



FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

**Análisis de 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**

Estudiante: Diaz, Noelia Ailin

Legajo: N.º 24.745

Director/es: Losada, Analía Veronica

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Lic. En Psicología

2023

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial - compartir igual 4-0 internacional y siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra:

Desde la fecha [x]

Dentro de los 6 meses posteriores a su aceptación []

Otro plazo mayor detallar/justificar:

Lugar y fecha: Buenos Aires, 10 de Agosto del año 2023

Firma y aclaración del autor:



Noelia Diaz

Índice

Resumen.....	4
Introducción	5
Delimitación del Objeto de Estudio	5
Objetivos	7
Objetivo Principal.....	7
Objetivos Específicos	7
Estado del Arte.....	8
Marco Teórico.....	11
Diagnóstico	11
Anorexia Nerviosa	12
Criterios del DSM-5 (APA, 2014) para el diagnóstico de la AN	13
Bulimia Nerviosa	15
Criterios diagnósticos de la BN del DSM-5	16
Criterios diagnósticos de la BN en la CIE-10	17
Trastorno por Atracón.....	18
Criterios diagnósticos del DSM-5 para el TA	18
Otro Trastorno Alimentario o de la Ingestión de Alimentos Especificado	19
Características clínicas	19
Prevalencia	19
Comorbilidad.....	20
Tratamientos y Dispositivos Asistenciales para los Trastornos de la Conducta Alimentaria...	22
Marco Normativo	25
Ley de Trastornos Alimentarios	25
Método.....	27

Diseño	27
Participantes	27
Técnica de recolección de datos.....	28
Procedimiento	31
Resultados.....	32
Discusión	42
Conclusión.....	45
Aportes y contribuciones de la Investigación	47
Limitaciones de la Investigación	48
Referencias.....	49
Anexo.....	55

Resumen

Título: Análisis de 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.

La problemática de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) ha cobrado una relevancia creciente en el ámbito de la salud mental y clínica, impactando la calidad de vida de numerosos individuos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en todo el mundo. Estos trastornos, como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, presentan desafíos únicos tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud. En este contexto, surge la necesidad de examinar minuciosamente las variables clínicas que influyen en la manifestación y evolución de los TCA, así como evaluar la eficacia de los enfoques terapéuticos multidisciplinarios en dispositivos sanitarios. Esta temática adquiere dimensiones únicas debido a la interacción de factores culturales, sociales y médicos.

El presente estudio aborda el análisis de 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 desde la perspectiva de psicólogos, psiquiatras, nutricionistas y médicos clínicos. A través de un enfoque cualitativo, se realizaron entrevistas semiestructuradas a 12 profesionales. El análisis de los resultados manifiesta cómo las variables clínicas se entrelazan y contribuyen a la aparición y desarrollo de los TCA siendo su comprensión esencial para diseñar estrategias de tratamiento efectivas.

Palabras claves: Anorexia nerviosa. Bulimia nerviosa. Abordaje Multidisciplinario. Ley de Salud Mental. Ley de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Introducción

Delimitación del Objeto de Estudio

A lo largo de la historia, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) han sido un problema clínico de importancia significativa en los países desarrollados debido a las graves consecuencias psicológicas y físicas que pueden causar, que a menudo son agravadas por altas tasas de comorbilidad psiquiátrica y morbilidad médica, incluso pudiendo llegar a ser mortales, Smink et al. (2012); Stice et al. (2012). El curso de estos trastornos se caracteriza por períodos de remisión y recaída, y una proporción significativa de pacientes no responde favorablemente al tratamiento, lo que puede convertirlos en trastornos crónicos, (Hoek & Hoeken., 2003).

Debido a su complejidad, gravedad y dificultad para establecer diagnósticos y tratamientos específicos, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son cada vez más importantes desde un punto de vista socio-sanitario. Estas enfermedades tienen una etiología multifactorial en la que intervienen factores genéticos, biológicos, de personalidad y socioculturales, y suelen afectar principalmente a niñas y adolescentes, aunque no exclusivamente.

Las manifestaciones clínicas abarcan la conducta, el humor, el discurso y las relaciones familiares, así como también, hay alteraciones metabólicas y endocrinas. Si bien son entidades tratables, su mortalidad y riesgo de recaída son altos. Asimismo, es esperable que haya con gran frecuencia mutación de un trastorno a otro dentro de los TCA.

Se ha hablado mucho sobre los factores de riesgo y desencadenantes de los TCA, y se ha demostrado que la mejor forma de abordar este problema es mediante la prevención, y que es fundamental la detección temprana para obtener un mejor pronóstico de la enfermedad y sus consecuencias. El tratamiento de los TCA es un desafío debido a la naturaleza dual de sus síntomas, que incluyen tanto aspectos psicológicos como físicos, y también debido a la participación de diferentes niveles de atención sanitaria. Además, hay otros obstáculos para superar, como la falta de conciencia de enfermedad, la alta incidencia en la población adolescente y las dificultades en la detección y tratamiento temprano de la patología.

Cada vez es más común que los estudios se enfoquen en identificar predictores y mediadores en los tratamientos de los TCA, con el fin de mejorar la eficacia del mismo. En

Argentina, se presentó la ley 26.396 de Prevención y Control de Trastornos Alimentarios el 8 de septiembre de 2008, que reconoce la importancia de prevenir y controlar los trastornos alimentarios mediante la investigación de sus causas, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades relacionadas, la atención integral y rehabilitación, así como las medidas preventivas para evitar su propagación. Los TCA son trastornos complejos que a menudo requieren la colaboración de diferentes dispositivos asistenciales, como tratamiento ambulatorio, hospital de día y tratamiento hospitalario.

En consecuencia, a la luz de todo lo expuesto, en la presente investigación se ha considerado conveniente profundizar en el conocimiento de los TCA y al ser trastornos con una importante prevalencia, analizar los alcances del abordaje multidisciplinario de los pacientes diagnosticados de un TCA que buscan ayuda y su remisión a dispositivos sanitarios en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Objetivos

Objetivo Principal

Describir 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.

Objetivos Específicos

- Describir las variables clínicas de los pacientes diagnosticados de un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

- Explorar si los dispositivos sanitarios en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se encuentran preparados para responder adecuadamente a la demanda desde diferentes profesionales.

- Analizar la complejidad, efectividad y consistencia del abordaje multidisciplinario de un Trastorno de la Conducta Alimentaria y los programas de asistencia.

- Delimitar la especificidad de cada área terapéutica y su entrecruzamiento con otras disciplinas.

Estado del Arte

Rodríguez Guarín 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 el internamiento 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 del internamiento no voluntario 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 obtuvo como resultado que los profesionales de la salud mental se encuentran sometidos a unas exigencias laborales ambiguas, lo que repercute en su dinámica asistencial.

En una revisión bibliográfica, 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 que tiene como objetivo el mantenimiento de los cambios realizados a lo largo del tratamiento, en tanto que 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.

De modo similar, Alonso Rivera Ortega (2022) realizó una investigación documental sobre el abordaje psicológico para el tratamiento de la anorexia nerviosa planteada en el precedente de la ansiedad alrededor de la imagen corporal y las prácticas ejecutadas para asemejarse a un irreal 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 recopilaron 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.

A su vez, Gaete et al. (2020) abordaron los Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes desde una mirada integral. Realizaron una revisión actualizada sobre la epidemiología, etiología, el impacto en la salud integral, la presentación clínica y el tratamiento de los TCA más frecuentes en la adolescencia con el objetivo de contribuir al conocimiento que poseen los pediatras sobre los TCA en la adolescencia. Como resultado se pudo evidenciar como diversos factores obstaculizan su prevención y tratamiento actualmente en el país, siendo uno de ellos la escasez de capacitación de los profesionales de salud en este tema emergente.

Asimismo, Gómez García (2018) realizó una revisión bibliográfica con el objetivo de dar respuesta a la pregunta de cuál es el impacto de las intervenciones terapéuticas que llevan a cabo las enfermeras en el contexto de unidades de tratamiento de pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. Pretendiendo también, analizar las estrategias comunicativas que utilizan por parte de los profesionales durante el desarrollo de esas intervenciones terapéuticas. La búsqueda se realizó en las bases de datos de Pubmed, CINAHL, seleccionando 25 artículos relevantes. Los resultados reflejaron que de las diferentes intervenciones terapéuticas que llevan a cabo, la relación terapéutica despunta como elemento clave en la adherencia terapéutica y el éxito en alcanzar los resultados de salud deseados.

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 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 en 18 meses, siendo dobles las sesiones durante los primeros 8 meses y posteriormente semanales. A partir de un análisis cualitativo y cuantitativo de la evolución de la paciente, se puede concluir en la eficacia del tratamiento.

Del mismo modo, B. Saad et al. (2021) realizaron una investigación con el objetivo de describir la evolución y el tratamiento en un grupo de adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. La muestra fue conformada por 41 adolescentes menores de 18 años con al menos 6 meses de seguimiento y tratados por un equipo interdisciplinario. 23 presentaron anorexia nerviosa, 9 trastornos alimentarios no especificados, 7 bulimia nerviosa y 2 trastorno por atracones. Los resultados concluyeron en que la mayoría tuvo una mejoría total o parcial, y continuó su tratamiento. No hubo pacientes fallecidos.

Por su parte, 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 a 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 los encontrados en mujeres más jóvenes, pudiendo ser más probablemente la continuación de un TCA previo o un inicio tardío de la patología. Por otro lado, se relevan las variables más distintivas y relevantes para las mujeres de mediana edad son la menopausia y la ansiedad relacionada al envejecimiento, quienes parecen ser menos proclives a desarrollar Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Por último, cabe señalar que Cruzat-Mandich et al. (2017) analizó en Chile las fases de la alianza terapéutica en los Trastornos de la Conducta Alimentaria con el objetivo de describir la evolución de las mismas. Aplicó 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 al tratamiento y en la tercera etapa de re significación se realiza el manejo de las recaídas, se redefine la enfermedad y se visualiza el fin de la terapia. Se enfatiza la creación de un clima de contención, apoyo y seguridad para las pacientes.

Marco Teórico

Diagnóstico

Tal como se mencionó en la introducción de este trabajo, 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 histérica". A lo largo del siglo XIX, se hizo cada vez más evidente la presencia de miedo a engordar y distorsión corporal en los casos de AN, lo que finalmente llevó a la descripción de la Bulimia Nerviosa (BN) por Russell en 1979.

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 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, 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 especificado y trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado. 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 relevante heterogeneidad de los TCA y sus subtipos ha llevado a la necesidad de realizar todos estos cambios en las clasificaciones con el objetivo de dar respuesta 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).

Como se observa existe consenso entre las dos principales clasificaciones diagnósticas, aunque se presentan ciertas diferencias a la hora de entender los TCA.

Anorexia Nerviosa

La AN es un trastorno de la conducta alimentaria grave en el que las personas experimentan un miedo intenso a ganar peso y una distorsión de la imagen corporal, lo que los lleva a reducir significativamente su ingesta de alimentos y a perder peso en exceso. Esta pérdida de peso no se debe a ninguna enfermedad médica subyacente, sino a comportamientos restrictivos como el ayuno, el ejercicio físico excesivo, el uso de laxantes y diuréticos, y la provocación del vómito. Como resultado, las personas que padecen AN pueden presentar un peso inferior al que sería adecuado para su edad, sexo y altura, lo que puede causar graves problemas de salud física y mental si no se trata adecuadamente (Fairburn & Garner, 1986). Las personas que desarrollan AN suelen ser extremadamente inflexibles en su alimentación, limitando rigurosamente la cantidad y el tipo de alimentos que consumen. Una vez que han logrado una cierta pérdida de peso, a menudo

se sienten insatisfechas y se fijan objetivos aún más restrictivos. Esta tendencia a fijar objetivos cada vez más exigentes puede generar que las personas con AN pierdan la percepción de cuál es el peso corporal adecuado, lo que contribuye a perpetuar el trastorno alimentario. En esa misma línea, las personas con AN también experimentan una intensa ansiedad relacionada con los alimentos y la alimentación, lo que puede llevar a comportamientos obsesivos y ritualizados en torno a la comida y la preparación de los alimentos.

A continuación, se presentan los criterios diagnósticos de la AN del DSM y la CIE.

Criterios del DSM-5 (APA, 2014) para el diagnóstico de la AN

A- Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes inferior al mínimo esperado.

B- Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C- Alteración en la forma en la que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Especificar si:

Tipo restrictivo: durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un periodo continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se han cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar si la gravedad actual: La gravedad mínima se fundamenta, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes provienen de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes:

Leve: $IMC \geq 17 \text{ Kg/m}^2$

Moderado: $IMC 16 \text{ a } 16,99 \text{ Kg/m}^2$

Grave: $IMC 15 \text{ a } 15,99 \text{ Kg/m}^2$

Extremo: $IMC < 15 \text{ Kg/m}^2$

Criterios diagnósticos de la CIE-10 para el diagnóstico de la AN

A- Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet 1 de menos de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.

B- La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de:

1) Evitación de consumo de “alimentos que engordan” y por uno o más de uno de los síntomas siguientes.

2) vómitos autoprovocados.

3) purgas intestinales autoprovocadas.

4) ejercicio excesivo.

5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

C- Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la

gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

D- Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras anticonceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

E- Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.

Bulimia Nerviosa

La Bulimia Nerviosa (BN) es un trastorno severo de la conducta alimentaria caracterizado por episodios recurrentes de atracones de alimentos seguidos de comportamientos compensatorios inapropiados, como el vómito autoinducido, el uso de laxantes o diuréticos para prevenir el aumento de peso. Estas conductas están asociadas a un miedo patológico a engordar y una distorsión de la imagen corporal.

El término bulimia deriva del griego boulimos y significa “hambre de buey”, lo que refleja la característica principal del trastorno, que es el consumo de grandes cantidades de comida en un corto periodo de tiempo.

Es importante tener en cuenta que el criterio de atracones no es suficiente para descubrir la BN, ya que también se pueden dar en otros trastornos alimentarios. Por esta razón, es necesario que se presenten conductas purgativas. Además, se ha observado que los atracones no solo son el resultado del hambre, sino que también están relacionados con un malestar emocional. La comida se convierte en una forma de alivio temporal, lo que puede llevar a una espiral de consumo de alimentos para aliviar la ansiedad o el estrés (Calvo, 2002). En ocasiones, es posible que casos de

AN que han dado inicio con dietas estrictas evolucionen a BN, debido a que después de un tiempo prolongado de restricción alimentaria, los individuos experimentan episodios de sobreingestas incontrolables (Grilo, 2006).

Criterios diagnósticos de la BN del DSM-5

A-Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1- Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimento que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.

2- Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B- Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

C- Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D- La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E- La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos, pero no todos los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ningún de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: Un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Grave: Un promedio de 8-13 episodios de comportamientos inapropiados a la semana.

Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Criterios diagnósticos de la BN en la CIE-10

A- Episodios frecuentes de hiperfagia (al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses) en los que el paciente consume grandes cantidades de alimentos en periodos cortos de tiempo.

B- Preocupación persistente por la comida junto a un deseo intenso o un sentimiento de compulsión al comer.

C- El enfermo intenta contrarrestar la repercusión de los atracones en el peso mediante uno o más de los síntomas siguientes:

Vómito autoprovocado.

Abuso de laxantes.

Periodos de ayuno.

Consumo de fármacos tales como supresores de apetito, extractos tiroideos diuréticos. Si la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.

D- Autopercepción de estar demasiado obeso junto a ideas intrusivas de miedo a la obesidad (a menudo conduciendo a un déficit de peso).

Trastorno por Atracón

Criterios diagnósticos del DSM-5 para el TA

A- Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1- Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimento que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.

2- Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B- Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1- Comer mucho más rápidamente de lo normal.

2- Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.

3- Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.

4- Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.

5- Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C- Malestar intenso respecto a los atracones.

D- Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E- El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un periodo continuado.

En remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, no se han cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar la gravedad actual:

Leve: 1-3 atracones a la semana.

Moderado: 4-7 atracones a la semana.

Grave: 8-13 atracones a la semana.

Extremo: 14 o más atracones a la semana.

Otro Trastorno Alimentario o de la Ingestión de Alimentos Especificado

El Trastorno Alimentario o de la Ingesta de Alimentos Especificado (TINA-E) es una categoría diagnóstica utilizada cuando un paciente presenta un trastorno alimentario, pero no cumple con los criterios diagnósticos específicos para la AN, BN o TCA no especificado (TCANE).

Características clínicas

Prevalencia

La prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en Argentina es difícil de determinar debido a la falta de estudios epidemiológicos representativos en todo el país. Sin embargo, se estima que la anorexia nerviosa (AN) tiene una prevalencia del 0,9% en mujeres adolescentes y jóvenes adultos, mientras que la bulimia nerviosa (BN) tiene una prevalencia del 1,9% en la misma población. Se cree que los trastornos alimentarios no especificados (TCA no especificados o TCANE) tienen una prevalencia aún mayor.

Es importante destacar que estos datos son estimaciones basadas en estudios locales y regionales, por lo que no se puede extrapolar la información a toda la población Argentina.

Además, la falta de estudios y el estigma que rodea a los TCA pueden contribuir a la subestimación de la prevalencia real de estos trastornos en el país.

Comorbilidad

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. Sin embargo, los pacientes con TCA a menudo presentan una amplia gama de 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 (Braum, 1994). Además, se ha encontrado que el 32% de los pacientes con TCA sufren de distimia (Halmi, 1992). 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 & 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).

Dentro de los trastornos de ansiedad, se ha encontrado que el trastorno de ansiedad generalizada es el más frecuente, presente en un 36,8% de los casos, seguido del trastorno de 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, es importante tener en cuenta que, en muchos casos, estos trastornos del estado de ánimo tienden a remitir después de 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; Yager et al., 1989; Zanarini et al., 1990; Skodol et al., 1993).

En el caso de la anorexia nerviosa (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 (Johnson & Wonderlich, 1992).

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).

Ahora bien, por fuera de la comorbilidad con trastornos psicológicos, cabe mencionar que son problemas que también tienen comorbilidad con cuestiones físicas u orgánicas.

Algunas de ellas son:

1. 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 (Nielson, 2002).

2. 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.

3. 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.

Tratamientos y Dispositivos Asistenciales para los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Actualmente, el tratamiento de la AN comprende la rehabilitación nutricional, psicoterapia individual e intervenciones familiares, fundamentalmente psicoeducativas (Herpertz & 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 parte, la medicación farmacológica, en ocasiones ha obtenido alguna mejoría en la conducta alimentaria, en el estado de ánimo y en los síntomas obsesivos, especialmente cuando se encuentra comorbilidad psiquiátrica (Rossi et al., 2007).

Con respecto a los tratamientos psicológicos, si bien hay menos estudios, hay consenso de que es preciso la hospitalización cuando existen intentos de suicidio, problemas físicos producto

del bajo peso, no haber obtenido resultados en el tratamiento ambulatorio y familia disfuncionales (Jáuregui & 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 no son clínicamente menos graves que la AN y la BN, sin embargo, no están lo suficientemente investigados y no hay tratamientos específicos para los mismos a pesar de la prevalencia y la gravedad que presentan.

En otra línea, hay una investigación en el ámbito de los tratamientos para la AN que busca establecer pautas sobre el tipo de atención más adecuada: ambulatoria, centro de día u hospitalización con el propósito de reducir los costos económicos asociados a ciertos tratamientos (Gowers et al., 2007). 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 & Smolak, 2011) Según la American Psychiatric Association (Rio et al., 2002), en casos de menor gravedad se deriva a los centros de salud mental y se emplea terapia ambulatoria (individual, grupal y familiar) con el objetivo de brindar los cuidados necesarios para que la paciente 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.

Existen tres dispositivos asistenciales para abordar los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA):

1. 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.

2. 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.
3. 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:

1. Pérdida de peso muy rápida y grave que generalmente es inferior al 85% del peso normativo correspondiente a la edad, talla y sexo;
2. Complicaciones médicas graves (descompensación electrolítica, alteraciones cardíacas, etc.);
3. Presencia de trastornos psiquiátricos asociados graves;
4. Falta de respuesta a un tratamiento ambulatorio, sin conseguir mejoría en el peso o en las conductas purgativas y/o atracones;
5. Imposibilidad de tratamiento ambulatorio debido a un ambiente familiar disfuncional que actúa como mantenedor del problema;
6. Tentativas de suicidio graves, ya que algunas pacientes con anorexia pueden tener un alto riesgo de suicidio;
7. 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, 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.

Ley de Trastornos Alimentarios

La Ley 26.396, Ley de Trastornos Alimentarios, es una legislación argentina que fue promulgada el 23 de septiembre de 2008. Esta ley tiene como objetivo principal la prevención, diagnóstico, tratamiento y atención integral de las personas que padecen trastornos alimentarios en argentina.

Uno de los aspectos más destacados de la Ley 26.396 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 los trastornos alimentarios en un entorno educativo, con el objetivo de generar conciencia y promover hábitos de vida saludables desde edades tempranas. Esto es especialmente importante debido a 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. Sin embargo, todavía existe la necesidad de seguir fortaleciendo los recursos y las políticas públicas para

garantizar una atención integral y de calidad a todas 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

Diseño

El proceso de investigación que se llevó a cabo se caracteriza por ser una metodología cualitativa que tal como lo indica Hernández Sampieri et al. (2014), produce datos descriptivos y estudia a las personas en el contexto de sus vidas cotidianas, a través de su propio relato, desde su punto de vista, manifestando sus vivencias y experiencias, buscando así construir teorías a partir de datos empíricos recolectados en campo teniendo como objetivo principal comprender diversas perspectivas a partir de una lógica inductiva.

Se toma como referencia 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 en este trabajo es una teoría fundamentada que propone construir conceptos derivados directamente de la información obtenida de los participantes que experimentan el tema en estudio, permitiendo una explicación general de las limitaciones y/o posibilidades que ofrecen las entidades para el abordaje de esta temática desde la mirada y experiencia de diferentes profesionales de la salud mental en el contexto específico de 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.

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

permitirá analizar con mayor profundidad y rigor los enfoques y prácticas utilizadas en el tratamiento de estos trastornos. Asimismo, se excluyeron profesionales de otras profesiones afines, como así también de otros servicios, tales como, enfermeros o médicos de cualquier otra especialidad.

Técnica de recolección de datos

En el presente apartado de la tesis de grado, se describe la técnica de recolección de datos utilizados, la cual consiste en la aplicación de entrevistas semidirigidas a profesionales del ámbito de la salud mental. Esta estrategia de investigación se seleccionó debido a su capacidad para proporcionar una comprensión profunda y contextualizada de las percepciones, experiencias y conocimientos de los expertos en el campo.

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 cualitativa permitió establecer un marco flexible que garantizó la exploración en la temática utilizando inicialmente preguntas más generales como desencadenantes y luego preguntas más estructurales 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). Cabe señalar que se tuvo cuidado de lograr la objetividad y evitar condicionamientos de cualquier tipo para no influir en las respuestas de los participantes.

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 estuvo orientado a explorar la práctica general, el segundo intentaba 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 que pudiera ser relevante para mejorar el abordaje del problema investigado.

A continuación, se incluye una lista de preguntas agrupadas en las secciones mencionadas anteriores que han sido brindadas y respondidas por profesionales de la salud y de la salud mental:

Datos Sociodemográficos:

- Género
- Profesión
- Experiencia en el área
- Características del dispositivo en el que trabaja

Sistema de Salud Mental

1. ¿Cuál es su experiencia profesional en el campo de la salud mental y cómo ha interactuado con el sistema de salud en el contexto de la atención psicológica?
2. ¿Cuál considera que es el mayor desafío que enfrenta el sistema de salud en la prestación de servicios de salud mental?
3. En su experiencia, ¿qué estrategias han demostrado ser más efectivas para reducir el estigma asociado a los problemas de salud mental y fomentar una mayor conciencia pública al respecto?
4. ¿Cuál es su perspectiva sobre el papel de los pacientes y sus familias en el diseño y toma de decisiones sobre los servicios de salud mental?

Sistema de salud mental para el abordaje de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

5. ¿Cuál ha sido su experiencia al trabajar con pacientes que presentan trastornos de la conducta alimentaria en el sistema de salud actual?
6. ¿Qué desafíos identifica en el sistema de salud al brindar atención a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria? ¿Cree que hay suficientes recursos?
7. ¿Cuál es la disponibilidad de servicios especializados para el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria en el sistema de salud? ¿Existe alguna brecha en la formación de

los profesionales de la salud mental para abordar adecuadamente los trastornos de la conducta alimentaria?

8. ¿Qué papel juega el entorno social y cultural en la aparición y tratamiento de estos trastornos, y cómo se aborda dentro del sistema de salud?

Abordaje Multidisciplinario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

9. ¿Qué profesionales forman parte del equipo multidisciplinario en el abordaje de los TCA? ¿Cómo colaboran entre sí para mejorar la atención del paciente? ¿Qué estrategias utilizan para la coordinación y comunicación efectiva entre los diferentes profesionales que intervienen en el tratamiento?
10. ¿Qué desafíos suelen enfrentar al trabajar en un enfoque multidisciplinario y cómo los han superado en su práctica?
11. ¿Qué importancia le otorga al enfoque multidisciplinario en el tratamiento de los TCA? ¿Considera que ha demostrado ser más efectivo que otros abordajes? ¿Cuáles son los principales resultados positivos que ha observado en pacientes que han recibido tratamiento mediante este enfoque?

Aportes

12. ¿Qué mejoras sugiere que podrían realizarse en el sistema de salud para brindar una atención más efectiva y completa a los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria?

Procedimiento

Para llevar a cabo las entrevistas, se optó por realizarlas en los consultorios donde los profesionales ejercen su labor como así también de manera virtual y sincrónica mediante videollamadas a través de la plataforma Meet. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de una hora en promedio. Antes de iniciar el proceso, se solicitó a los participantes su consentimiento informado, el cual abarcaba 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 así lo deseen (Losada, 2014).

Resultados

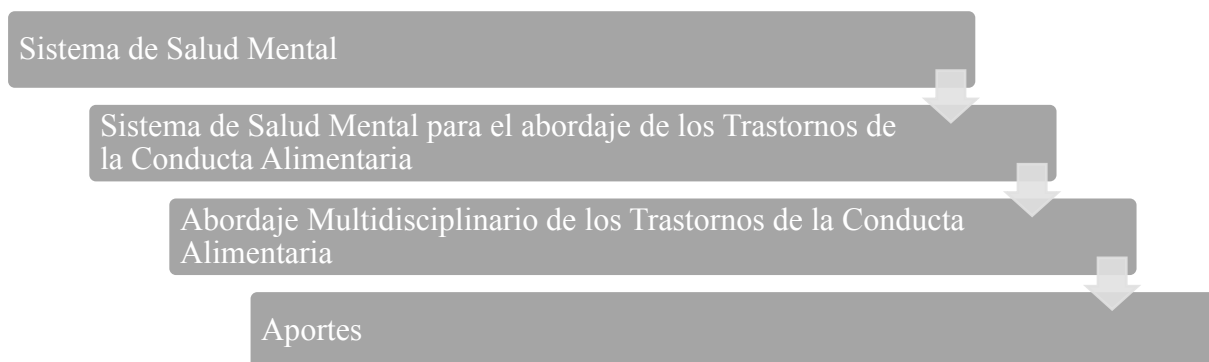
En primer lugar, se exponen los resultados de los análisis llevados a cabo con el objetivo de describir la muestra en las variables socio-demográficas.

Tabla 1 - Composición de la muestra

Denominación	Profesión	Género	Experiencia en el Área	Dispositivo en el que ejerce
Profesional 1	Médico Clínico	Masculino	15 años	Hospital Público
Profesional 2	Médico Clínico	Femenino	12 años	Consultorio Privado
Profesional 3	Nutricionista	Femenino	5 años	Consultorio Privado
Profesional 4	Nutricionista	Femenino	3 años	Centro privado
Profesional 5	Psicólogo	Femenino	3 años	Consultorio Privado
Profesional 6	Psicólogo	Femenino	20 años	Centro Privado
Profesional 7	Psicólogo	Femenino	8 años	Centro Privado
Profesional 8	Psicólogo	Femenino	5 años	Consultorio Privado
Profesional 9	Psicólogo	Masculino	13 años	Centro Privado
Profesional 10	Psicólogo	Femenino	3 años	Consultorio Privado
Profesional 11	Psiquiatra	Masculino	26 años	Consultorio Privado
Profesional 12	Psiquiatra	Femenino	10 años	Centro Privado

En la figura 1, se detallan las secciones a partir de las que fueron agrupadas las preguntas de investigación.

Figura 1 - Secciones estructurales



Sección 1 – Sistema de Salud Mental

Esta primera sección tuvo el objetivo de 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 los servicios de Salud Mental. En la Tabla 2, se detallan las respuestas obtenidas por los profesionales.

Tabla 2 – Sistema de Salud Mental

Dimensión	Respuestas
Desde la experiencia: Como ha interactuado con el sistema de salud en la atención psicológica	“Principalmente en hospitales, colaborando con otros profesionales de la salud mental”, “Me he especializado en salud mental para abordar de forma integral a los pacientes junto a un equipo”, “Mi interacción es estrecha con psicólogos, psiquiatras y otros profesionales de la salud mental”, “Hemos interactuado con el sistema de salud al referir y recibir pacientes para una atención integral y coordinada, asegurándonos de que haya una comunicación efectiva entre los diferentes especialistas involucrados en el tratamiento”, “A través de la coordinación con otros profesionales de la salud, derivaciones a especialistas, y el seguimiento de casos dentro de un enfoque multidisciplinario”, “Estoy en continua interacción por la derivación de pacientes al área clínica”, “He interactuado con el sistema de salud en diversos contextos, como hospitales, centros de atención ambulatoria y centros especializados en

	<p>TCA”, “En mi interacción con el sistema de salud, noté la importancia de una comunicación eficiente entre profesionales de diferentes disciplinas para brindar una atención integral a los pacientes”, “Principalmente a través de clínicas privadas, donde he brindado terapia individual y grupal a pacientes con diferentes trastornos y dificultades emocionales”, “He interactuado a través de derivaciones y colaboración con otros profesionales de la salud mental”, “Colaborando con otros profesionales de la salud mental y coordinando el tratamiento con diferentes especialistas”</p>
<p>Mayores desafíos en la prestación de servicios de Salud Mental</p>	<p>“La prestación de servicios de salud mental es la falta de recursos y la escasez de profesionales especializados”, “El estigma asociado a los problemas de salud mental sigue siendo un obstáculo importante para que las personas busquen y reciban la ayuda que necesitan”, “La falta de recursos adecuados, la larga lista de espera para acceder a servicios especializados y la estigmatización que rodea a los problemas de salud mental”, “La brecha existente entre la demanda de atención y la capacidad de respuesta”, “La limitada disponibilidad de servicios especializados”, “La oferta de profesionales capacitados en este campo es insuficiente”, “La falta de suficientes servicios especializados y recursos financieros”, “Los problemas de salud mental pueden ser subestimados o no recibir la misma prioridad que otros problemas médicos, lo que limita el acceso a servicios de calidad y aumenta la carga emocional para los pacientes y sus familias”</p>
<p>Desde la experiencia: Estrategias más efectivas para reducir el estigma y fomentar una mayor conciencia pública sobre problemas de Salud Mental</p>	<p>“La educación y la difusión de información precisa sobre los trastornos mentales, así como la promoción del diálogo abierto en la sociedad”, “Llevar a cabo campañas de concientización y educación pública. También es importante promover testimonios y experiencias de personas que han superado sus dificultades y trastornos mentales, lo que puede ayudar a fomentar una mayor comprensión y empatía en la sociedad”, “Campañas de educación, charlas informativas en comunidades y escuela”, “Las estrategias más efectivas han sido campañas que desafíen los estereotipos y mitos sobre los TCA llevadas a cabo por marcas como Dove”, “La divulgación para desmitificar los estereotipos y promover</p>

una comprensión más empática de estas condiciones”, “Ayudar a humanizar estas experiencias y desmitificar las condiciones de salud mental”, “Es crucial llevar a cabo campañas de sensibilización que destaquen la importancia de la salud mental y la naturaleza tratable de los trastornos. Además, es fundamental contar con testimonios y voces de personas que han superado sus problemas de salud mental para inspirar a otros”, “Difusión de información basada en evidencia”, “También es importante que figuras públicas y líderes se involucren en destigmatizar los trastornos mentales y promuevan un discurso más empático y comprensivo hacia quienes los padecen”

Papel de los pacientes y familias en el diseño y toma de decisiones sobre los servicios de Salud Mental

“Los pacientes y sus familias deben desempeñar un papel activo en el diseño y toma de decisiones sobre los servicios de salud mental. Considero que la participación del paciente en el proceso de tratamiento es esencial para lograr resultados positivos, ya que su experiencia y perspectiva son fundamentales para adaptar el enfoque terapéutico a sus necesidades individuales”, “Las familias desempeñan un papel vital”, “Es crucial involucrarlos en el proceso de tratamiento, escuchando sus inquietudes y necesidades, y trabajando en conjunto para establecer metas realistas y un plan de tratamiento adecuado”, “Es esencial que los pacientes se sientan empoderados para participar en su proceso de tratamiento y toma de decisiones, y que sus familias estén involucradas como una red de apoyo y comprensión”, “La colaboración activa y respetuosa con los pacientes y sus familias nos permite obtener una comprensión más completa de su situación, sus necesidades y preferencias, lo que a su vez mejora la efectividad del tratamiento y la satisfacción del paciente”, “Es fundamental escuchar sus necesidades y expectativas, involucrarlos en el proceso de tratamiento y ofrecerles información clara y comprensible para que puedan tomar decisiones más acertadas”, “Involucrarlos en el proceso de tratamiento puede aumentar la adherencia y mejorar los resultados”, “El papel de las familias es fundamental, sobre todo para sostener los resultados a largo plazo”, “La comunicación abierta y la colaboración entre el paciente, la familia y el

equipo de profesionales son aspectos esenciales para el éxito del tratamiento”

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, se detallan las respuestas obtenidas por los profesionales.

Tabla 3 - Sistema de Salud Mental para el abordaje de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Dimensión	Respuestas
Experiencia en trabajar con pacientes que presentan Trastornos de la Conducta Alimentaria	“Ha sido desafiante pero gratificante. Estos trastornos requieren un enfoque multidimensional y un equipo de profesionales altamente especializados para ofrecer una atención integral”, “En su 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 altibajos emocionales que experimentan 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”, “Es la detección temprana, ya que a menudo estos trastornos pueden pasar desapercibidos o confundirse con otros problemas de salud”, “Uno de los principales desafíos 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 esta área pueden dificultar el tratamiento o retrasar la intervención adecuada”, “Incluyen la falta de conocimiento y sensibilización sobre estos trastornos en varones”, “Excluyendo a los centros que se ocupan 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 sacarlo del 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 y 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”, “Las presiones sociales, los estándares de belleza y las 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 indefectiblemente afectan y contribuyen a la aparición de los trastornos referidos a la alimentación”

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.

Tabla 4 - Abordaje Multidisciplinario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Dimensión	Respuestas
Profesionales que conforman un equipo multidisciplinario, estrategias de comunicación y el aporte de cada disciplina al tratamiento.	“Y cada equipo elige su forma de trabajo y qué 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 compartidos, reuniones de caso y comunicación por correo electrónico o teléfono cuando es necesario”,
Desafíos de este abordaje en su práctica	“Se trabaja en conjunto para evaluar y tratar al paciente desde diferentes perspectivas, buscando una atención integrada y completa”, “Se comparten observaciones y se establecen planes de tratamiento conjuntos”, “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”, “Diálogo abierto y el enfoque en el bienestar del paciente”, “Se discuten y evalúan diferentes opciones de tratamiento hasta llegar a un consenso”, “Disposición 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”, “En conjunto evaluamos las opciones para tomar decisiones informadas y respaldadas por el equipo”, “Es importante

recordar que cada profesional tiene un enfoque único y valioso que puede enriquecer el tratamiento del paciente”, “Incluyen 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”, “Estos trastornos son complejos y requieren una atención integral que aborde los aspectos físicos, emocionales y nutricionales”, “Este enfoque garantiza un abordaje integral que abarque todas las dimensiones del trastorno”, “La combinación de diferentes perspectivas y áreas de especialización permite un tratamiento más completo”, “Mejora las tasas de recuperación”, “Los resultados positivos incluyen una mejoría 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 rige su vital importancia”, “Los trastornos de la conducta alimentaria son multifactoriales y complejos, y el enfoque multidisciplinario aborda todas las dimensiones del trastorno”, “El trabajo en equipo entre diferentes especialistas garantizan un enfoque completo que mejora la calidad de la atención”, “Se ha observado una mayor conciencia de sus patrones de alimentación y comportamiento, una mejora en su relación con la comida y su cuerpo, y una mayor 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”

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 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.

Tabla 5 – Aportes

Dimensión	Respuestas
Mejoras de relevancia para brindar una atención más efectiva a los pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria	“Fortalecer la formación y capacitación de profesionales de la salud mental en el enfoque multidisciplinario para los TCA”, “Realización de cursos y talleres que aborden específicamente estos trastornos y promuevan 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 multidisciplinario”, “Formación continua 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 reducción del estigma”

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 la misma 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. La duración del mismo, dependerá principalmente del tiempo de evolución del trastorno y su gravedad (Calvo, 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 no solo pueden desempeñar un papel crucial en la detección temprana, sino que también pueden ser una fuente invaluable de apoyo durante el proceso de 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) advierte que para optimizar los recursos existentes y se realice una intervención eficaz, es necesaria la colaboración de un equipo multidisciplinar de profesionales que lleven a cabo una labor adecuada durante el periodo de evaluación y tratamiento.

No obstante, la colaboración en un equipo multidisciplinario no está exenta de dificultades. En este sentido, los datos obtenidos muestran que los entrevistados, unánimemente, acordaron en que, si bien este enfoque tiene muchas ventajas, también puede tener lados oscuros que deben ser abordados. 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 los profesionales son esenciales para garantizar que todos los aspectos del tratamiento estén siendo considerados y abordados 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, resulta de carácter indispensable el tratamiento permanente y continuo. En cuanto a esto, se encontró en la experiencia de los profesionales entrevistados que en los casos que el paciente debe quedar en observación o realizar una internación con acompañamiento resulta muy dificultoso poder brindar el mismo dado que 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 médica 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 cual 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, remarcaron que el personal especializado es escaso para la cantidad de pacientes que deben recibir atención.

A su vez, en todas las reglamentaciones vigentes se pone especial énfasis en la importancia de la capacitación, aun así, no se encuentra reflejado dicho 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. De igual modo y más específicamente, la Ley Nacional de Trastornos Alimentarios también promueve la capacitación y formación de los 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, con el objetivo de generar conciencia y promover hábitos de vida saludables desde edades tempranas.

A pesar de la existencia de regulaciones que promueven un enfoque multidisciplinario, se constató 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.

Más próximos al final se manifestó la necesidad de indagar acerca de la efectividad y los principales resultados positivos, sin embargo estudiar los resultados en esta patología es sumamente 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) sin embargo los entrevistados manifestaron que los resultados positivos de este enfoque incluyen tasas más altas de recuperación, una disminución en la recurrencia de los síntomas y una mejora en la calidad de vida de los pacientes.

Por último, para finalizar la investigación, resultó de gran valía indagar en 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 aquí la necesidad de disponer de mayor cantidad de recursos humanos, fortalecer la formación y capacitación de profesionales de la salud mental en el enfoque multidisciplinario, y a su vez, la realización de cursos y talleres que aborden específicamente estos trastornos y promuevan la colaboración entre disciplinas.

Conclusión

De acuerdo a los resultados obtenidos mediante las entrevistas recogidas de los profesionales de salud, a partir de su experiencia en el trabajo con pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria, se concluye que se logró dar cumplimiento a los objetivos propuestos para la presente investigación, en tanto, se consiguió un pertinente análisis de las variables clínicas de los pacientes con esta patología y los alcances del abordaje multidisciplinario.

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. Si bien, el objetivo principal de la misma es la prevención, diagnóstico, tratamiento y atención integral de las personas que padecen trastornos alimentarios en Argentina, uno de los aspectos más destacados es el acceso obligatorio de la cobertura de los tratamientos, observando en este estudio, que esto, más allá del énfasis en lo establecido, no se encuentra próximo a ser cumplido.

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 escases 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.

Resulta pertinente concluir afirmando que 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 concentrando sus esfuerzos en la prevención, diagnóstico y tratamiento integral de esta problemática.

Aportes y contribuciones de la Investigación

La presente investigación ha aportado 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 los/as psicólogos, psiquiatras, nutricionistas y médicos clínicos permitió relevar empíricamente todos los aspectos del abordaje multidisciplinario en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

A su vez, hemos avanzado en la comprensión de los TCA, tanto sobre su etiología y explicación, como de su tratamiento. Subrayando la importancia de conocer las diferencias que se dan entre las personas con diferentes diagnósticos de Trastorno de la Conducta Alimentaria y que características tienen las pacientes que responden al tratamiento administrado. De esta manera se podrán aplicar tratamientos más eficaces lo que reducirá el costo económico y los recursos asistenciales, ya que hablamos de patologías de larga duración y con un porcentaje elevado de recaídas.

El estudio y la investigación de estas variables revela una serie de desafíos y oportunidades cruciales en la búsqueda de un tratamiento efectivo. Asimismo, se logró dejar en manifiesto, a partir de la experiencia y la mirada de quienes cotidianamente 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 ser considerados en conjunto para mejorar la atención y el bienestar de los pacientes.

Limitaciones de la Investigación

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, las mismas influyeron en la profundidad y amplitud de los hallazgos. En primer lugar, la disponibilidad de datos completos y consistentes sobre pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria en distintos dispositivos sanitarios resultó ser un desafío, lo que podría haber restringido la representatividad de la muestra y la validez de las conclusiones. Además, las diferencias en los enfoques y protocolos de tratamiento entre los profesionales de la salud mental pueden haber introducido ciertos requisitos en los resultados, dificultando la obtención de una imagen completa y uniforme de los beneficios del abordaje multidisciplinario.

A pesar de estas limitaciones, el estudio brindó una visión inicial valiosa sobre el panorama general del sistema de salud en relación con los Trastornos de la Conducta Alimentaria y demostró arrojar luces sobre las posibles ventajas del enfoque multidisciplinario en la atención de esta problemática, destacando la importancia de futuras investigaciones que aborden estos desafíos metodológicos y logren una comprensión más profunda y precisa de la eficacia de dicho enfoque en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

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 neuro-psiquiatría*, 56(3), 177-185. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272018000300177>
- Bulik, CM, Sullivan, PF, 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 disorders1. *Psychological medicine*, 24(4), 859-867.
- Calvo Sagardoy, R. (2002). *Anorexia y bulimia: Guía para padres, educadores y terapeutas*.
- Carter, JC, Mercer-Lynn, KB, Norwood, SJ, Bewell-Weiss, CV, Crosby, RD, Woodside, DB y Olmsted, MP (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, TF y Smolak, L. (Eds.). (2011). *Imagen corporal: un manual de ciencia, práctica y prevención*. Prensa 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*. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/149695>
- De La Guía, G. D. T. (2009). Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria.
- Fairburn, C. G., y Garner, D. M. (1986). The diagnosis of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 5(3), 403-419.
- 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*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.01.005>
- Gaete Pinto, M. V., y López Cárcamo, C. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/180098>
- Gartner, A. F., Marcus, R. N., Halmi, K., y 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>
- Gómez García, F. D. A. (2018). ¿Qué estrategias desarrollan las enfermeras para mejorar la adherencia terapéutica en mujeres adolescentes con anorexia nerviosa institucionalizadas? <http://hdl.handle.net/11201/4274>

- Gowers, S. G., Clark, A., Roberts, C., Griffiths, A., Edwards, V., Bryan, C. y 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*.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.07.011>
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., y Wilson, G. T. (2006). Rapid response to treatment for binge eating disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(3), 602.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.3.602>
- Halmi, K. A. (1992). Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. (*No Title*).
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la Investigación. 4ta edición. Mc Graw Hill.
<https://www.uca.ac.cr/wpcontent/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Herpertz-Dahlmann, B. y Salbach-Andrae, 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 Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of eating disorders*, 34(4), 383-396.

- Howard, WT, Evans, KK, Quintero-Howard, CV, Bowers, WA y Andersen, AE (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-Lobera, I., y Bolaños-Ríos, P. (2012). Revisión del tratamiento dietético-nutricional de la anorexia nerviosa. *Revista médica de Chile*, 140(1), 98-107.
- Johnson, C. y Wonderlich, S. (1992). *Las características de personalidad como factor de riesgo en el desarrollo de trastornos alimentarios*. La etiología de la bulimia nerviosa: El contexto individual y familiar, 179-196.
- 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 nervosa. *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., Whittingslow, M. (2013) Abordajes sistémicos en trastornos de la conducta alimentaria: técnicas eficaces para pacientes con diagnóstico de trastorno en la conducta alimentaria. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/13521>

- Losada, A. V. (2014). Uso en Investigación y Psicoterapia del Consentimiento Informado. Kerman, B. y Rodriguez Ceberio, M. (Comps.) En búsqueda de las ciencias de la mente. *Investigación en Psicología sistémica, cognitiva y neurocientífica*, 159-167. <https://www.aacademica.org/analia.veronica.losada/17>
- Muñiz Ribas, B. (2019). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la anorexia nerviosa. *Rev. Rol enferm*, 216-227. <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?mfn=14689&about=access#>
- McElroy, SL, Crow, S., Blom, TJ, Biernacka, JM, Winham, SJ, Geske, J. y Frye, MA (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, PS, Coovert, DL, Brightwell, DR y Stevens, BA (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.

- Saad, M. B., Eymann, A., Granadosb, N., Rotblatc, G., Dawsonc, M. S., Cibeirac, M. A., y Paz, M. C. Evolución y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: serie de casos. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2021.e364>
- 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., y 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, RJ, Pijl, H., Meinders, AE y Van Kempen, GM (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., y Kraemer, H. (2002). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: time course and mechanisms of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(2), 267.
- Yager, J., Landsverk, J., Edelstein, CK y Hyler, SE (1989). Detección de trastornos de personalidad del Eje II en mujeres con trastornos alimentarios bulímicos. *Psicosomática*, 30 (3), 255-262.

Zanarini, MC, Frankenburg, FR, Pope Jr, HG, Hudson, JI, Yurgelun-Todd, D. y Cicchetti, CJ (1990). Comorbilidad del eje II de la bulimia de peso normal. *Psiquiatría integral*, 31 (1), 20-24.

Anexo

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Me ha sido explicado que los miembros de la Facultad de Psicología de UFLO Universidad, desean 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, desde de la mirada de psicólogos/as, psiquiatras, nutricionistas y médicos clínicos que se desempeñan en el campo. Es por esta razón que se está realizando un trabajo de investigación cuya finalidad es conocer e indagar sobre el abordaje multidisciplinario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Mi participación en la investigación consiste en responder con sinceridad a la administración de los cuestionarios que se me entregarán a continuación.

La participación es voluntaria y en cualquier momento puedo dejar sin efecto la presente autorización, retirándome del presente acto.

Se me ha dicho que mis respuestas u opiniones serán confidenciales y sólo de conocimiento para el equipo de investigación, resguardando mi privacidad y los resultados no serán ligados a mi información que se coloca al pie del presente consentimiento.

Asimismo, se me ha explicado que los resultados globales de la investigación serán presentados en la Facultad de Psicología y que podrán ser expuestos también en congresos y/o publicados en revistas científicas preservándose siempre mi identidad, conforme a la ley 25.326.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos a participar en el mismo, puedo contactar a la Secretaría de Investigación y Desarrollo UFLO, a sinvestydes@uflo.edu.ar o a Losada, Analía Verónica, Directora de la presente investigación, Docente y Vicerrectora de Docencia e Investigación, a analia_losada@yahoo.com.ar.

Habiendo comprendido lo que se me ha explicado, acepto participar en este trabajo de investigación.

Firma:

Aclaración:

DNI:

Fecha: