

EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA ASISTIDOS EN UN SERVICIO ESPECIALIZADO EN EL HOSPITAL “JOSÉ T. BORDA”

PERSANO, Humberto L; SOTO, Sofía; BRENNNA, María Florencia; GIMÉNEZ BACH, Luciana; GONZÁLEZ, Marcela Estefanía; PÉREZ PERTINO, María Belén.

Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Escuela de Nutrición, Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

Introducción: Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son patologías mentales asociadas a una alteración en la ingesta de los alimentos, el peso y la imagen corporal. Un efectivo tratamiento para abordarlos implica la acción de un equipo interdisciplinario cuyo objetivo principal es lograr alcanzar y mantener la salud, tanto física como mental.

Objetivo: El objetivo general fue evaluar el tratamiento nutricional de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria que asisten al dispositivo especializado para estos desórdenes del comportamiento alimentario en el Hospital Borda.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo. Muestreo no probabilístico por conveniencia de historias clínicas. Se evaluó el perfil y el impacto del tratamiento nutricional de los pacientes. Los datos obtenidos fueron procesados

y analizados utilizando el programa Microsoft Excel versión 2010 y el paquete estadístico SPSS versión 15.

Resultados: Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la evolución del IMC en pacientes con AN restrictiva y purgativa, así como también en la disminución de conductas compensatorias de los pacientes con TCA que asisten al tratamiento del Servicio de Salud Mental en Desórdenes del Comportamiento Alimentario del Hospital “José T. Borda: Se observó una disminución de los ayunos en pacientes con AN restrictiva y de las purgas en pacientes con bulimia nerviosa y en éstas disminución del ayuno como conducta compensatoria”; sin embargo no hubo una mejoría del estado nutricional al final del tratamiento en una proporción de la muestra total.

Conclusiones: De esta investigación se concluye que la efectividad del tratamiento es dependiente del diagnóstico de TCA y su mejoría se observa en algunas variables específicas para cada diagnóstico.

Palabras claves: Trastornos de la conducta alimentaria, tratamiento nutricional, IMC, conductas compensatorias.

ABSTRACT

Introduction: Eating disorders are mental pathological conditions associated to an alteration in food intake, the weight and the corporal image. An effective treatment means the action of an interdisciplinary team in order to reach and maintain the physical and mental health

Objective: The general objective was to assess the nutritional treatment of patients with eating disorders who attend to Eating Disorder Unit at The Hospital “José T. Borda”.

Methodology: Descriptive and retrospective study based on a non-probabilistic method of a convenient selection of sampling of medical record. We evaluate the profile and the impact of the nutritional treatment on the patients. Obtained data was processed and analyzed using 2010 version of Microsoft Excel. They were also analyzed by using the SPSS 10.5 statistical package.

Results: In the current study was determined that there are statistically significant differences among anorexia nervosa restrictive and purgative and the BMI after treatment. As well as statistically significant differences compensatory behaviors in patients with eating disorders who attend to the Eating Disorder Unit at The Hospital “José T. Borda”. Reduction in fasting behaviors among patients with anorexia nervosa restrictive type after treatment has been observed and reduction in compensatory behaviors, mainly among bulimia nervosa patients purges and fasting behaviors after treatment. Nevertheless there were not improvement in great part of the sample in the nutritional state at the end of the treatment.

Conclusion: From this investigation it is concluded that the effectiveness of the treatment is dependent on the diagnosis of eating disorder and its improvement is observed in some specific variables for each diagnosis.

Keywords: Eating disorder, nutritional treatment, BMI, compensatory behaviors.

I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son entidades patológicas del campo de la Salud Mental, asociadas a una alteración en la ingesta de los alimentos, la figura y la imagen corporal, cuyo origen se relaciona con factores biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales **(1)**. Los dos tipos principales de TCA son la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN); la AN se caracteriza por un marcado rechazo a mantener un peso mínimo normal para la talla y la BN por la presencia de atracones con o sin conductas purgativas **(2)**; otra categoría la constituyen los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TANE) que codifican los trastornos que no cumplen los criterios para uno específico, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, por sus siglas en inglés). Recientemente se ha incorporado el Trastorno por Atracón en este Manual **(3)**.

En la actualidad los datos epidemiológicos de TCA describen una mayor frecuencia de manifestación entre las mujeres jóvenes, particularmente en la adolescencia o adultez temprana, aproximadamente entre los 15-25 años. La adolescencia se caracteriza por ser una etapa de fuertes cambios, búsqueda de identidad, estructuración de la personalidad, baja autoestima, insatisfacción de la imagen corporal y perfeccionismo conformando así un período de gran vulnerabilidad para el desarrollo de estas patologías **(4,5)**.

En países desarrollados la prevalencia estimada de AN en mujeres jóvenes y adolescentes es de 0,5% a 1%, la de BN de 1% a 3% y la de TANE de 3%; se calcula que entre los varones la prevalencia sería nueve veces menor **(6)**. En Argentina, según un estudio realizado por Quiroga, Zonis & Zukerfeld (1998), los TCA tienen una prevalencia del 13% en adolescentes mujeres. En un estudio de doble fase efectuado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2010 (Rutzstein, G. et al.) concluye que de la muestra total de mujeres el 13,1% presenta TANE, el 0,7% BN y el 0,4% AN; mientras que en la muestra de varones no se halló BN, ni AN siendo todos los casos de TCA detectados como TANE **(7)**. Por otro lado, algunas investigaciones concluyen que la mortalidad asociada a BN es relativamente baja, mientras que para AN los datos obtenidos fueron entre 0,71-12,8% generalmente asociados a el uso de laxantes, vómitos, diuréticos y conductas suicidas **(8)**.

Frente a estos datos de prevalencia y mortalidad resulta entonces necesario analizar las medidas terapéuticas para abordar dichas patologías, ya que, a su vez, estudios muestran que las tasas de recuperación oscilan entre el 39-64% mientras que las tasas de recaídas van desde el 11 al 41% **(9)**.

Se han propuesto tratamientos con diversas modalidades terapéuticas, pero aún se siguen buscando modelos terapéuticos efectivos.

Louis Victor Marcé (1828-1864), médico del Hospital Bicêtre de París, en su estudio titulado “Nota sobre una forma de delirio hipocondriaco consecutivo a las dispepsias”, y caracterizado principalmente por el rechazo alimentario”, donde

observaba que púberes y adolescentes después de un desarrollo físico precoz, presentaban una convicción delirante donde no podías o no debían comer **(10)**. También, afirmaba que el tratamiento debía ser encarado luego del aislamiento de los que lo padecen, lejos de su familia y de su entorno habitual e incluso consideró el uso de la alimentación forzada, si fuera necesario. La alimentación forzada, de amplio uso durante el siglo XIX, parece ser un rezago proveniente de la hospitalización forzada de los siglos anteriores, por lo que tal práctica no era ajena a la mayoría y era percibida más bien como algo común.

Hacia fines del siglo XIX, dos célebres médicos europeos Charles Lasègue(1873) en Francia y Sir William Gull(1874) en Inglaterra serían pioneros en atribuir términos que persistirán para estos cuadros, mientras el primero la denominó “Anorexia Histérica”, el segundo utilizó el término “Anorexia Nerviosa”. Su propuesta de tratamiento, nutrición regular y consejo psicológico, comienzan a tener peso **(11)**.

El advenimiento de la primera guerra mundial y las transformaciones que ésta produjo, cambiaron significativamente el rumbo de la línea de estudio sobre los TCA. Los TCA empiezan a ser tratados desde un punto de vista somático y endocrinológico debido al descubrimiento de la atrofia hipofisaria en TCA.

Tras el período de búsqueda de organicidad, se suceden las teorías de corte psicológico. Con este período los TCA se inscriben nuevamente dentro de los padecimientos enmarcados dentro de las perturbaciones mentales. Por ello mismo, los pacientes eran expuestos a tratamientos propios de la Psiquiatría de la época, **(11-13)**.

En la actualidad si bien la restauración del peso corporal sigue siendo un componente fundamental del tratamiento, la participación familiar desde el inicio resulta ser un pilar indispensable al igual que el abordaje interdisciplinario ya que, en una considerable cantidad de casos, debajo de esa restricción yacen dificultades de personalidad que deben ser atendidas.

El modelo *Maudsley*, que fue concebido por un equipo de psiquiatras y psicólogos del prestigioso *The Maudsley Hospital of London*, cuyo objetivo es que los padres de familia sostengan un papel activo durante el tratamiento de sus hijos, con el fin de ayudar a recuperar el estado nutricional, devolver al adolescente el control sobre lo que come y respaldar su alimentación a través de sesiones sobre cuestiones vitales de su propio desarrollo. El Modelo clásico del Maudsley fue creado por Dare, Lock, Le Grange y Agras (Lock, Le Grange, Agras, et al, 2001) para el trabajo con pacientes adolescentes que sufrían de (AN). Es un modelo basado en la familia, pero no constituye una terapia familiar en el sentido más estricto. A diferencia de la mayoría de los tipos de terapia familiar, el Modelo del Maudsley es un modelo que prescinde de las causas del trastorno alimentario. La familia, principalmente los padres, son vistos como el principal recurso para lograr la recuperación de la o el adolescente que sufre del trastorno. Este modelo de abordaje fue principalmente difundido en Europa y Norteamérica. El modelo *Maudsley* consta de tres fases de tratamiento: la primera está enfocada sobre la restauración nutricional, cuyo eje central versa sobre recuperar la comensalidad familiar, la segunda fase está enfocada en lograr un incremento ponderal y, por último, la fase final está dirigida

hacia el mantenimiento y fortalecimiento de la autonomía del propio adolescente. La versión más reciente del Modelo *Maudsley*, añade la asistencia a familiares/cuidadores en el manejo del cuadro para evitar la perpetuación de la patología en el tiempo, es decir evitar la cronicidad **(14)**. Según los resultados obtenidos en un estudio reciente que analiza la metodología de Hospital de Día integrado por un equipo multidisciplinario basado en un enfoque biopsicosocial de la enfermedad (MIT), acompañado por terapia farmacológica, educación alimentaria y psicoterapia, tanto individual como grupal, en dicho estudio se concluye que dicho tratamiento es el más efectivo a la hora de disminuir los factores que determinan el mantenimiento de dicho trastorno **(15)**.

Una investigación enfocada a analizar la relación entre el funcionamiento familiar y los pacientes con TCA, determinó que la familia juega un rol fundamental no sólo como factor de riesgo, sino también como un posible factor de permanencia de dicha patología **(16,17)**. En este sentido numerosos estudios basados en el tratamiento de estos trastornos mencionan que el grupo familiar debe participar en el abordaje terapéutico para motivar al paciente en la recuperación de dicho trastorno, así como con su posterior mantenimiento **(14,15, 18,19)**.

Un efectivo tratamiento de TCA implica el abordaje a través de un equipo interdisciplinario, el mismo idealmente debe estar comprendido por un médico clínico, un especialista en Nutrición y un especialista en Salud Mental (Psiquiatra y Psicólogo). Todos deben ser profesionales con experiencia en evaluación y tratamiento de TCA y en salud adolescente, ya que es la población más vulnerable

en este tipo de trastornos **(20)**. El objetivo principal del tratamiento es lograr alcanzar y mantener la salud física y mental. El éxito terapéutico para AN y BN es hasta el momento muy escaso, y esto se debe probablemente a la falta de motivación para recuperarse y a que el trastorno es en sí mismo muy valorado por los pacientes **(20)**.

En el inicio del tratamiento nutricional se establece el vínculo entre Nutricionista y paciente, durante este periodo el profesional no debe sujetarse a reglas rígidas, sino acompañar a través de cambios graduales, esto es fundamental para que no ocurra abandono y para una buena evolución del tratamiento. Dentro del mismo se encuentra un enfoque educativo destinado a realizar educación nutricional recalcando la importancia de los nutrientes de los alimentos, con relación a los déficits o pérdidas que se producen al utilizar conductas restrictivas o purgativas respectivamente. En esta intervención se trabaja para mejorar el comportamiento en relación con el alimento y el cuerpo, eliminar creencias alimentarias distorsionadas, disminuir las conductas purgativas y adecuarse a una alimentación saludable **(21-24)**.

El propósito de este trabajo es evaluar la evolución de los pacientes que asisten al Servicio de Salud Mental en Desórdenes del Comportamiento Alimentario del Hospital "José T. Borda". Allí los pacientes asisten para realizar tratamiento en un dispositivo especializado y atendidos por un equipo interdisciplinario en forma ambulatoria, ya sea por consultorios externos o a través del dispositivo de hospital de día, uno para pacientes jóvenes adultos y otro, especialmente enfocado a una población adolescente si la gravedad del caso así lo amerita, donde se realizan

diversas actividades mediante abordajes grupales, así como también, a través de atención individual. Dentro del tratamiento nutricional del hospital de día es condición indispensable concurrir a los talleres de Nutrición. Para poder conocer el desarrollo del taller de adolescentes se realizó una observación no participante.

(Anexo 1)

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Evaluar el resultado del tratamiento nutricional de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria que asisten al dispositivo Servicio de Salud Mental en Desórdenes del Comportamiento Alimentario del Hospital “José T. Borda”.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir el perfil del paciente que asiste al servicio de salud mental en desórdenes del comportamiento alimentario.
- Identificar el estado nutricional de los pacientes al inicio del tratamiento.
- Estimar si los pacientes según el estado nutricional al ingreso lograron alcanzar y/o mantener un peso saludable.
- Identificar los resultados del tratamiento nutricional de los pacientes al final del mismo.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO: Es un estudio retrospectivo sobre historias clínicas, de naturaleza descriptiva al evaluar la evolución a través del tratamiento de las siguientes variables: estado nutricional, conductas de ayuno, conductas purgativas y conductas de ejercicio excesivo.

POBLACIÓN: Historias clínicas de pacientes admitidos al Servicio de Salud Mental en Desórdenes del Comportamiento Alimentario del Hospital “José T. Borda”.

MUESTRA: Se seleccionaron las historias clínicas de forma no probabilística por conveniencia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Historias clínicas de los pacientes que hayan firmado contrato de ingreso al tratamiento.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Historias clínicas de pacientes que no contaron con más del 50% de los datos necesarios para la investigación y con un mínimo de 6 mediciones de IMC.

ASPECTOS ÉTICOS: Quedó asentado el compromiso moral y ético de respetar la confidencialidad en el manejo de los datos recopilados en los registros que conformaron la población en estudio, ajustándose así a la Ley 17.622 referida al secreto profesional.

VARIABLES:

☐ Descriptivas. Variables de caracterización

- Sexo: Cualitativa nominal dicotómica.
 - Categorización: femenino - masculino
- Edad: Cuantitativa discontinua.
- Edad de inicio: Se registró la edad de inicio de los síntomas de la enfermedad. Cuantitativa discontinua.
- Tiempo de evolución: Se determinó por el tiempo transcurrido en años entre la edad de inicio de los síntomas y la edad de ingreso al tratamiento. Cuantitativa discontinua.
- Diagnóstico de TCA: Se determinó el diagnóstico de TCA al ingreso según criterios del DSM-5. Cualitativa nominal.
 - Categorización: AN Restrictiva, AN Purgativa, BN y Trastorno por atracón.
- Tratamiento previo: Se determinó según los registros de las historias clínicas la presencia de tratamiento previo al ingreso. Cualitativa nominal dicotómica.
 - Categorización: Si/No
- Grado de distorsión de la Imagen Corporal (IC): Se determinó el grado de distorsión de la IC por la diferencia entre el Índice de Masa Corporal (IMC:

Peso/Altura²) real y el percibido según la escala de Stunkard. Cualitativa ordinal.

- Categorización: nulo (0 puntos), leve (1 punto), moderado (2 puntos) y grave (3 o más) según la distancia de IMC a la figura de la escala de Stunkard.
- Presencia de conductas compensatorias (CC): Se determinó al ingreso del tratamiento la presencia o ausencia de conductas compensatorias purgativas (laxantes, diuréticos, atracones, medicamentos, vómitos autoprovocados), ayuno (abstenerse total o parcialmente de comer o beber) **(25)** y la práctica de la hiperactividad física como mecanismo de compensación **(26)**. Cualitativa nominal politómica.
 - Categorización: leve (sin conductas), moderada (1 conducta compensatoria), grave (2 o más).
- Estado nutricional previo según IMC. Cualitativa ordinal.

Clasificación para niños y niñas entre 5-19 años según IMC/EDAD

PERCENTILOS (PC)	DIAGNÓSTICO
< 3	Bajo peso
3 - 10	Riesgo bajo peso
10 - 85	Normal
85 - 97	Sobrepeso
> 97	Obesidad

Fuente: SAP- 2013 **(27)**

Clasificación para mayores de 19 años según IMC

RANGO DE IMC	DIAGNÓSTICO
< 18,5	Bajo peso
18,5 - 25	Normal
25 - 30	Sobrepeso
30 - 35	Obesidad
> 35	Obeso clínico

Fuente: NAS - 2002 (28)

☐ De estudio

- Variación del IMC según el estado nutricional previo: Fue determinado al final del tratamiento. Cualitativa nominal dicotómica.
 - Categorización: Óptima/ No óptima.

Variación del estado nutricional previo

Estado nutricional previo	Variación óptima	Variación no óptima
Riesgo de bajo peso	Aumento de IMC	Mantenimiento o descenso de IMC
Bajo peso	Aumento de IMC	Mantenimiento o descenso de IMC
Normal	Mantenimiento	Descenso o ascenso de IMC

Sobrepeso	Descenso de IMC	Mantenimiento o ascenso IMC
Obesidad	Descenso de IMC	Mantenimiento o ascenso IMC

- Eficacia terapéutica: Se tuvo en cuenta al final del tratamiento la disminución de las conductas compensatorias. De acuerdo con Gaete y col. y con base a la psicoeducación que reciben los pacientes que contempla tópicos educativos fundamentales sobre los cuales deben ser informados, para facilitarles realizar los cambios necesarios. Estos son: consecuencias de salud de los TCA; factores conductuales que perpetúan los TCA; efectos adversos como consecuencia de hacer ayuno y de presentar atracones, vómitos inducidos, abuso de laxantes y diuréticos, y sobreconsumo de líquidos; ineffectividad de los métodos de purga utilizados para el control del peso; nutrición básica; mecanismos del hambre y la saciedad; hechos biológicos relacionados con el peso corporal y su regulación; fisiología del ejercicio; y otros (mitos de la nutrición y las dietas, aspectos culturales de los TCA, etc.). Esta consejería se lleva a cabo sobre la base del desarrollo de una relación colaborativa con el paciente **(20)**.

En base a estos estudios diseñamos un modelo propio para categorizar los resultados del tratamiento frente a las conductas purgativas, de acuerdo con la siguiente clasificación cualitativa nominal politómica:

Categorización: Sin eficacia – Eficacia moderada – Eficacia alta

- Sin eficacia terapéutica: Para aquellos pacientes que al final del tratamiento mantuvieron las conductas compensatorias o las aumentaron.
- Eficacia moderada: Para aquellos pacientes que al ingreso del tratamiento no presentaban conductas compensatorias y pudieron mantenerse, así al final del mismo, y también aquellos que sí presentaban conductas compensatorias y pudieron disminuir al menos una al final del mismo.
- Eficacia alta: Para aquellos pacientes que alcanzaron a disminuir dos o más conductas compensatorias.

RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se recogieron datos en el Servicio de Salud Mental en Desórdenes del Comportamiento Alimentario del Hospital “José T. Borda” a través de los registros de las historias clínicas de pacientes activos (aquellos actualmente en tratamiento) y pasivos (aquellos que ya no asisten) asistidos específicamente en el “Dispositivo del Hospital de Día” de dicho servicio.

Se obtuvieron datos generales como número de historia clínica, edad y sexo. Por otro lado, también se relevaron datos específicos del tratamiento como: edad de inicio de la enfermedad, criterios de diagnóstico de DSM-5, existencia o no de

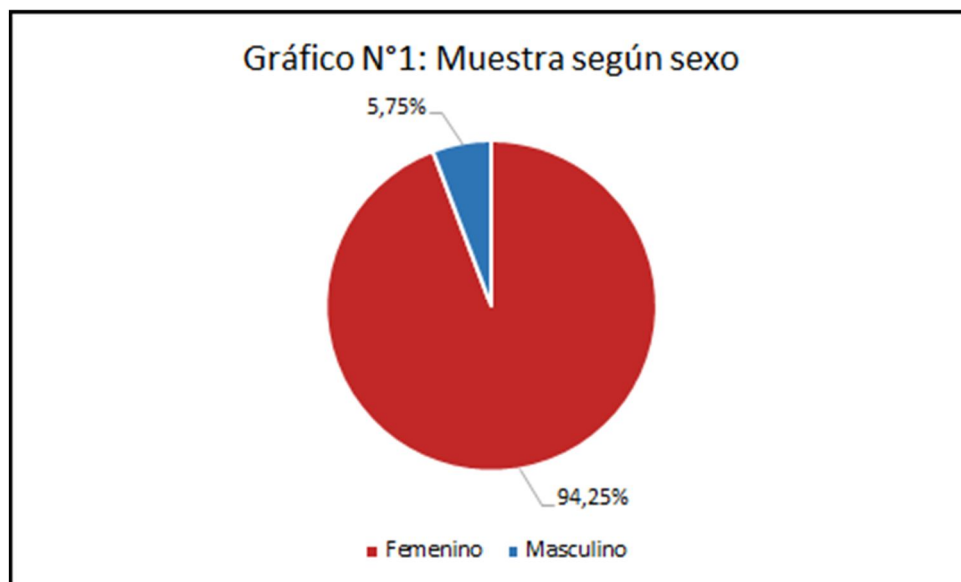
tratamiento previo, duración del tratamiento, presencia de conductas compensatorias; y por último con respecto al IMC se consideró el IMC al inicio del tratamiento, el percibido según la escala de Stunkard y Stellard modificado por Collins **(29)** (Anexo 2) para la determinación de la distorsión de la ICy los sucesivos IMC, obtenidos en cada consulta nutricional.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó el registro de los datos utilizando una matriz de elaboración propia. Los datos obtenidos fueron procesados y analizados utilizando el programa Microsoft Excel versión 2010 (Anexo 3) y el paquete estadístico SPSS versión 15. Para expresar las variables cuantitativas se utilizaron la media y el desvío estándar, y para las cualitativas la frecuencia absoluta y el porcentaje. Para la comparación de grupos se emplearon pruebas χ^2 y T de Student con IC 95%, para todos los análisis el nivel de significancia fue de $p < 0,05$.

IV. RESULTADOS

Para la realización del presente estudio se analizó una muestra de 87 historias clínicas de pacientes ($n=87$) de las cuales 94,25% fueron mujeres y el 5,75% hombres. Ver (Gráfico N° 1).



Fuente: elaboración propia (n=87)

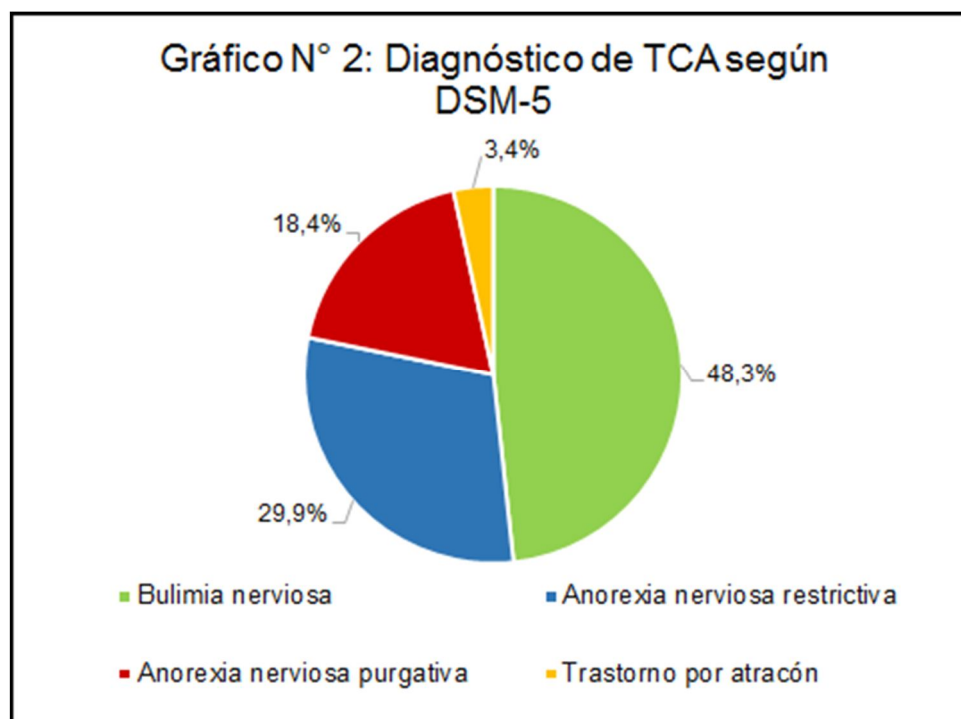
La edad promedio de inicio de tratamiento fue de $20,23 \pm 0,571$ años, mientras que la edad promedio de inicio de la enfermedad fue $14,55 \pm 3,79$ años.

Considerando la diferencia entre la edad de los pacientes al inicio del tratamiento y la que tenían en el momento de la manifestación de signos y síntomas del TCA se determinó que el tiempo promedio de evolución hasta que fueron admitidos fue de $5,68 \pm 4,91$ años.

Diagnóstico de TCA según DSM-5

Según el diagnóstico de TCA realizado a partir del DSM-5 del total de la muestra (n=87) casi la mitad presentó diagnóstico de BN con un 48,3%, seguido de casi un

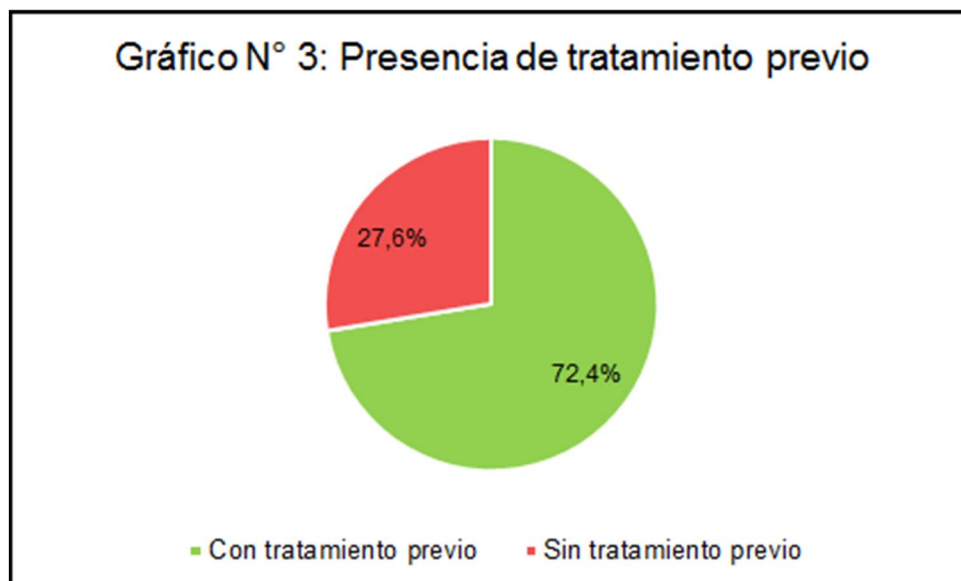
30% con AN restrictiva (29,9%), un 18,4% de AN purgativa y sólo un 3,4% presentó trastorno por atracón. Ver (Gráfico N° 2).



Fuente: elaboración propia (n=87)

Tratamiento previo

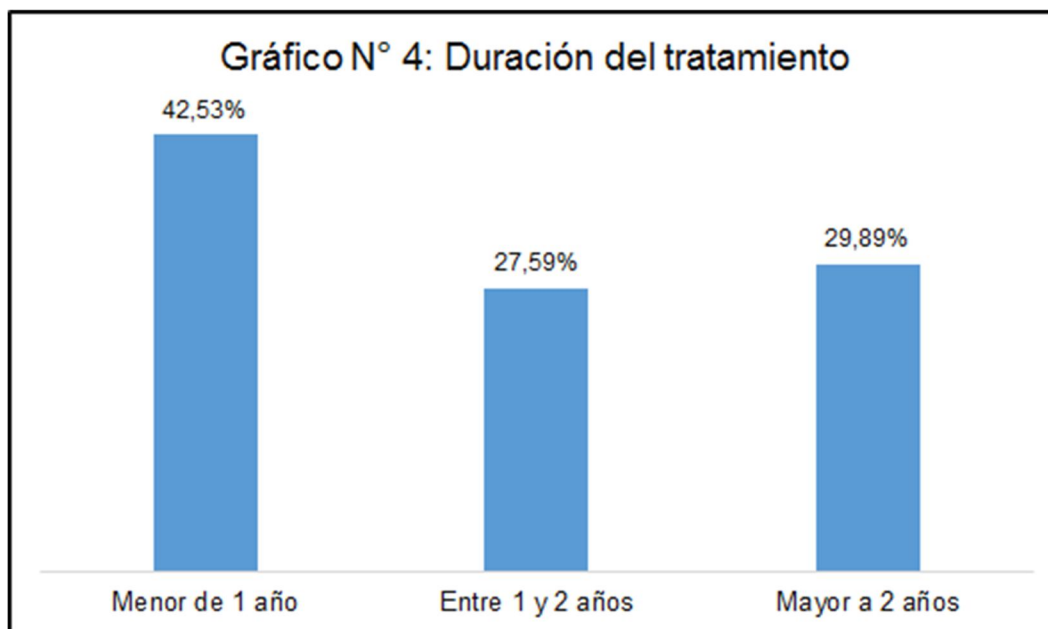
Con respecto a la asistencia de los pacientes a un tratamiento previo, se observó que alrededor del total de la muestra (n=87) el 70% había recurrido con anterioridad a medidas terapéuticas para tratar el TCA; y el 30% restante manifestó no haber efectuado ningún tipo de terapia. Ver (Gráfico N° 3).



Fuente: elaboración propia (n=87)

Duración del tratamiento

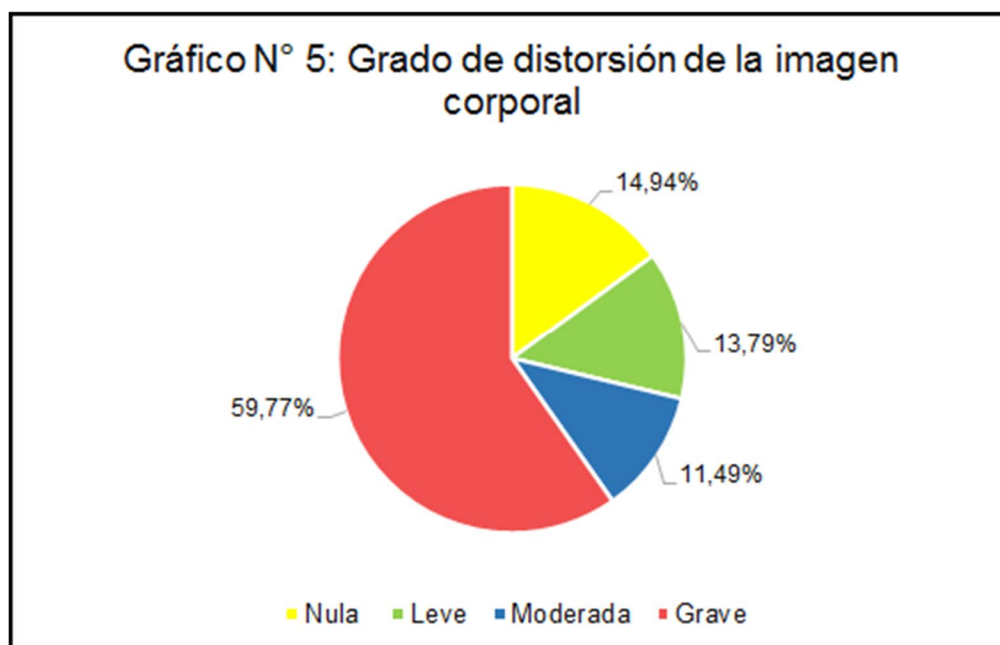
Teniendo en cuenta la duración del tratamiento se determinó que la mayoría de los casos de la muestra (n=87), el 42,53%, asistió al dispositivo en un tiempo menor a 1 año; entre 1 y 2 años el 27,59% y más de 2 años el 29,89%. Ver (Gráfico N°4).



Fuente: elaboración propia (n=87)

Grado de distorsión de la imagen corporal

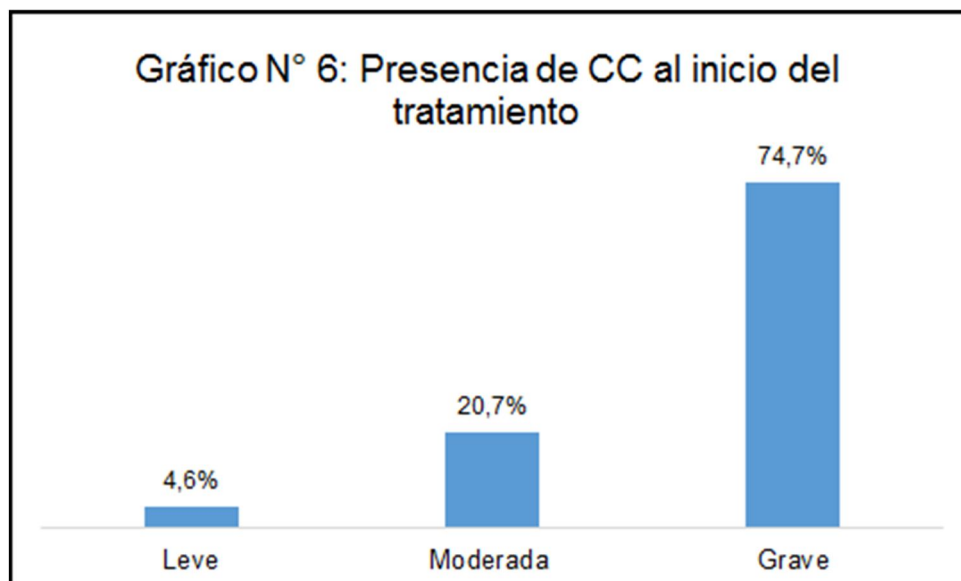
Del total de la muestra (n=87), se observó que un gran porcentaje 59,77% presentó un grado de distorsión grave en relación con la imagen corporal percibida; para las categorías nula, leve, moderada los valores son muy inferiores, siendo estos de un 14,94%, un 13,79% y de un 11,49% respectivamente. Ver (Gráfico N° 5).



Fuente: elaboración propia (n=87)

Presencia de conductas compensatorias al inicio del tratamiento

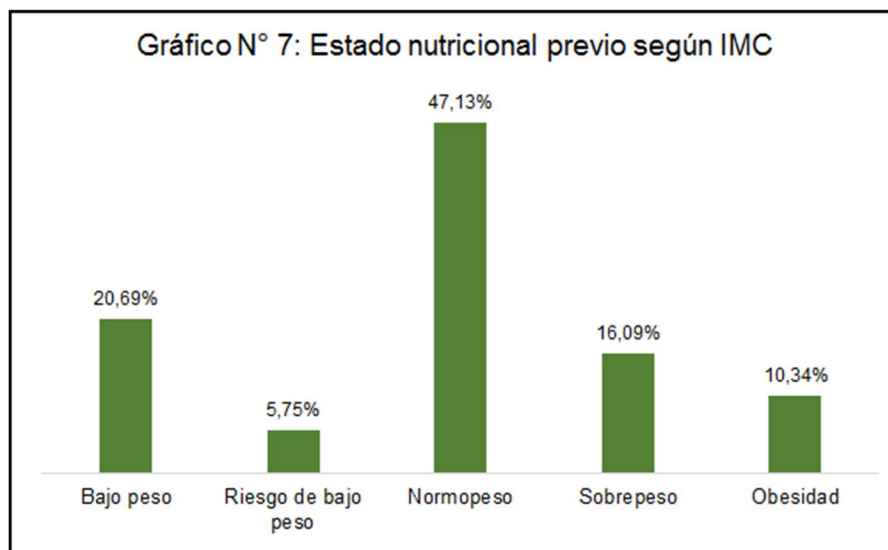
Se determinó del total de la muestra (n=87), que las conductas compensatorias (hiperactividad física, ayuno y medidas purgativas) se presentaron en forma leve 4,6%, moderada 20,7% y en forma grave un 74,7%, con un amplio margen de diferencia respecto de las formas leves y moderadas. Ver (Gráfico N° 6).



Fuente: elaboración propia (n=87)

Estado nutricional al ingreso del tratamiento según IMC

En cuanto al estado nutricional según IMC previo al tratamiento casi la mitad del total de la muestra (n=87), con un 47,13%, presentó normopeso, seguido de un 20,69% con bajo peso, el 16,09% sobrepeso, el 10,35% obesidad y sólo un 5,75% tenía diagnóstico de riesgo de bajo peso. Ver (Gráfico N ° 7).



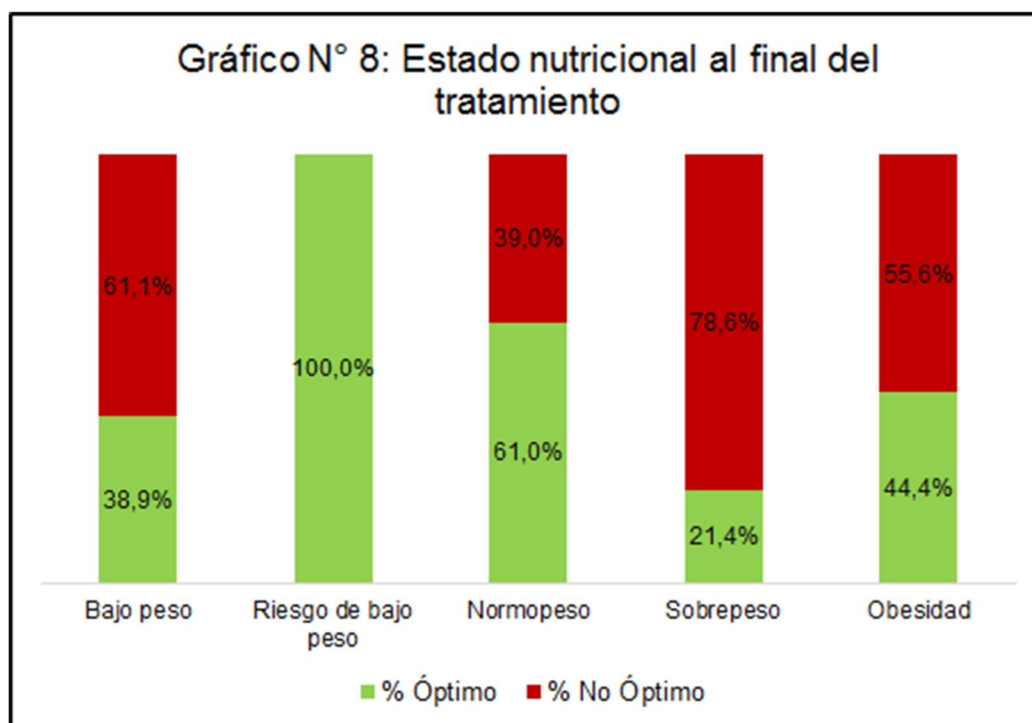
Fuente: elaboración propia (n=87)

Evolución del Estado nutricional

Al comparar el estado nutricional del inicio con el obtenido al final del tratamiento, sobre el total de la muestra (n=87), a nivel general se observó que el 50,57% de los pacientes tuvieron una evolución favorable de su IMC. De los que comenzaron con bajo peso, un 38,9% lograron aumentar su peso, por ello se consideró óptima su evolución. Mientras que los que fueron diagnosticados como riesgo de bajo peso lo recuperaron en su totalidad variables normales de peso, también fue considerada una evolución óptima. Por otro lado, el 21,4% de los pacientes con sobrepeso y el 44,4% con obesidad consiguieron disminuir su IMC, lo cual fue considerada una buena evolución también. Finalmente, dentro de los que presentaban normopeso el 61% pudo mantener su peso. Como evolución no óptima, se observó que el 39,0%

de los que tenían normopeso, tuvo una variación desfavorable de su estado nutricional. Ver (Gráfico N° 8).

Como los desórdenes del comportamiento alimentario incluyen muchos factores intervinientes y por ello son complejos, la evolución de dichos cuadros puede ofrecer distintos matices. Cabe aclarar que muchas veces los pacientes presentan mejoría en algunas áreas de su funcionamiento o de su sintomatología. Tales como, una mejoría en sus relaciones interpersonales, en la aceptación de la enfermedad, así como también una disminución de conductas impulsivas. Esta mejoría no siempre se acompaña de la restauración del estado nutricional. Estudios futuros podrán arrojar luz sobre estos aspectos, pero no formaban parte del objetivo de este trabajo.



Fuente: elaboración propia (n=87)

Evolución del estado nutricional según diagnóstico TCA

Al final del tratamiento la evolución del estado nutricional según diagnóstico de TCA se observó que del total de los pacientes que presentaban AN restrictiva, mejoraron un 65,38%, seguido por AN purgativa con un 56,25%, al comparar la evolución del IMC al final del tratamiento se relevó un cambio significativo para ambas muestras de pacientes con diagnóstico de anorexia ($p < 0,001$). Al realizar una comparación de muestras relacionadas, los resultados de eficacia al final del tratamiento fueron significativos para ambas muestras: AN restrictiva ($p < 0,001$) y AN purgativa ($p < 0,001$). Por otro lado, quienes padecían BN, progresaron favorablemente en un 40,48% pero la eficacia no fue significativa ($p = 0,464$) y aquellos con trastorno por atracón sólo un 33,33% lograron mejorar su estado nutricional, sin embargo, este último grupo no puede ser considerado para su evaluación debido a la escasa cantidad de casos.

Es decir, que la efectividad del tratamiento es dependiente del trastorno alimentario predominante, puesto que se observaron diferencias estadísticamente significativas en el IMC de pacientes con anorexia al final del tratamiento, aunque algunos casos mantuvieron su IMC y un caso empeoró durante el tratamiento. En la muestra global la eficacia fue significativa al final del tratamiento tanto para AN restrictiva como purgativa ($p < 0,001$).

Tabla N° 1: Evolución del estado nutricional según IMC en relación al diagnóstico de TCA

Diagnóstico según DSM-5	n	Óptimo		No óptimo		Varianza	DE	IC Inf	IC Sup
	Fa	Fa	%	Fa	%				
Anorexia nerviosa restrictiva	26	17	65,38%	9	34,62%	0,23	0,48	57,89%	72,88%
Anorexia nerviosa purgativo	16	9	56,25%	7	43,75%	0,25	0,50	46,19%	66,31%
Bulimia nerviosa	42	17	40,48%	25	59,52%	0,24	0,49	34,71%	46,25%
Trastorno por atracon	3	1	33,33%	2	66,67%	0,22	0,47	13,85%	52,81%
TOTAL	87	44	50,57%	43	49,43%	0,25	0,50	46,28%	54,87%

Fuente: elaboración propia (n=87)

Evolución según permanencia en el dispositivo

Considerando la duración del tratamiento y el estado nutricional se estimó que de los pacientes que concurrieron al dispositivo menos de 1 año, 37 pacientes, evolucionaron favorablemente representando un 54,05% y aquellos que asistieron más de 2 años, 26 pacientes, representaron un 53,85%; por lo cual no hay diferencias estadísticamente significativas entre las muestras ($p=0,58$). Por otro lado, los pacientes con una duración entre 1 y 2 años (24 pacientes) presentaron una inferior mejora del IMC con un 41,67% (Tabla N°2).

Tabla N°2: Mejora del estado nutricional según permanencia en el dispositivo

Duración	n	Óptimo		No óptimo	
Años	Fa	Fa	%	Fa	%
<1	37	20	54,05	17	45,95
1 a 2	24	10	41,67	14	58,33
>2	26	14	53,85	12	46,15
Total	87	44		43	

Fuente: elaboración propia (n=87)

Conductas compensatorias

Al comparar las diferencias entre las medias antes y después del tratamiento las conductas compensatorias en forma general disminuyeron significativamente un 31,58% ($p < 0,001$).

En cuanto a la medición de la eficacia del tratamiento el 14,94%, (13 pacientes) alcanzó una eficacia alta, un 35,63% (31 pacientes) una eficacia moderada mientras que para el 49,43% (43 pacientes) no resultó eficaz.

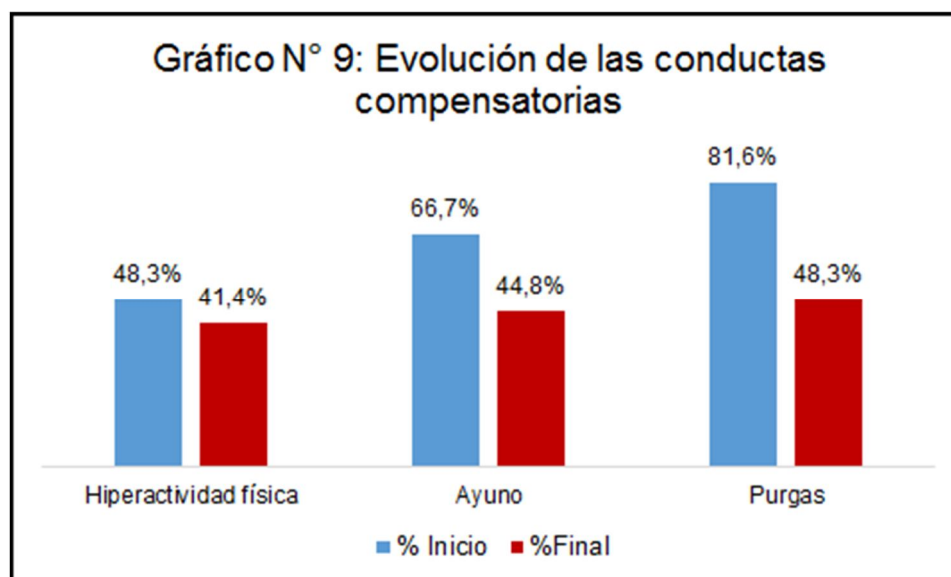
Al discriminar las distintas conductas compensatorias los valores disminuyeron 6,9%, 21,84% y 33,33% para hiperactividad física, ayuno y purgas respectivamente. Ver (Gráfico N°9).

Diferenciando la muestra por diagnósticos la disminución de las purgas en la AN purgativa no fue tan significativa al realizar una comparación de muestras relacionadas, al comienzo y al final del tratamiento, AN purgativa ($p = 0,02$), en

comparación con la disminución de las purgas en los casos de bulimia donde la eficacia del tratamiento fue significativa ($p<0,001$).

El ayuno como conducta compensatoria disminuyó significativamente en las AN restrictivas al comparar inicio y final de tratamiento ($p<0,001$). En cambio en las AN purgativas las conductas de ayuno no mejoraron significativamente entre el inicio y el final del tratamiento ($p=0,164$). Los casos de bulimia tuvieron una mejoría frente a las conductas compensatorias de ayuno ($p<0,01$) al comparar inicio y fin de tratamiento, aunque no fueron tan significativas como en los casos de AN restrictiva. En todos los casos se utilizó en T de Student para muestras relacionadas.

Con respecto al ejercicio como conducta compensatoria no evidencia una mejoría significativa ni en los casos de AN restrictiva ($p=0,161$), ni en los d AN purgativa ($p=0,333$), ni tampoco en los casos de bulimia nerviosa ($p=0,44$). Lo cual se mostró como la variable con mayor resistencia al cambio luego del tratamiento.



Fuente: elaboración propia (n=87)

V. DISCUSIÓN

En el presente trabajo la muestra (n=87) quedó conformada por un 94,25%, 82 mujeres y un 5,75%, 5 hombres, siendo comparable con los datos epidemiológicos de estudios anteriores donde la prevalencia de mujeres que padecen algún TCA es nueve veces mayor que la de hombres **(4-6)**.

En relación con la edad de inicio de la enfermedad, se obtuvo una edad promedio de $14,55 \pm 3,79$ años, coincidente con los estudios que refieren que los casos de TCA se presentan mayormente en población adolescente y jóvenes adultos, entre los 15-25 años **(4)**.

El tiempo de evolución entre la manifestación de la enfermedad y el inicio del tratamiento fue de $5,68 \pm 4,91$ años. Cabe destacar que aproximadamente el 70% de la muestra asistió con anterioridad a algún tipo de tratamiento, demostrando una posible ineficacia en las intervenciones terapéuticas previas **(9-20)**.

Con respecto a los diagnósticos de TCA según el DSM-5, los datos obtenidos demuestran que la cantidad de pacientes con AN (48,3%), ya sea purgativa o restrictiva coincidieron con los de BN (48,3%) siendo en menor medida los trastornos por atracón (3,4%). Estos resultados fueron similares a los divulgados por distintos autores, donde se expresa que la AN y la BN son los dos tipos principales de TCA con una prevalencia en jóvenes y adolescentes de 0,5% a 1% y de 1% a 3% respectivamente **(2,4-6)**.

Otra investigación concluye que en la muestra estudiada no se hallaron casos de BN, ni AN en los hombres, siendo todos los TCA detectados como TANE **(7)**. En este trabajo la totalidad del sexo masculino ($n=5$) correspondió a AN, siendo una muestra muy pequeña como para realizar inferencias estadísticas.

Los TCA se encuentran estrechamente relacionados con las alteraciones de la percepción de la imagen corporal, por ello la distorsión de la figura es considerada como un criterio diagnóstico de estos trastornos **(1,4,5)**. Se demostró que para dicha variable un gran porcentaje de la muestra presentó un grado de distorsión grave siendo del 59,77%; para el resto de las categorías los resultados fueron nula 14,94%, leve 13,79% y moderada 11,49%.

Las conductas compensatorias (hiperactividad física, ayuno y medidas purgativas) se manifestaron en forma leve 4,6% (n=4), moderada 20,7% (n=8) y por un amplio margen de diferencia en forma grave 74,7% (n=65). La revisión bibliográfica describe las CC como un componente característico de este tipo de patologías y a su vez, destaca la importancia de disminuir las mismas debido a su asociación con las altas tasas de mortalidad presentadas en estos pacientes **(2,8)**.

Considerando el estado nutricional según IMC al inicio del tratamiento, la muestra estuvo representada por un 47,13% de sujetos normopeso (41 pacientes) mientras que los pacientes con bajo peso y riesgo de bajo peso representaron un 26,44% (23 pacientes); el mismo valor correspondió a pacientes con sobrepeso y obesidad (23 pacientes). El porcentaje de los pacientes con una evolución óptima de su estado nutricional fue más significativa en aquellos que tenían riesgo de bajo peso (100%) y normopeso (61%), mientras que los pacientes con diagnóstico de bajo peso mejoró un 38,9%, en los pacientes con sobrepeso el 21,4 % y con obesidad un 44,4%.

A partir de los resultados obtenidos en cuanto a la permanencia en el dispositivo, se comparó el grupo de menor y mayor duración. Aquellos pacientes con período de tiempo menor a un año mejoraron un 54,05% y los que asistieron más de dos años evolucionaron favorablemente un 53,85%, esto indica que las diferencias entre ambos grupos no son estadísticamente significativas. Lo recientemente expuesto demuestra que la duración del tratamiento es independiente al progreso favorable de los TCA, coincidiendo con los recientes avances en los tratamientos psicológicos

donde se expone que la prolongación de un tratamiento no aumenta necesariamente la utilidad o la eficacia de éste **(30)**.

A partir de los resultados obtenidos en estudios anteriores se puede afirmar que el tratamiento interdisciplinario en Hospital de Día acompañado por terapia farmacológica, educación alimentaria y psicoterapia individual y grupal sigue siendo el método más efectivo, sin embargo el éxito terapéutico para AN y BN continúa siendo una meta difícil de alcanzar posiblemente por causas de índole psicosociales tales como falta de motivación, distorsión de la imagen corporal, trastornos de la personalidad y presiones sociales, entre otros **(14,15,20)**.

Al finalizar la evaluación del tratamiento, se puede mencionar que el 50,57% (44 pacientes) logró alcanzar y/o mantener un peso saludable en contraste con el 49,43% (43 pacientes) donde su estado nutricional no evolucionó de forma óptima. Esta semejanza en los valores concuerda con lo expuesto anteriormente frente a la dificultad de establecer un abordaje terapéutico eficaz para los TCA.

A su vez, las distintas pruebas estadísticas realizadas determinaron que hay diferencias significativas en la evolución del estado nutricional de los pacientes con TCA que asistieron al dispositivo de Hospital de Día del Servicio de Salud Mental en Desórdenes del Comportamiento Alimentario del Hospital Borda. Especialmente se obtuvo una mejoría del IMC en pacientes con AN restrictiva y AN purgativa ($p < 0,001$), así como también una mejoría significativa en las conductas compensatorias disminución del ayuno en las pacientes con diagnóstico de AN

restrictiva ($p<0,001$) y de las purgas en pacientes con diagnóstico de bulimia nerviosa ($p<0,001$) y en menor medida pero con diferencias significativas una disminución del ayuno como conducta compensatoria en pacientes con bulimia ($p<0,01$). No se observaron diferencias significativas en el ejercicio como conducta compensatoria en todos los casos de AN y bulimia nerviosa. Así como tampoco ante según el tiempo de permanencia en el tratamiento.

Finalmente, en cuanto a las conductas compensatorias, se observa que, si bien disminuyeron en forma general, para aproximadamente el 50% de la muestra el tratamiento no resultó ser eficaz. Especialmente existe una resistencia abandonar el ejercicio como conducta compensatoria. El abandono de estos hábitos resulta ser uno de los pilares fundamentales de la intervención terapéutica por las posibles complicaciones futuras que puedan desencadenar. Pero a su vez, estas son el obstáculo más difícil de superar debido a la importancia que estas representan para el mantenimiento de la patología, lo cual es altamente valorado por estos pacientes **(20)**.

Es importante destacar que el incentivo para llevar a cabo estas conductas muchas veces se asocia a problemas de personalidad, familiares, psicológicos y/o sociales, ahí radica la importancia de llevar a cabo un tratamiento con un equipo interdisciplinario donde también se integre a la familia para contribuir con el factor motivacional que permita una adecuada recuperación, el abandono de estas conductas y su mantenimiento sostenido en el tiempo **(14-16,21-24)**.

Dentro de las limitaciones de la investigación se debe mencionar el uso del IMC, como única herramienta para medir la evolución del estado nutricional en el tratamiento de los TCA. Este indicador es útil a nivel poblacional pero aplicado en la clínica puede enmascarar alteraciones del estado nutricional en relación con la composición corporal. Otra dificultad, que se presentó es que los pacientes se negaban a pesarse en la consulta, ya sea por la ansiedad de estar al frente de la balanza, o también por una disconformidad con el profesional o por la relación paciente-nutricionista **(21-24,31)**.

Otra de las limitaciones es que no se encontró un seguimiento estructurado de los pacientes a los seis meses o al año para poder comparar la imagen corporal percibida, así como tampoco encuestas de hábitos alimentarios o validadas para TCA, siendo herramientas valiosas a la hora de contrastar el progreso del tratamiento al final de este.

Los resultados de este trabajo podrán ser utilizados como base para futuras investigaciones proponiendo así otras herramientas para cuantificar y contrastar los resultados de los diferentes tratamientos, en pos de un avance en las intervenciones dirigidas a pacientes con TCA.

VI. CONCLUSIÓN

El establecimiento de un tratamiento adecuado y eficaz para los pacientes que padecen algún TCA sigue siendo hasta el momento un interrogante, debido al escaso éxito terapéutico. Abandonar el peso corporal de riesgo sigue siendo la meta principal por alcanzar, así como lograr una alimentación libre de obsesiones. En la actualidad se complementa con una adecuada intervención interdisciplinaria que integre también a la familia para una recuperación óptima tanto física como mental **(14-24)**.

A partir de los datos obtenidos en esta investigación, se determinó que en cuanto a la obtención del peso saludable el tratamiento resultó favorable aproximadamente para la mitad de la muestra (50,57%, representada por 44 pacientes).

En relación con las conductas compensatorias se comprobó que el espacio educativo utilizado en el tratamiento nutricional para lograr cambiar falsas creencias e informar acerca del daño de dichas conductas, sólo aproximadamente la mitad de los pacientes alcanzó una evolución positiva. Por otro lado, al discriminar las distintas CC, las de tipo purgativas son las que presentaron una mejor evolución.

Por lo expuesto anteriormente, resulta importante destacar la utilidad del tratamiento nutricional dentro de una intervención interdisciplinaria como herramienta para abordar pacientes que sufren trastornos de la conducta alimentaria, si bien no asegura el éxito total en la recuperación de todos los casos sigue siendo el método

más efectivo. Principalmente porque los pacientes con trastornos alimentarios necesitan de un seguimiento nutricional, médico y psicológico en el cual también es indispensable que reciban el apoyo y contención familiar. Así poder alcanzar una mejora en la calidad de vida de estos pacientes.

VII. ANEXOS

ANEXO 1

Observación del tratamiento

El taller de adultos para mayores de 25 años consiste en charlas llevadas a cabo por nutricionistas, donde se realiza educación alimentaria y se debaten temas relacionados al ámbito nutricional. El grupo de los adolescentes además de asistir al taller de arte y al taller de sexualidad, asiste al taller de cocina y nutrición llevado a cabo los viernes de 9:30 a 11 hs, el cual consiste en realizar una receta seleccionada con anterioridad por los mismos pacientes y supervisada por la nutricionista. Dentro del ámbito del taller de cocina se pudo observar a los pacientes interactuando con los alimentos, ingredientes y con el resto del grupo, siendo el porcentaje de participación de los pacientes variable a lo largo del taller, en general el 50% participó. El resto de los pacientes se encontraba apartado en una mesa de la cocina. Se observó falta de constancia y concentración por parte de algunos pacientes, los cuales participaban solo en algunos momentos del taller.

La receta escrita y los ingredientes son proporcionados por la nutricionista de la institución, ella es quien indica los pasos a seguir, las medidas y gramajes de los ingredientes mientras los pacientes siguen sus instrucciones. A medida que avanzan en los pasos de la receta se observa un clima agradable y los pacientes

conversan sobre sus recuerdos y experiencias dentro de la cocina, recetas realizadas en sus casas y también las que realizaron dentro de la institución. Al finalizar la preparación, que en este caso consistía en galletitas navideñas, la nutricionista pregunta a los pacientes e indaga sobre el aporte nutricional de esta receta y corrige en caso de equivocación.

Durante el almuerzo se encuentran acompañando a los pacientes algunas nutricionistas y psicólogos. Luego del mismo se procede a probar las galletitas entre todos los pacientes y compartirlas con los familiares presentes.

ANEXO 2

Escala de Stunkard y Stellard y modificado por Collins



Silueta	1	2	3	4	5	6	7	8	9
IMC	17	19	21	23	25	27	29	31	33

ANEXO 3

Planilla Excel para recolección de datos

Nº
NOMBRE
Nº HC
SEXO
EDAD
EDAD I
EVOLUCIÓN
DX DSM V
DSM V ESP
ACTIVIDAD
IMC INICIAL
DX INICIAL
IMC FINAL
DX FINAL
IMC p
DIF
DISTORSION
TTO
EDI
PC
DURACION (MESES)
CP/CR INICIO
EJERCICIO INICIO
AYUNO INICIO
PURG. INICIO
EJERCICIO FINAL
AYUNO FINAL
PURG. FINAL
CP/CR FINAL
PROGRESO IMC
TALLA
OBS
Nº IMC

VIII. AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Dr. Persano Humberto y a la Lic. Soto Sofia por su dedicación y predisposición; a la Escuela de Nutrición por la formación académica brindada, y a nuestros familiares y amigos por la contención y el apoyo incondicional.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Méndez JP, Vázquez-Velázquez V, García-García E. Los trastornos de la conducta alimentaria. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [Revista en Internet]. 2008. [Citado 2017 Sep. 09]; 65(6):579-592. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600014&lng=es.
2. García de Amusquibar AM, Finkelszteín C, De la Parra I, Gutt S. Internación de pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria. Vert. Rev. Arg. de Psiqu. [Revista en Internet]. 2001.[Citado 2017 Sep. 09];12(44):85-89.Disponible en: <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex44.pdf>
3. Asociación Americana de Psiquiatría. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). EE. UU. Arlington.[Libro en Internet] 2013 [Citado 2017 Sep. 09]. Disponible en: <http://www.psicoadolescencia.com.ar/docs/publica/dsm5.pdf>
4. Rutzstein G, Scappatura ML, Murawski B. Perfeccionismo y baja autoestima a través del continuo de los trastornos alimentarios en adolescentes mujeres de Buenos Aires. Rev. Mex. de Trastor. Aliment.[Revista en Internet]. 2014. [Citado 2017 Sep. 09]; 5(1):39-49. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232014000100006&lng=es.
5. BaldaresVargas MJ. Trastornos de la conducta alimentaria. Rev. Méd. de Costa Rica y Centroamérica LXX. [Revista en Internet]. 2013. [Citado 2017 Sep. 09];(607):475-482. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf>
6. Paláez Fernández MA., Labrador Encinas FJ, Raich Escursell RM. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. Int. Jour. of Psychology and Psychological Therapy. [Revista

- en Internet]. 2005. [Citado 2017 Sep 09]; 5(2):135-148. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56050204>
7. Rutzstein G, Murawski B, Elizathe L, Scappatura M. L. Trastornos alimentarios: Detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires. Un estudio de doble fase. Rev. Mex. de Trastor. Aliment. [Revista en Internet]. 2010. [Citado 2017 Sep. 09]; 1(1):48-61. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232010000100006&lng=es.
 8. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders Meta-analysis of 36 Studies, Arch Gen Psych Jour. [Revista en Internet]. 2011. [Citado 2017 Sep. 30]; 68(7):724-731. Disponible en: <https://www.yellowbrickprogram.com/ArticlePDF/MortalityRatesPatientAnorexiaNervosaEatingDisorders.pdf>
 9. Escandón-Nagel N, Dada G, Grau A, Soriano J, Feixas G. La evolución de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria tres años después de ingresar a hospital de día. Rev. Arg. de Clín. Psic. [revista en Internet]. 2017. [Citado 2017 Sep. 30]; 26(1):59-69. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281950399006>
 10. Aguinaga, M.; Fernández, L.J.; Varo, J.R. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Revisión y Actualización. ANALES SIS Navarra, 2000, 23, (2): 279-292.
 11. Almenara Vargas, C. Análisis histórico crítico de la anorexia y bulimia nerviosa. [Tesis Doctoral]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Psicología; 2006. [Citado 2017 Oct.2] Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/586>
 12. Fernández Hernández, A. La historia de la anorexia nerviosa. MoleQla [2015; [Citado 2017 Oct. 3];20:15-17. Disponible en:

https://www.upo.es/moleqila/export/sites/moleqila/documentos/Numero20/Numero_20_final.pdf

13. Almenara, C. Anorexia Nerviosa: una revisión del trastorno. Revista Neuro-Psiquiatría 2003.[Citado 2017 Sep. 30];(66): 52-56. Disponible en:
<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/1531>
14. Chandler E, Lopez C. Abordajes Terapéuticos Actuales en Trastornos Alimentarios, Acuerdos y Diferencias. Rev .de la Asoc. Med. Arg. [Revista en Internet]. 2001. [Citado 2017 Sep. 30]; 1(114):7-16. Disponible en:
<http://docplayer.es/15391172-Abordajes-terapeuticos-actuales-en-trastornos-alimentarios-acuerdos-y-diferencias.html>
15. Zanna V, Castiglioni MC, Criscuolo M, Chianello I, Elisei M, Cinelli G. Day-Hospital Multifocal Integrated Treatment for Anorexia Nervosa in Adolescents: A One-Year Follow-Up. Jour. of Ch. And Fam. Stud. [Revista en Internet]. 2017. [Citado 2017 Sep. 30]; 26(5):1460–1471. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/313698760_Day-Hospital_Multifocal_Integrated_Treatment_for_Anorexia_Nervosa_in_Adolescents_A_One-Year_Follow-Up
16. Ruiz-Martínez AO, Vázquez-Arévalo R, Mancilla Díaz J, López Aguilar X, Álvarez-Rayón G, Tena Suck A. Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. Univ. Psych.[Artículo en Internet] 2010. [Citado 2017 Sep. 30]; 9(2):447-455. Disponible:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672010000200012
17. Ruíz Martínez AO, Vázquez Arévalo R, Mancilla Díaz JM, Viladrich i Segué C, Halley Castillo ME. Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. Rev. Mex. de trastor. Aliment. [Revista en Internet]. 2013. [Citado 2017 Sep. 30];4(1):45-57. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232013000100006&lng=es.

18. Lopez C, Treasure J. Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. Rev. Med. Clin. Condes. [Revista en Internet]. 2011. [Citado 2017 Sep. 30]; 22(1):85-97. Disponible en: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/10_PS_Lopez-12.pdf
19. Bechara AP, Komatsu LN. Tratamiento Nutricional Da Anorexia E Da Bulimia Nervosas: Aspectos Psicológicos Dos Pacientes, De Suas Famílias E Das Nutricionistas. Rev. do Nesm. [Revista en Internet]. 2014. [Citado 2017 Octub.14];11(2):7-18. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139440853003>
20. Gaete MV, López C, Matamala M. Trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes. Parte II: Tratamiento, complicaciones médicas, curso y pronóstico, y prevención clínica. Rev. Med. Clin. Condes.[Revista en Internet]. 2012.[Citado 2017, Oct 14]; 23(5) 579-591. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0716864012703528/1-s2.0-S0716864012703528-main.pdf?_tid=5eec0b58-1a66-11e8-bdbe-00000aacb362&acdnat=1519588941_2f7de60711665703206285701e99f219
21. Mancha MA, Comesaña del Río V, Sánchez Sánchez C, Sousa Márquez MD. Tratamiento: Establecimiento de una dieta adecuada en trastornos de la conducta alimentaria. Metodología.[Artículo en Internet]. 2015. [Citado 2017 Dic 02]; (22):2324-2351. Disponible en: http://www.tcsevillla.com/archivos/establecimiento_dieta_en_tca.pdf
22. Almeda Cruz B. Tratamiento dietético-nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: proceso de progresiva autonomía en el diseño de la dieta adecuada. [Artículo en internet]. 2012. [Citado 2017 Dic 02]. Disponible

en: http://www.tcasevilla.com/archivos/eleccion_de_la_dieta_en_pacientes_con_tca.pdf

23. França CL, Biaginni M, Mudesto AP, Alves ED. Contribuições da psicologia e da nutrição para a mudança do comportamento alimentar. 2012. Est. de Psic.[Revista en internet]. 2012. [Citado 2017 Dic 02]; 17(2):337-345. Disponible en:
<https://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2012000200019>
24. Latterza AR, Dunker KL, Scagliusi FB, Kemen E. Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. Rev. psiquiatr. clín. [Revista en Internet]. 2004. [Citado 2017Dic. 02]; 31(4):173-176.Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000400009&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832004000400009>.
25. Diccionario Real Academia Española. Definición de Ayuno. [Citado 2018 Ene. 15]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=4cYY5ZV>
26. Diccionario Real Academia Española. Definición de Actividad Física. [Citado 2018 Ene. 15]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=KQS0AwI>
27. Sociedad Argentina de Pediatría, Comité Nacional de crecimiento y desarrollo. Guía Para la Evaluación del crecimiento Físico. [Libro en Internet] Tercera edición. República Argentina: Ideográfica, 2013. [Citado 2018Ene. 14]. Disponible en:
http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/libro_verde_sap_2013.pdf
28. Suárez M, López LB. Alimentación Saludable, guía práctica para su realización, Edición 2008 [Citada 2018 Ene 27], 20-21
29. Meneses Montero M, Moncada Jiménez J. Imagen Corporal Percibida E Imagen Corporal Deseada En Estudiantes Universitarios Costarricenses. Rev. Iberoam. de Psic. del Ejer. y el Dep. [Revista en Internet]. 2008. [Citada 2018 Ene 27]; 3(1):13-34. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=311126259002>

30. Echeburúa Odriozola E, Ferrer Casado LE, Cabello Domínguez LV. Avances en Tratamientos Psicológicos Congreso Internacional Sobre Avances en Tratamientos Psicológicos, Alcance y Límites de los Tratamientos Psicológicos Empíricamente Validados. Asoc. Esp. de Psic. Conduc. [Revista en Internet]. 2010. [Citada 2018 Feb.07]; 1(1):19. Disponible en: <http://www.aepc.es/congresotratamientos/libroresumenes.pdf>
31. Cederholm T, Bosaeus I, Barazzoni R, Bauer J, Van Gossum A, Klek S. Diagnostic criteria for malnutrition - An ESPEN Consensus Statement. Clin. Nutr. [Artículo en Internet]. 2015. [Citada 2018 Feb 15];34(3):335-40 Disponible en: [www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614\(15\)00075-8/fulltext](http://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(15)00075-8/fulltext)