de estos trastornos adicionales puede complicar el curso y el manejo de la AN (APA, 2014).

Los trastornos de ansiedad, depresivos y bipolares también están comórbidamente asociados con la bulimia nerviosa (BN). Estas alteraciones del estado de ánimo a menudo se desarrollan al mismo tiempo o después del inicio de la BN. Sin embargo, hay que considerar que, en muchos casos, estos trastornos del estado de ánimo tienden a remitir tras un tratamiento eficaz para la BN.

La relación entre los trastornos de la personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) es heterogénea y puede variar según los estudios. Se ha estimado que la presencia de trastornos de la personalidad en individuos con TCA oscila entre el 53% y el 93% en diferentes estudios (Powers et al., 1988; Gartner et al., 1989; Skodol et al., 1993).

En el caso de la AN, la presencia de trastornos de la personalidad varía entre el 23% y el 80%, siendo los más comunes el trastorno de personalidad por evitación, el dependiente y el obsesivo-compulsivo (Wonderlich et al., 1994). En la BN, también se encuentra una alta prevalencia de características de la personalidad que cumplen los criterios de uno o varios trastornos de personalidad, siendo el trastorno de la personalidad límite el más frecuente (APA, 2014).

Además de la comorbilidad con trastornos psicológicos, los trastornos alimentarios también tienen comorbilidad con cuestiones físicas u orgánicas. Algunas de ellas son:

- Diabetes Mellitus (DM): Los estudios han mostrado una variabilidad en la prevalencia de la DM en individuos con trastornos de la conducta alimentaria. Se estima que entre el 0,5% y el 7% de los casos de anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN) presentan DM tipo 2. Sin embargo, en los trastornos de la conducta alimentaria con purgas y atracones (TCANE), este porcentaje puede llegar hasta el 20%. Además, se ha observado que hasta el 9% de los diabéticos obesos presentan un TCA.

- Obesidad: Existe una fuerte asociación entre la obesidad y los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Se estima que hasta el 6% de los niños con obesidad pueden presentar TCA. La relación entre la obesidad y los TCA es compleja y multifactorial, y requiere una evaluación y tratamiento adecuados.

- Enfermedades tiroideas: Tanto el hipertiroidismo como el hipotiroidismo pueden tener un impacto relevante en la aparición, curso, pronóstico y tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Aunque no se dispone de estudios de prevalencia específicos, se han descrito casos clínicos que resaltan la importancia de las enfermedades tiroideas en la manifestación de los TCA (Nielsen, 2002).

## Tratamientos y dispositivos asistenciales para los Trastornos de la Conducta Alimentaria

El tratamiento de la AN comprende la rehabilitación nutricional, psicoterapia individual e intervenciones familiares, fundamentalmente psicoeducativas (Herpertz y Salbach, 2009). Las intervenciones se contemplan desde un abordaje multidisciplinario, incluyendo tratamiento médico, nutricional y psicológico (Gentile et al., 2010). La intervención nutricional incluye la recuperación ponderal, la modificación del comportamiento alimentario, la corrección de la baja ingesta de alimentos y corrección de la percepción de los pacientes sobre lo que es una dieta saludable (Lim et al., 2007). Por otro lado, la medicación farmacológica en ocasiones mejora la conducta alimentaria, el estado de ánimo y los síntomas obsesivos, especialmente cuando se encuentra comorbilidad psiquiátrica (Rossi et al., 2007). Con respecto a los tratamientos psicológicos, aunque hay menos estudios, hay consenso en que ante la presencia de intentos de suicidio, problemas físicos producto del bajo peso y familias disfuncionales, no es suficiente el tratamiento ambulatorio (Jáuregui y Bolaños, 2012). El objetivo principal es sacar del riesgo de vida al paciente y restablecer la alimentación.

En cuanto a la BN, se ha avanzado significativamente en la eficacia de los tratamientos psicológicos, pero aún existen limitaciones importantes. Es crucial obtener una mejor comprensión de los mecanismos subyacentes a través de los cuales estos tratamientos producen cambios (Wilson et al., 2002). Los TCANE son clínicamente menos graves que la AN y la BN, pero no están bien investigados y no hay tratamientos específicos para ellos pese a la prevalencia y la gravedad que presentan.

En otra línea, Gowers et al. (2007), en los tratamientos para la AN, buscaron pautas sobre el tipo de atención más adecuada: ambulatoria, centro de día u hospitalización para reducir los costos económicos asociados a ciertos tratamientos. En Estados Unidos aproximadamente la mitad de los pacientes con AN son hospitalizados al menos una vez durante el curso de la enfermedad. Sin embargo, los resultados de estas hospitalizaciones no están claros, ya que las investigaciones sugieren que los pacientes son dados de alta antes de alcanzar el peso objetivo, lo que puede llevar a recaídas y a la necesidad de reingresar a un centro de día (Howard et al., 1999).

Debido a la complejidad de los trastornos alimentarios, los tratamientos suelen ser prolongados y se utilizan diversos recursos asistenciales. La modalidad de tratamiento también varía según la gravedad del trastorno (Cash y Smolak, 2011; Losada y Whittingslow, 2013; Losada y Rodríguez Eraña, 2019). Rio et al. (2002) sostienen que, en casos menos graves, se deriva a los centros de salud mental y se emplea terapia ambulatoria -individual, grupal y familiar- para cuidar a la paciente para que se recupere. Cuando la sintomatología es más grave y el tratamiento ambulatorio resulta insuficiente, se recurre a tratamientos en hospitales de día, unidades residenciales o ingreso hospitalario.

Como dispositivos asistenciales para abordar los Trastornos de la Conducta Alimentaria pueden destacarse:

- Tratamiento ambulatorio: mejora para pacientes con trastornos de gravedad leve o moderada. Es especialmente relevante en la fase de reintegración a la vida normal de los pacientes. Aquellas personas para las que el tratamiento ambulatorio no es eficaz pueden mejorar con un programa de hospital de día.

- Hospital de día: es un recurso de atención continuada, intensiva y estructurada, limitada en el tiempo y orientada a la continuidad de los cuidados en la comunidad. Se considera tratamiento de hospital de día en los TCA a la intervención terapéutica intensiva que se brinda durante todos los días de la semana, con una duración de tres a ocho horas al día. Se ofrecen múltiples sesiones terapéuticas y se realizan las ingestas durante la estancia. El

hospital de día permite que el paciente resida en su hogar y, a menudo, pueda continuar trabajando o estudiando. A lo largo del día se implementa un programa que incluye emergencias psicológicas, recomendaciones conductuales, controles y monitorizaciones, lo que hace que sea más intensivo y efectivo que las consultas externas simples.

- Tratamiento hospitalario: ofrece un entorno estructurado donde el apoyo terapéutico está disponible las 24 horas del día. Cuando la salud del paciente es muy precaria debido a la desnutrición o a las conductas purgativas graves y cuando existe riesgo de conducta autolesivas graves, se lleva a cabo el ingreso hospitalario.

Los criterios de hospitalización según la OMS (1992) son:

-Pérdida de peso muy rápida y grave que generalmente es inferior al 85% del peso normativo correspondiente a la edad, talla y sexo;

-Complicaciones médicas graves (descompensación electrolítica, alteraciones cardíacas);

-Presencia de trastornos psiquiátricos asociados graves;

-Falta de respuesta a un tratamiento ambulatorio, sin conseguir mejoría en el peso o en las conductas purgativas y/o atracones;

-Imposibilidad de tratamiento ambulatorio debido a un ambiente familiar disfuncional que actúa como mantenedor del problema;

-Tentativas de suicidio graves, ya que algunas pacientes con anorexia pueden tener un alto riesgo de suicidio;

-Cuando la paciente resida lejos del hospital de día más cercano.

Estos ingresos pueden ser voluntarios, pero también forzados si el equipo clínico considera de extrema gravedad la condición del paciente (Calvo Sagardoy, 2002).

## Marco normativo

Resulta de gran pertinencia y relevancia poder destacar en este apartado los aspectos sobresalientes de la normativa vigente que reglamenta definen y delimita la prevención y el control de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

La Ley 26.396, Ley de Trastornos Alimentarios, es una legislación argentina que fue promulgada el 23 de septiembre de 2008. La ley pretende prevenir, diagnosticar, tratar y atender a los enfermos alimentarios. Uno de los aspectos más destacados es que establece la obligatoriedad de la cobertura de los tratamientos para los trastornos alimentarios por parte de las obras sociales y las empresas de medicina prepaga. Esto significa que las personas que sufren de trastornos alimentarios tienen derecho a recibir atención médica, psicológica y nutricional adecuada, sin importar su condición económica.

La ley también promueve la capacitación y formación de los profesionales de la salud en la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de los trastornos alimentarios. Esto es fundamental, ya que muchos trastornos alimentarios suelen pasar desapercibidos o son mal diagnosticados, lo que puede llevar a consecuencias graves para la salud física y mental de quienes los padecen. Además, la Ley 26.396 establece la creación de programas de prevención de trastornos alimentarios en un entorno educativo, para concienciar y promover hábitos de vida saludables desde edades tempranas. Esto es importante por la alta prevalencia de trastornos alimentarios en jóvenes y adolescentes.

La implementación de la Ley de Trastornos Alimentarios en Argentina ha tenido avances significativos, pero también enfrenta desafíos. Por un lado, se ha logrado una mayor conciencia sobre estos trastornos y una mejora en el acceso a la atención médica especializada. Aún se necesitan seguir fortaleciendo los recursos y las políticas públicas para garantizar una atención integral y de calidad a las personas afectadas por trastornos alimentarios. Es importante destacar que los trastornos alimentarios, como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y los trastornos por atracón, son enfermedades complejas que requieren un enfoque multidisciplinario para su tratamiento efectivo. La Ley 26.396 es un paso importante hacia la concientización y el abordaje integral de estos trastornos en Argentina, pero aún queda mucho por hacer para garantizar una mejor calidad de vida para quienes los padecen.

## Método

La investigación realizada se llevó a cabo con una metodología cualitativa. Como lo indican Hernández Sampieri et al. (2014) y Losada et al. (2022), esta metodología produce datos descriptivos y estudia a las personas en el contexto de sus vidas cotidianas, a través de su propio relato, manifestando sus vivencias y experiencias, buscando así construir teorías con datos empíricos recolectados en campo para comprender diversas perspectivas desde una lógica inductiva. Se tomó este tipo de metodología para poder comprender e interpretar la trayectoria de los profesionales de la salud mental que abordan en diversos dispositivos de atención los Trastornos de la Conducta Alimentaria. El diseño utilizado se apoya en una *teoría fundada* que propone construir conceptos derivados de la información obtenida de los participantes que experimentan el tema en estudio, permitiendo una explicación general de las limitaciones y/o posibilidades de las entidades para abordar esta temática desde la mirada y experiencia de diferentes profesionales de la salud mental en un ámbito hospitalario público/privado. Con base en los datos empíricos recolectados, se desarrolló una teoría sobre esta función y se presentaron las posibilidades de mejora sugeridas por los participantes.

La muestra estuvo conformada por 12 profesionales de la salud mental y profesionales de la salud dedicados al tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria que se desempeñen en entornos públicos o privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los participantes debieron contar con un mínimo de un año de experiencia en el área de trabajo específico. Se buscó incluir una diversidad de especialistas, tales como psicólogos, médicos clínicos, psiquiatras y nutricionistas con el objetivo de obtener una visión integral y representativa del abordaje terapéutico en trastornos de la conducta alimentaria. La selección de esta muestra de profesionales permitió analizar con mayor profundidad y rigor los enfoques y prácticas utilizadas en el tratamiento de estos trastornos. Se excluyeron profesionales de otras disciplinas afines y de otros servicios, como, enfermeros o médicos de cualquier otra especialidad.

Debido a la estructura de las entrevistas se les proporcionó a los participantes información sobre los temas a considerar, como así también se les brindó la libertad de profundizar en los temas relacionados. Su condición

cuantitativa permitió establecer un marco flexible que garantizó la exploración de la temática, utilizando inicialmente preguntas más generales como desencadenantes y luego preguntas más estructuradas o de contraste para ayudar a profundizar en el tema, planteadas desde un punto de vista neutral que permita buscar la apertura en perspectivas, experiencias y opiniones (Hernández Sampieri et al., 2014; Losada et al., 2022).

La recopilación de datos mediante este método se considera esencial para alcanzar los objetivos de la investigación y brindar una visión integral que contribuye a mejorar la comprensión y abordaje de las cuestiones relacionadas con la salud mental en la población en estudio.

Su diseño se concibió en cuatro secciones que cubrían los temas a considerar. El primero buscaba explorar la práctica general, el segundo reducir esta práctica general al problema específico de los Trastornos en la Conducta Alimentaria, el tercero preguntaba sobre el alcance del abordaje multidisciplinario y, finalmente, el cuarto buscaba obtener información de actores relevantes para mejorar el abordaje del problema investigado. Antes de iniciar el proceso, se solicitó a los participantes su consentimiento informado, que comprendía los objetivos específicos del estudio, la metodología utilizada, la fecha de realización de la investigación, los beneficios y posibles molestias asociadas a la misma. Se destacó el carácter voluntario de su participación y la libertad de concluir la entrevista en cualquier momento que lo desearan (Losada, 2014).

## Resultados

Primero, se exponen los resultados de los análisis realizados para describir la muestra en las variables sociodemográficas [{ver tabla 1}](#).

En la figura 1 [{ver figura 1}](#) se detallan las secciones a partir de las que fueron agrupadas las preguntas de investigación.

### Sección 1 – Sistema de Salud Mental

La primera sección pretendía conocer, desde la experiencia del profesional, el sistema de salud y sus mayores desafíos en la prestación de servicios de Salud Mental, las estrategias más efectivas para reducir el estigma social y el papel de las familias en el diseño y toma de decisiones sobre ellos. En la Tabla 2 [{ver tabla 2}](#) se detallan las respuestas obtenidas por los profesionales.

### Sección 2 - Sistema de Salud Mental para el abordaje de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

En la segunda sección se buscó conocer profundamente las posibilidades y limitaciones del Sistema de Salud Mental ante la presentación de pacientes con un cuadro de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Que desafíos identifican al brindar esta atención, la disponibilidad de servicios especializados, la formación de los profesionales para abordar estos trastornos y el papel que juega el entorno social y cultural. En la Tabla 3 [{ver tabla 3}](#) se detallan las respuestas obtenidas por los profesionales.

### Sección 3 - Abordaje Multidisciplinario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Luego de haber hecho hincapié en el funcionamiento del Sistema de Salud a nivel general, resulta de gran importancia profundizar en el abordaje de los Trastornos de la Conducta Alimentaria interrogando a los profesionales a partir de su experiencia trabajando mediante este enfoque, en tanto profesionales que conforman un equipo multidisciplinario, estrategias de comunicación y el aporte de cada disciplina al tratamiento, los desafíos de este abordaje en su práctica y la importancia, efectividad y principales resultados positivos del enfoque multidisciplinario. Los resultados obtenidos se detallan en la Tabla 4 [{ver tabla 4}](#).

### Sección 4 – Aportes

Tras el análisis del sistema de salud mental y su aplicación en el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, así como una inmersión profunda en el abordaje de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en sí, la presente investigación finaliza buscando que los actores principales realicen sus aportes y propuestas de mejora que consideran indispensables para revitalizar la prestación de asistencia y el enfoque destinado a una patología que demanda atención sumamente especializada. La culminación de esta indagación, que marca el punto de cierre de la investigación, tiene como esencia principal el objetivo de articular en palabras aquellas cuestiones que, si bien están contempladas en la normativa actual, lamentablemente no están siendo implementadas efectivamente en la práctica. Se presentan los datos en la Tabla 5 [{ver tabla 5}](#).

## Discusión

El presente trabajo se propuso analizar las variables clínicas de los pacientes diagnosticados con un Trastorno de la Conducta Alimentaria y los alcances del abordaje multidisciplinario en dispositivos sanitarios en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a partir de la mirada de profesionales de la salud mental. Se buscó conocer, en principio, los aspectos más generales del sistema de salud, para luego enfocar los interrogantes en lo específico del abordaje multidisciplinario en la problemática trabajada. Se ha tematizado mucho acerca de los factores de riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y de sus desencadenantes, demostrándose que la manera más adecuada de abordar este problema es desde la prevención y que la detección precoz es totalmente necesaria para poder lograr un mejor pronóstico de la enfermedad y sus consecuencias.

El tratamiento plantea dificultades derivadas de la dualidad sintomática que presentan, psíquica y somática, y de la actuación de diferentes niveles asistenciales. Otras circunstancias que nos encontramos son la falta de conciencia de enfermedad, la frecuente aparición de esta en la etapa adolescente, así como las dificultades para la detección y el tratamiento precoz de esta patología.

Los datos reflejan una realidad poco satisfactoria a la hora de la atención primaria y, como consecuencia, en la derivación a los servicios especializados. Se reflejó la insuficiencia e inadaptación de los recursos de la red asistencial ante este tipo de patologías. Este problema se acentúa debido a la tendencia de los pacientes a buscar inicialmente ayuda médica de médicos clínicos, que carecen de la formación y experiencia necesarias para detectar

y tratar adecuadamente los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Esta falta de detección temprana y derivación adecuada puede tener consecuencias perjudiciales, ya que retrasa el inicio de la intervención y contribuye al deterioro de la salud de los pacientes antes de recibir el cuidado apropiado.

En este sentido, los entrevistados manifestaron una preocupante falta de recursos humanos para poder hacer frente a la demanda. Cabe aclarar que un paciente de Trastorno de la Conducta Alimentaria puede implicar años de tratamiento intensivo y debe continuar, aunque los aspectos alimentarios se hayan estabilizado. Su duración dependerá del tiempo de evolución del trastorno y su gravedad (Calvo Sagardoy, 2002). Durante este tiempo se tendrán que abordar numerosos desafíos, como la resistencia del paciente al tratamiento sugerido.

En este contexto, la totalidad de los entrevistados manifestaron el papel fundamental de las familias en el proceso de tratamiento. Las familias pueden jugar un papel crucial en la detección temprana y también ser una fuente invaluable de apoyo durante la recuperación. Sin embargo, es importante reconocer que trabajar con las dinámicas familiares puede presentar desafíos propios. La comunicación abierta y efectiva entre los miembros de la familia y el equipo multidisciplinario es esencial para garantizar un enfoque holístico y coherente hacia el tratamiento. Bajo esta línea de análisis, Arrufat et al. (2009) advierten que para optimizar los recursos existentes y realizar una intervención eficaz, es necesaria la colaboración de profesionales que realicen una labor adecuada durante el periodo de evaluación y tratamiento.

No obstante, la colaboración en un equipo multidisciplinario no está exenta de dificultades. Los datos obtenidos muestran que los entrevistados coincidieron en que, aunque este enfoque tiene muchas ventajas, también puede tener lados oscuros que deben abordarse. La necesidad de una comunicación constante y una coordinación efectiva entre diferentes profesionales de la salud mental puede ser un desafío, especialmente cuando se trabaja en diferentes entornos o instituciones. Las reuniones regulares y la interacción constante entre profesionales son esenciales para garantizar que todos los aspectos del tratamiento se consideren y aborden de manera integral.

La adopción de un enfoque multidisciplinario en el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria es el plan terapéutico que más apoyo recibió por parte de los profesionales que trabajan en este campo y fueron interrogados. A pesar de los desafíos mencionados, este enfoque ha demostrado ser altamente efectivo. La combinación de intervenciones médicas, psicológicas y nutricionales aborda las múltiples dimensiones de estos trastornos.

Un aspecto clave en el éxito del enfoque multidisciplinario es la adaptación de las estrategias de tratamiento para satisfacer las necesidades individuales de cada paciente. Conocer los predictores de respuesta al tratamiento y los factores que moderan el efecto de los resultados del tratamiento es importante a la hora de tomar decisiones clínicas más precisas y promover un tratamiento individualizado (Kraemer, 2013). Cada persona enfrenta una combinación única de desafíos y factores contribuyentes, lo que significa que el tratamiento debe ser personalizado y flexible. Al ajustar las estrategias a las necesidades específicas de cada paciente, se maximiza la efectividad de la intervención y se mejora la posibilidad de una recuperación exitosa.

Por otro lado, en el abordaje de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, es indispensable el tratamiento permanente y continuo. En cuanto a esto, se encontró en la experiencia de los profesionales entrevistados que, si el paciente debe quedar en observación o realizar una internación con acompañamiento, es difícil poder brindar una atención de calidad por la falta de formación específica, ya que en general no se cuentan con los recursos humanos para tal servicio. Este último, según lo relevado, es un poco más factible de solicitar en el ámbito privado.

Sobre esto, el marco normativo vigente enuncia la importancia de la prevención y el control de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y establece la obligatoriedad de la cobertura de los tratamientos por parte de las obras sociales y las empresas de medicina prepaga, incluyendo el derecho a recibir la atención médica, psicológica y nutricional adecuada. Los resultados obtenidos revelan una preocupante discrepancia entre lo que la Ley de Trastornos de la Conducta Alimentaria estipula y la realidad observada en la atención a pacientes con TCA en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Del mismo modo, resultó pertinente investigar cuál es el grado de capacitación en la problemática de los Trastornos de la Conducta Alimentaria con la que cuenta el personal sanitario involucrado en la atención. En este punto se encontró una gran falencia en materia de instrucción en todos los trabajadores de distintas especialidades que están en contacto con el paciente. Gran parte de los profesionales entrevistados enfatizaron que el personal sanitario en general cuenta con capacitación, no obstante, carece de formación en materia de salud mental en general y muchos menos en Trastornos de Conducta Alimentaria específicamente. Asimismo, se remarcó que el personal especializado es escaso para la cantidad de pacientes que deben recibir atención.

En todas las reglamentaciones vigentes se enfatiza la importancia de la capacitación, aun así, no se refleja ese interés en la práctica. Es así como La Ley de Salud Mental enuncia que se deberán promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para aquellos que se desempeñen en servicios de salud mental. La Ley Nacional de Trastornos Alimentarios promueve la capacitación y formación de profesionales de la salud en la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de los trastornos alimentarios. Además, dicha ley establece la creación de programas de prevención de los trastornos alimentarios en un entorno educativo, para concienciar y promover hábitos de vida saludables desde edades tempranas.

Pese a existir regulaciones que promueven un enfoque multidisciplinario, se detectó una marcada escasez de recursos humanos especializados en los dispositivos sanitarios analizados. Esta carencia de profesionales capacitados para abordar adecuadamente los TCA repercute directamente en la calidad de la atención y en los resultados terapéuticos alcanzados por los pacientes, generando un obstáculo significativo en la recuperación de los afectados.

Finalmente, se manifestó la necesidad de indagar sobre la efectividad y los principales resultados positivos, si bien estudiar los resultados en esta patología es complejo, debido al curso de la enfermedad, la alta transición entre las categorías diagnósticas de los trastornos alimentarios y las frecuentes recaídas (Carter et al., 2012). Los entrevistados manifestaron que los resultados positivos incluyen tasas más altas de recuperación, disminución de síntomas y mejora en la calidad de vida de los pacientes.

Resultó de gran valía preguntar a los protagonistas cuáles serían las mejoras de relevancia para brindar una atención más efectiva a los pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. Se encontró en sus respuestas la necesidad de tener más recursos humanos, fortalecer la formación y capacitación de profesionales de la salud mental en el enfoque multidisciplinario y la realización de cursos y talleres que aborden específicamente estos trastornos y promuevan la colaboración entre disciplinas. A su vez, del análisis de los datos obtenidos se desprende la urgente necesidad de lograr una articulación e implementación más real y concreta de lo planteado por la Ley de Trastornos Alimentarios. Aunque su objetivo es prevenir, diagnosticar, tratar y atender a quienes padecen trastornos alimentarios en Argentina, uno de los aspectos más destacados es el acceso obligatorio a la cobertura de los tratamientos, observando en este estudio que, más allá del énfasis en lo establecido, no se encuentra próximo a cumplirse.

La investigación ha subrayado la importancia de la colaboración multidisciplinaria entre psicólogos, nutricionistas, psiquiatras y médicos clínicos en la atención de los TCA. Estos profesionales aportan perspectivas complementarias que abordan las dimensiones biológicas, psicológicas y médicas individuales de manera simultánea, lo que se traduce en un tratamiento adaptado a las necesidades de cada paciente.

Asimismo, se ha analizado críticamente la complejidad y la eficacia de este abordaje, poniendo de manifiesto la importancia de la coherencia y la consistencia en la implementación de programas de asistencia. Esta investigación ha resaltado la necesidad de una coordinación fluida y una comunicación constante entre los distintos profesionales involucrados para garantizar el éxito de los tratamientos.

No obstante, es preciso mencionar que se ha observado una escasez de recursos humanos especializados en la materia, por lo cual la realidad demuestra que pensar en este enfoque como un hecho, en la actualidad no es más que un deseo difícil de alcanzar. Mas bien, habría que pensar en la adecuación de los servicios para la atención multidisciplinaria, en tanto infraestructura, recursos humanos, capacitación e interdisciplina.

La realidad de la atención a pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria tiene la impostergable necesidad de que sea considerada política de Estado, para lo cual debe ser incluida dentro de las políticas del sistema de salud general, resaltando el deber de atender y procurar la asistencia de este padecimiento y concentrando los esfuerzos en la prevención, diagnóstico y tratamiento integral de esta problemática.

La presente investigación buscó dar luz sobre las variables clínicas que caracterizan a los pacientes diagnosticados con Trastorno de la Conducta Alimentaria, como así también las perspectivas de los profesionales que se desempeñan en el campo de esta problemática. El contacto directo con psicólogos, psiquiatras, nutricionistas y médicos clínicos permitió relevar los aspectos del abordaje multidisciplinario en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El estudio revela una serie de desafíos y oportunidades cruciales en la búsqueda de un tratamiento efectivo. Se manifestó, a partir de la experiencia y la mirada de quienes se desenvuelven en el abordaje de los Trastornos de la Conducta Alimentaria que el acceso al tratamiento, el papel de las familias, los aspectos complejos de trabajar en equipo, el estigma social y los beneficios del enfoque multidisciplinario son elementos interconectados que deben considerarse juntos para mejorar la atención y el bienestar de los pacientes.

## Referencias

American Psychiatric Association (1952). *Mental disorders*. American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1968). *Mental disorders*. American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1980). *Mental disorders*. American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1987). *Mental disorders*. American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1994). *Mental disorders*. American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2014). *Mental disorders*. American Psychiatric Association.

Amores, B. M. (2018). Intervención psicológica de un Trastornos de la Conducta Alimentaria abordado desde la Terapia Cognitivo Conductual: Presentación de un caso de Anorexia Nerviosa. *Información psicológica*, 116, 79-94.

Behar, R. (2018). Trastornos alimentarios en mujeres adultas (maduras). *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 56(3), 177-185. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272018000300177>

Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Fear, J. y Pickering, A. (1997). Predictores del desarrollo de bulimia nerviosa en mujeres con anorexia nerviosa. *El diario de enfermedades nerviosas y mentales*, 185 (11), 704-707.

Braun, D. L., Sunday, S. R., y Halmi, K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological medicine*, 24(4), 859-867.

Calvo Sagardoy, R. (2002). *Anorexia y bulimia: Guía para padres, educadores y terapeutas*. Planeta.

Carter, J. C, Mercer-Lynn, K. B., Norwood, S. J., Bewell-Weiss, C. V., Crosby, R. D., Woodside, D. B. y Olmsted, M. P. (2012). Un estudio prospectivo de predictores de recaída en la anorexia nerviosa: implicaciones para la prevención de recaídas. *Investigación en psiquiatría*, 200 (2-3), 518-523.

Cash, T. F. y Smolak, L. (2011). *Imagen corporal: un manual de ciencia, práctica y prevención*. Guilford.

Cruzat Mandich, C., Díaz Castrillon, F., Kirszman, D., Moncada Arroyo, L., Aspillaga Hesse, C., y Behar Astudillo, R. (2017). Fases de la alianza terapéutica en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26, (2), 241-248. 10.24205/03276716.2017.1017.

Fernández-Hernández, J. L., Herranz-Hernández, P., y Segovia-Torres, L. (2021). Rechazo del tratamiento para la anorexia nerviosa: opinión de los profesionales de la salud mental sobre voluntariedad y estrés de rol. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 52, (1), 123-131. 10.1016/j.rcp.2021.01.005.

Gartner, A. F., Marcus, R. N., Halmi, K., & Loranger, A. W. (1989). DSM-III-R personality disorders in patients with eating disorders. *The American journal of psychiatry*, 146(12), 1585-1591.

Gentile, MG, Pastorelli, P., Ciceri, R., Manna, GM y Collimedaglia, S. (2010). Tratamiento de realimentación especializado para pacientes con anorexia nerviosa que sufren desnutrición extrema. *Nutrición clínica*, 29 (5), 627-632. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2010.03.008>

Gowers, S. G., Clark, A., Roberts, C., Griffiths, A., Edwards, V., Bryan, C. & Barrett, B. (2007). Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 191(5), 427-435.

Guarin, M. R., Rueda, J. G., Castro, S. M., Ospina, M. M., Betancourth, C. V., Amórtegui, J. P. y Vázquez, L. (2021). Viabilidad y Aceptabilidad del Tratamiento Integral Virtual en Trastornos Alimentarios: Perspectiva de Pacientes, Padres y Terapeutas Durante la Pandemia por COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 52(4), 337-344. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.07.011>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. 4ta edición. Mc Graw Hill.

Herpertz, D. B. y Salbach, A. H. (2009). Descripción general de las modalidades de tratamiento en la anorexia nerviosa adolescente. *Clínicas psiquiátricas para niños y adolescentes de América del Norte*, 18 (1), 131-145.

Herzog, D. B., Keller, M. B., Lavori, P. W., Kenny, G. M., y Sacks, N. R. (1992). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 53(5), 147-152.

Hoek, H. W., y Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of eating disorders*, 34(4), 383-396.

Howard, W.T., Evans, K.K., Quintero-Howard, C.V., Bowers, W. A, y Andersen, A. E. (1999). Predictores de éxito o fracaso de la transición al tratamiento en hospital de día para pacientes hospitalizados con anorexia nerviosa. *Diario Americano de psiquiatría*, 156 (11), 1697-1702. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.11.1697>

Jáuregui, L. I., y Bolaños, R. P. (2012). Revisión del tratamiento dietético-nutricional de la anorexia nerviosa. *Revista médica de Chile*, 140(1), 98-107.

Kanbur, N. y Harrison, A. (2016). Co-ocurrencia de consumo de sustancias y trastornos alimentarios: un abordaje del paciente adolescente en el contexto del cuidado centrado en la familia. una revisión de la literatura. *Uso y abuso de sustancias*, 51 (7), 853-860.

Kraemer, H. C. (2013). Discovering, comparing, and combining moderators of treatment on outcome after randomized clinical trials: a parametric approach. *Statistics in medicine*, 32(11), 1964-1973.

Lim, S. L., Sinaram, S., Ung, E. K., y Kua, E. H. (2007). The pursuit of thinness: an outcome study of anorexia nerviosa. *Singapore Medical Journal*, 48(3), 222-226.

Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental (25 de noviembre de 2010). <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Ley N.º 26.396. Ley de Trastornos Alimentarios (23 de septiembre de 2008). <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/144033/norma.htm>

Losada, A. V., y Rodríguez Eraña, S. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria y prevención primaria. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSA*, 17(1), 189-210.

Losada, A. V. y Whittingslow, M. (2013) *Abordajes sistémicos en trastornos de la conducta alimentaria: técnicas eficaces para pacientes con diagnóstico de trastorno en la conducta alimentaria*. Publicia.

Losada, A. V. (2014). Uso en Investigación y Psicoterapia del Consentimiento Informado. Kerman, B. y Rodríguez Ceberio, M. (Comps.) *En búsqueda de las ciencias de la mente. Investigación en Psicología sistémica, cognitiva y neurocientífica*, 159-167. Editorial Universidad de Flores.

Losada, A.V. Zambrano Villalba, M. C. y Marmo, J. (2022). Clasificación de métodos de investigación en psicología. *PSICOLOGÍA UNEMI*, 6(11), 13-31. 10.29076/issn.2602-8379vol6iss11.2022pp13-31p

- Muñiz Rivas, B. (2019). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la anorexia nerviosa. *Rev. Rol enferm*, 216-227.
- Mc Elroy, S. L., Crow, S., Blom, T. J., Biernacka, J. M., Winham, S. J., Geske, J. y Frye, M. A. (2016). Prevalencia y correlaciones de los trastornos alimentarios del DSM-5 en pacientes con trastorno bipolar. *Revista de trastornos afectivos*, 191, 216-221.
- Nielsen, S. (2002). Eating disorders in females with type 1 diabetes: an update of a meta-analysis. *European Eating Disorders Review: The Professional. Journal of the Eating Disorders Association*, 10(4), 241-254.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. Décima Revisión. Ginebra.
- Ortega, G. A. R. (2023). Anorexia nerviosa: un abordaje psicológico para su tratamiento. *Rhombus*, 3(1), 70. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.36633.29284>
- Powers, P., Coovert, D., Brightwell, D. y Stevens, B. (1988). Otros trastornos psiquiátricos entre pacientes bulímicos. *Psiquiatría integral*, 29 (5), 503-508.
- Rossi, G., Balottin, U., Rossi, M., Chiappedi, M., Fazzi, E., y Lanzi, G. (2007). Pharmacological treatment of anorexia nervosa: a retrospective study in preadolescents and adolescents. *Clinical Pediatrics*, 46(9), 806-811.
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 9(3), 429-448.
- Skodol, A. E., Oldham, J. M., Hyler, S. E., Kellman, H. D., Doidge, N., y Davies, M. (1993). Comorbidity of DSM-III-R eating disorders and personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14(4), 403-416.
- Smink, F., Van Hoeken, D., & Hoek, H. (2012). Epidemiología de los trastornos alimentarios: tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad. *Informes actuales de psiquiatría*, 14(4), 406-14. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Speranza, M., Corcos, M., Godart, N., Loas, G., Guilbaud, O., Jeammet, P. y Flament, M. (2001). Trastornos obsesivo-compulsivos en los trastornos alimentarios. *Comportamientos alimentarios*, 2 (3), 193-207.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 128(5), 825.
- Verkes, R., Pijl, H., Meinders, A. y Van Kempen, G. (1996). Personalidad límite, impulsividad y medidas de monoaminas plaquetarias en la bulimia nerviosa y la conducta suicida recurrente. *Psiquiatría biológica*, 40 (3), 173-180.
- Wilson, G. T., Fairburn, C. C., Agras, W. S., Walsh, B. T., & Kraemer, H. (2002). Cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa: time course and mechanisms of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 267.
- Wonderlich, S. A., Fullerton, D., Swift, W. J., & Klein, M. H. (1994). Five-year outcome from eating disorders: Relevance of personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 15(3), 233-243.

