

INVESTIGACIÓN

Calidad de vida relacionada con la salud en jóvenes diagnosticados con trastornos de la conducta alimentaria que reciben terapia cognitivo conductual

DOI: 10.17533/udea.penh.v24n1a05

PERSPECTIVAS EN NUTRICIÓN HUMANA

ISSN 0124-4108

Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia

Vol. 24, N.º 1, enero-junio de 2022, pp. 67-83.

Artículo 22 de febrero de 2022

Aprobado: 7 de julio de 2022

Javier Mauricio López Zapata^{1*}; Mercedes Jiménez Benítez²

Resumen

Antecedentes: se ha observado baja calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, pero poco se sabe acerca de cómo inciden los tratamientos, tal como la terapia cognitivo conductual, desde las percepciones y experiencias de los pacientes.

Objetivo: explorar la calidad de vida relacionada con la salud en jóvenes diagnosticados con trastornos de la conducta alimentaria que reciben terapia cognitivo conductual. **Materiales y métodos:** estudio cualitativo con metodología de casos múltiples y muestreo intencional de cinco jóvenes que recibían terapia cognitivo conductual para trastornos de la conducta alimentaria en dos programas de tratamiento de la ciudad de Medellín, a los cuales se les realizó una entrevista a profundidad relacionada con la calidad de vida respecto a la salud. **Resultados:** aunque la terapia cognitivo conductual generó restricciones en la vida de los participantes al inicio del tratamiento, se observaron mejoras en diferentes ámbitos de la calidad de vida relacionada con la salud a medida que este avanzaba: capacidad para hacer cosas, moverse o cuidarse a sí mismo; habilidades cognitivas y académicas; estado emocional; relaciones sociales; percepción de sí mismo y percepción del estado de salud, incluyendo la salud mental. **Conclusión:** los participantes mejoraron su calidad de vida relacionada con la salud progresivamente, como resultado de la terapia cognitivo conductual, tanto por la reducción de las problemáticas asociadas a trastornos de la conducta alimentaria como por el incremento de habilidades para la vida.

Palabras clave: trastornos de alimentación y de la ingestión de alimentos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, calidad de vida relacionada con la salud, terapia cognitivo conductual.

1* Autor de correspondencia. Nutricionista dietista, profesor del programa de Nutrición y Dietética, Corporación Universitaria Remington. Medellín, Colombia. javier.lopez@udea.edu.co. <https://orcid.org/0000-0003-4474-3570>

2 Ph. D., docente vinculada del Departamento de Psicología, Universidad de Antioquia (UdeA). Cra. 75 N.º 65-87, Medellín, Colombia. mercedes.jimenezb@udea.edu.co. <https://orcid.org/0000-0001-8205-5555>

Cómo citar este artículo: López Zapata JM, Jiménez Benítez M. Calidad de vida relacionada con la salud en jóvenes diagnosticados con trastornos de la conducta alimentaria que reciben terapia cognitivo conductual. *Perspect Nutr Humana*. 2022;24:67-83. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.penh.v24n1a05>



Health-Related Quality of life in Youth Diagnosed with Eating Disorders Receiving Cognitive Behavioral Therapy

Abstract

Background: Low health-related quality of life has been observed in patients with eating disorders, but little is known about how treatments, such as cognitive behavioral therapy, impact the perceptions and experiences of patients.

Objective: To explore the health-related quality of life in youth diagnosed with eating disorders receiving cognitive behavioral therapy. **Materials and Methods:** Qualitative study with multiple case methodology and intentional sampling of five youth receiving cognitive behavioral therapy for eating disorders in two treatment programs in the city of Medellín. These youth were given an in-depth interview related to health-related quality of life. **Results:** Although cognitive behavioral therapy created restrictions in the lives of the participants at the beginning of the treatment, improvements were observed in different areas of health-related quality of life, as treatment progressed: the ability to do things, move or take care of oneself; cognitive and academic skills; emotional state; social relationships; self-perception and health status perception, including mental health. **Conclusion:** The participants progressively improved their health-related quality of life as a result of cognitive behavioral therapy, both by reducing the problems associated with eating disorders and by increasing life skills.

Keywords: Eating and food intake disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, health-related quality of life, cognitive behavioral therapy.

INTRODUCCIÓN

Según la última versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se caracterizan por comportamientos anormales vinculados con la alimentación, que no son compatibles con el desarrollo del individuo y sus normas culturales, y no se deben a otras afecciones de salud. Estos trastornos pueden incluir alteraciones con la ingesta o preocupación por la comida, el peso y la figura corporal (1). Entre estos se destacan la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (TA), entre otros.

Su prevalencia, especialmente en población adolescente, parece haberse duplicado en los últimos diez años, con valores aproximados a 10,4 % en el

mundo. Incluso se han observado incrementos de incidencia durante la pandemia por COVID-19, lo que además ha ocasionado una mayor morbilidad asociada (2).

Según la Academia de Trastornos de Conducta Alimentaria (AED), los TCA pueden considerarse como problemas mentales serios, con síntomas graves e incluso con alto riesgo de mortalidad, asociados con factores médicos y psiquiátricos (3). La AN es la que tiene la tasa de mortalidad más alta en el mundo (del 4 al 11 % en sujetos jóvenes), con un riesgo de muerte aproximadamente 12 veces mayor que el de los sujetos de la misma edad de la población general (4).

Además de su relevancia clínica, preocupan las afectaciones que estos trastornos generan en diferentes ámbitos de la vida humana, especial-

mente en jóvenes y adolescentes en quienes la prevalencia es más alta, y se observa un deterioro considerable en su calidad de vida (4). Este concepto, el de *calidad de vida*, es definido por la OMS como “la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive, y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones” (5, p. 354).

En contextos de enfermedad, este concepto ha evolucionado al de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), para hacer referencia a las percepciones acerca de las consecuencias de las enfermedades y de los tratamientos sobre la capacidad de las personas para vivir una vida útil y plena (6). En este sentido, el concepto CVRS se utiliza en el campo de la medicina para evaluar, desde las perspectivas y experiencias subjetivas de los pacientes, los impactos de las enfermedades y de las intervenciones terapéuticas en la vida diaria de las personas (7). Desde el paradigma de las ciencias sociales, se hace referencia al impacto sobre dos dimensiones básicas: el sentimiento de bienestar (*wellbeing*) y la capacidad de actuación (*functional impairment*) (8,9) en diferentes dominios de la vida: social, físico y emocional. Así, por ejemplo, estudios como el de Casella (10) evidencian que la CVRS de adolescentes y jóvenes con TCA presenta puntuaciones mucho más bajas respecto a quienes no los padecen, especialmente en los componentes mental, emocional y social, y se considera que cuanto más grave es el trastorno, peor es la CVRS. Otros estudios más recientes con población juvenil corroboran estos resultados (11,12), e incluso se ha evidenciado mediante una revisión sistemática (13) que los TCA se asocian con menores puntajes en el ámbito psicosocial y general de la CVRS, medidos por escalas psicométricas.

Por su parte, el estudio de la afectación de los tratamientos para TCA en la CVRS ha mostrado

que la sensación de pertenencia, comunicación, apoyo de familiares y amigos y la sensación de cuidado son de suma importancia para los pacientes (14) y, por ende, tanto estos como otros aspectos referidos por ellos deberían constituir parte fundamental de las intervenciones. Adicionalmente, la valoración de la CVRS en TCA es relevante porque algunas modalidades de tratamiento implican restricciones comportamentales o ambientales, y estilos de vida diferentes a los ideales de vida y expectativas de los grupos de referencia, especialmente si se considera a los jóvenes. En consecuencia, de los tratamientos podrían derivarse afectaciones subjetivas que podrían generar resistencia y baja adherencia a los tratamientos, y esto los hace, por ende, ineficaces. Como ejemplo, se ha observado que los tratamientos de internación hospitalaria para TCA parecen ser más perturbadores que los ambulatorios, y solo se emplean como medidas urgentes en los casos más graves desde el punto de vista nutricional y de salud (15).

En cuanto a las modalidades de tratamientos para TCA, actualmente existen múltiples alternativas farmacológicas y modelos psicoterapéuticos, los cuales incluyen desde terapias individuales con diferentes enfoques: motivacional, psicodinámico, interpersonal, terapia cognitivo conductual (TCC), terapia dialéctico conductual, hasta terapia basada en la familia. Este último enfoque es el recomendado para la población adolescente con TCA (16,17). Los programas de tratamiento para TCA suelen ser específicos y de naturaleza interdisciplinaria; incluyen profesionales médicos, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras y otros especialistas que se requieran para el abordaje de las complicaciones de dichos trastornos (16,17); la indicación o combinación de unas u otras modalidades depende de las particularidades del caso (16,17).

CVRS en jóvenes con TCA que reciben TCC

Entre las intervenciones psicoterapéuticas más exitosas se destaca la TCC, por la abundante evidencia como tratamiento eficaz para la AN, reconocida incluso por la American Psychiatric Association (18). Esta terapia se orienta a trabajar la distorsión mental en cuanto a la alimentación e imagen corporal, y da paso a la reestructuración de la percepción y los patrones alimentarios (19). La TCC también parece ser una buena alternativa para el tratamiento de la BN (17); de hecho es el enfoque de primera línea para adultos con TCA y el de segunda línea para adolescentes con AN (20). Este tratamiento se caracteriza por ser directivo, estructurado en cuatro etapas, centrado en el presente y en el manejo de los síntomas, y su implementación puede requerir de 20 a 40 sesiones de acuerdo con la gravedad del paciente (21).

Dada la actual relevancia de la TCC para el abordaje terapéutico de los TCA, resulta interesante explorar el impacto de su implementación en la CVRS, más aun considerando que la efectividad de los tratamientos en general ha sido determinada por la ganancia de peso en el caso de la AN (16), y por la reducción de conductas purgativas y atracones en el caso de la BN (17). Así, deja de lado la percepción del paciente respecto a su proceso de recuperación u otros aspectos de la vida del paciente asociados con su calidad de vida.

En línea con estos antecedentes y con enfoques de humanización, que tienen en la actualidad una gran relevancia para el diseño de políticas y estrategias en la atención en salud (22), se propone que la CVRS se convierta en un criterio desde el cual se puedan evaluar los tratamientos que se recomiendan a los pacientes (23); en este caso, la TCC, que se basa en la evidencia, aunque se desconocen sus implicaciones subjetivas más allá de la reducción de los síntomas en otros ámbitos de la calidad de vida. Por tanto, el concepto de *humanización de la atención en salud* y la CVRS cobran gran relevancia en el diagnóstico y tratamiento de

los TCA, más cuando se trata de un problema que afecta de manera muy prevalente a los jóvenes, para quienes el ámbito social, las relaciones familiares, las demandas académicas, la autoimagen y la autoestima resultan muy importantes para su calidad de vida.

Por todo ello, parece muy importante incluir el criterio de CVRS en la investigación y la evaluación de la TCC en jóvenes con TCA, y desarrollar conocimiento a partir de las experiencias y vivencias de los jóvenes acerca de sus procesos terapéuticos. Para ello, aunque podrían utilizarse herramientas psicométricas para medir la CVRS en esta población, se considera pertinente explorar la percepción de los pacientes jóvenes con TCA mediante un enfoque de investigación cualitativa que permita aproximarse a las vivencias y percepciones de los pacientes, en coherencia con el propio constructo de la CVRS, la cual está claramente vinculada a la subjetividad. Por lo anterior, se formula la presente investigación que tuvo como objetivo explorar la CVRS asociada con el tratamiento TCC en una muestra de jóvenes con TCA.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se desarrolló una investigación con enfoque cualitativo y metodología de estudios de casos múltiples. Este tipo de estudios se orientan a la comprensión de las realidades subjetivas e intersubjetivas desde la propia perspectiva de los participantes; se considera el caso como el contexto importante para entender aquello que se investiga (24). El análisis de la información se fundamentó en un enfoque hermenéutico y en el análisis fenomenológico interpretativo que postula que la percepción del mundo que tenga la persona es lo fundamental (25).

Para poner en relación la exploración de las experiencias subjetivas de la CVRS en los jóvenes en tratamiento TCC, se realizó una breve caracteriza-

ción de dos programas de tratamiento TCC para TCA de la ciudad de Medellín desde los que se obtuvo la muestra de jóvenes participantes en el estudio. Cabe señalar que en un rastreo previo de programas de tratamientos para TCA en los ámbitos público y privado se identificaron apenas ocho programas especializados para esta problemática en el país y, a su vez, poca disposición para participar en la presente investigación.

La caracterización de estos dos programas se realizó mediante una entrevista a los líderes de los equipos terapéuticos (psiquiatras), siguiendo un guion en el que se indagaba por algunas características generales: nombre del programa, número de profesionales integrantes de los equipos terapéuticos y formación, tipos de tratamientos, servicios y estrategias terapéuticas ofrecidas, y descripción de su implementación. Las entrevistas fueron grabadas con autorización de los entrevistados y se consignaron en una ficha de caracterización de programas.

Para la selección de los jóvenes participantes, se les solicitó a los equipos terapéuticos que enviaran el volante informativo del estudio y que lo socializaran con quienes cumplieran los siguientes criterios de selección: jóvenes entre 14 y 28 años que contaran con diagnóstico de TCA y estuvieran en tratamiento TCC en sus instituciones, durante al menos un mes.

En total, cinco jóvenes que cumplían los criterios de inclusión aceptaron participar voluntariamente en el estudio y, tras un encuentro inicial en el que el investigador principal les comunicó los objetivos y los procedimientos de la investigación, firmaron el consentimiento informado para la participación en ella. En el caso de tres participantes menores de edad, se contó adicionalmente con el consentimiento de los padres o representantes legales. Estos documentos de consentimiento informado habían sido avalados previamente, al igual que

la investigación, por el Comité de Bioética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, mediante concepto N.º 47- 202 y Acta N.º 03 de 2020, siguiendo a su vez la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia.

A los jóvenes participantes se les realizó una entrevista semiestructurada con guion temático individual de aproximadamente una hora de duración, la cual fue elaborada por los investigadores y aplicada de manera virtual por medio de la plataforma Google Meet, por las limitaciones ocasionadas por la pandemia COVID-19, y fue grabada con autorización de los jóvenes o sus tutores. En esta entrevista se diligenció inicialmente una ficha de caracterización que incluía variables tanto sociodemográficas (sexo, nivel educativo, estrato socioeconómico, municipio y personas con quien se reside) como clínicas (diagnóstico de TCA, tiempo transcurrido desde el diagnóstico, otros diagnósticos en salud mental, programas de tratamiento recibidos, tiempo de estancia en tratamiento actual, tratamiento farmacológico, otros problemas de salud). Posteriormente, se siguió el guion temático de preguntas orientadas a analizar el impacto percibido de la TCC en la funcionalidad y el bienestar de los participantes en diferentes dominios relevantes para los jóvenes, de acuerdo a conceptualizaciones de la CVRS (8,9) y algunos factores extraídos de instrumentos de medición específicos.

Se incluyeron unidades de análisis de contenidos asociados con los impactos en los dominios físico (actividades diarias asociadas a la movilidad y cuidado personal), social (relaciones interpersonales con amigos y familiares y con el medio que los rodea en términos de apoyo social y cohesión familiar), psicológico (adquisiciones cognitivas y aprender, emociones positivas y negativas y la percepción de sí mismo) y de salud (general y mental).

CVRS en jóvenes con TCA que reciben TCC

Las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas para, posteriormente, ser registradas y analizadas mediante el programa Atlas.Ti (versión 9.0). Para ello, se siguieron los pasos recomendados por Smith (26) para el análisis interpretativo fenomenológico: primero, el investigador leyó las transcripciones varias veces e hizo anotaciones descriptivas, un registro de las asociaciones del investigador o una primera interpretación (codificación) a partir de segmentos de la entrevista en los que se manifestaran percepciones de los participantes acerca de las diferentes dimensiones que conforman el constructo de CVRS; en la segunda etapa se identificaron los temas que surgieron de estas primeras anotaciones para, en una etapa posterior, integrarlos y agruparlos en temas; así, se construyó una estructura temática conformada por unidades de contenidos y categorías de análisis, tanto teóricas como emergentes, y estas categorías se titularon con palabras utilizadas por los participantes.

RESULTADOS

Caracterización de los programas de tratamiento

De manera general, los dos programas participantes en el estudio son de índole privado y están ubicados en la ciudad de Medellín. Ambos son centros especializados en los que se ofrecen programas interdisciplinarios para TCA (TCC, terapia dialéctica conductual y terapia familiar para TCA) en modalidad ambulatoria. Los programas incluían TCC y terapia familiar en jóvenes y adolescentes con AN, BN y TA; TCC en adultos y terapia dialéctica conductual si coexistía desregulación emocional con el TCA.

La valoración inicial de los pacientes en ambos programas estuvo a cargo de psiquiatras, quienes definían el diagnóstico de TCA y la presencia o no de desregulación emocional, a partir de lo cual se implementó la intervención según las comorbilida-

des del paciente. El modelo terapéutico seguido en ambos programas es el de Christopher G Fairburn (27) para pacientes adultos con AN, BN y TA; el cual se estructura en cuatro fases: 1) recuperación nutricional, 2) evaluación del proceso y planificación, 3) abordaje de psicopatología específica y 4) prevención de recaídas. Entre las estrategias terapéuticas de ambos programas se incluyen el seguimiento del peso y el registro alimentario, así como la implementación de una agenda de alimentación con horarios regulares y prescripción farmacológica, si resulta necesario. Además, el equipo terapéutico se reunía semanalmente para discutir los casos. Solo en uno de los programas se orientó el manejo de la actividad física y otras conductas psicopatológicas. La duración del tratamiento en ambos programas fue ligeramente variable, mientras que en uno de los programas fue de ocho meses a un año, en el otro fue de menor duración, de cinco a diez meses.

Respecto a las implicaciones que pueda tener el tratamiento en la CVRS, uno de los profesionales señaló que en los casos en los que exista un compromiso nutricional severo, los tratamientos inicialmente podrían ser muy restrictivos respecto al ejercicio físico, la cantidad de tiempo activos al día y actividades de ocio, la selección y preparación de alimentos y, en los casos que sea necesario, modificaciones en las relaciones sociales.

Caracterización sociodemográfica y clínica de los participantes

En este estudio participaron cinco jóvenes, cuatro mujeres y un hombre, con edades comprendidas entre los 15 y 21 años, quienes recibían tratamiento en los dos programas incluidos en el estudio. Todos eran estudiantes, y solo uno de ellos residía por fuera del departamento de Antioquia. La tabla 1 muestra las características sociodemográficas de los participantes.

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de los participantes en la investigación

Código participante	Sexo*	Edad	Nivel educativo	Estrato social	Municipio residencia	Con quién vive
P1	F	16	Secundaria	3 (Medio-bajo)	Medellín	Mamá y padrastro
P2	M	21	Universitario	5 (Medio- alto)	Barranquilla	Madre, padre y hermanos
P3	F	19	Secundaria	3 (Medio- bajo)	Bello	Madre y padre
P4	F	15	Secundaria	5 (Medio- bajo)	Envigado	Madre y hermano
P5	F	15	Secundaria	6 (Alto)	Medellín	Madre, padre y hermanos

*Sexo: F: Femenino; M: Masculino.

Desde el punto de vista clínico, las cuatro mujeres contaban con diagnóstico de AN, y el hombre de BN. En cuatro de los cinco casos, el diagnóstico de TCA se había realizado recientemente (tres a diez meses atrás), y en un caso, el diagnóstico se había realizado hacia cinco años. Adicionalmente, cuatro participantes manifestaron padecer comorbilidades psicológicas tratadas con medicamentos y dos refirieron otros problemas de salud (asma y problemas de crecimiento).

Respecto al tratamiento actual, cabe anotar que el tiempo promedio de estancia en TCC hasta el momento era de 5,6 meses. Varios participantes manifestaron que, antes de llegar al modelo TCC actual, recibieron atención por profesionales no especializados en TCA y de manera desarticulada. Las características clínicas de los participantes se muestran en la tabla 2.

Impacto percibido del tratamiento sobre la calidad de vida

Para la presentación de los hallazgos relacionados con el impacto de la TCC en la CVRS de los participantes, se agrupó la presentación de los resultados en los diferentes dominios mencionados en el apartado anterior.

Actividades diarias relacionadas con la capacidad para hacer cosas, moverse o cuidarse a sí mismo. Los participantes coinciden en algunas limitaciones en las actividades cotidianas por indicaciones terapéuticas al inicio del tratamiento, tales como salir a caminar, dar un paseo con la mascota o hacer oficios domésticos, tal como se muestra en la siguiente cita:

no he podido realizar como ninguna clase de ejercicio, gastos de energía muy altos, digamos no puedo caminar, o sea, no puedo caminar mucho [participante 1, mujer diagnosticada con TCA].

Al momento del estudio, los participantes se sentían en capacidad de retomar algunas actividades al reducirse las restricciones del tratamiento, tal como se ejemplifica a continuación:

Bueno, antes no salía con mis amigos ni nada, porque... pues obviamente por esa cuestión. Ahora ya puedo salir tranquilamente, porque sé que puedo comer... lo que se me antoja [paciente 3, mujer diagnosticada con TCA].

Cabe resaltar que la recuperación de las actividades no solo se debe a las menores restricciones, sino a los cambios y progresos generados por el tratamiento; específicamente relatan una recuperación de la vitalidad y de las actividades

CVRS en jóvenes con TCA que reciben TCC

cotidianas por los beneficios de este, tal como se muestra en la siguiente cita:

estoy retomando lectura, que es uno de mis hobbies favoritos y... el mayor tiempo estoy con mi familia [participante 1, mujer diagnosticada con TCA].

También, en este otro relato:

La verdad es que tengo más energía, me siento mejor, no me canso tan rápido [participante 2, hombre diagnosticado con TCA].

En otros casos, los beneficios del tratamiento se asocian a la reducción del estrés situacional, como se ejemplifica en el siguiente fragmento:

yo no podía estar como en una parte en donde estuviera como más gente y yo comiera, porque a mí me daba ansiedad, me daba estrés, temblaba, me daba de todo, y ya eso ha cambiado [participante 1, mujer diagnosticada con TCA].

Tabla 2. Caracterización clínica de los participantes

Código participante	Diagnóstico de TCA	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de TCA	Otros diagnósticos en salud mental	Programas de tratamiento recibidos	Tiempo de estancia en tratamiento actual	Tratamiento farmacológico	Otros problemas de salud
P1	Anorexia Nerviosa	10 meses	--	Consejería espiritual Psicoanálisis Nutricionista y psicólogo no especialista			
en TCA	10 meses	Antipsicóticos y antidepresivo: Olanzapina y fluoxetina	--				
P2	Bulimia Nerviosa	5 meses	Depresión	Algunas sesiones de psicoterapia	5 meses	Antidepresivo: Pragmaten	Asma
P3	Anorexia Nerviosa	5 años	Ansiedad Depresión	Psiquiatría Psicoterapia Tratamiento Nutricional	6 meses	--	--
P4	Anorexia Nerviosa	3 meses	--	Sin tratamientos previos	3 meses	Antidepresivo Moltoben	--
P5	Anorexia Nerviosa	5 meses	Depresión	Sesión de neuro-psicología	4 meses	Antidepresivo y Ansiolítico: Moltoben y	
Rivotril	Problemas de crecimiento						

Habilidades para concentrarse, pensar, memorizar o aprender cosas. Al respecto, ningún participante refiere afectación de estas habilidades por causa del tratamiento, por el contrario, cuatro de los cinco participantes comunicaron que sus habilidades cognitivas mejoraron a medida que avanzaba el tratamiento. Por ejemplo, para el caso de las habilidades de concentración, se muestra la siguiente cita:

A raíz del tratamiento, sí he sentido como una mejoría [...], me puedo concentrar solo en lo que estoy haciendo, sin que se me venga otra cosa la mente [participante 2, hombre diagnosticado con TCA].

Una de las participantes también hizo referencia a las habilidades de memoria, como se muestra en el siguiente fragmento:

en el transcurso del proceso he podido... como memorizar más las cosas, veo que tengo como más memoria [participante 1, mujer diagnosticada con TCA 1].

Otro testimonio alude a que las mejorías de las habilidades cognitivas se atribuyen a la reducción de la ansiedad por los medicamentos, lo cual se refleja en la recuperación de la concentración y memorización. Al respecto, se presenta la siguiente cita:

yo pienso que ha mejorado, porque me he tranquilizado mucho más con la droga que la doctora me mandó, yo antes cuando presentaba un examen, me temblaban las manos, me sudaban, y ahora, pues, no me pasa eso [participante 4, mujer diagnosticada con TCA].

Por otro lado, una participante no refirió mejorías a partir del tratamiento, como se muestra en el siguiente fragmento:

no hay diferencia, sigo igual de desmemoriada, me distraigo demasiado rápido [participantes 3, mujer diagnosticada con TCA].

Esta participante presentaba comorbilidades de ansiedad y depresión; sin embargo, era la única que no recibía apoyo farmacológico.

Actividades académicas o de estudio. Para los participantes, el tratamiento no implicaba limitaciones en sus actividades académicas, por el contrario, mejoraba los síntomas clínicos (fundamentalmente ansiosos), lo que a su vez favorecía el desempeño y las habilidades para realizar tareas y actividades académicas sin estar tan pendientes de los problemas de alimentación. Respecto a esta recuperación de las actividades académicas, como consecuencia del incremento de las habilidades cognitivas al reducirse los síntomas ansiosos, se muestra la siguiente cita:

Ha cambiado de una manera súper drástica, porque ya me puedo concentrar, ya puedo presentar los exámenes de manera tranquila, antes necesitaba de ayuda, necesitaba como descansos, y ya lo puedo hacer como en un tiempo más prolongado [participante 1, mujer diagnosticada con TCA].

Por su parte, la recuperación de las actividades académicas por incremento y mejora de la programación ocupacional se evidenció así:

Me programo para realizar las actividades académicas y era algo que yo no hacía [participante 2, hombre diagnosticado con TCA].

Estado emocional. En este aspecto, dos participantes refirieron experimentar dificultades emocionales y que el tratamiento ha implicado mejoras al respecto. Para ambos, las mejorías terapéuticas a nivel emocional se asocian a mayor felicidad, tal como se muestra en este fragmento:

CVRS en jóvenes con TCA que reciben TCC

desde el tratamiento hasta ahora, el cambio ha sido grande, antes estaba como sin vida, como aburrido, ya no tanto, ya me siento más feliz [participante 2, hombre diagnosticado con TCA].

Y en esta otra cita:

Yo antes no tenía felicidad [...] Ahora estoy más tranquila, con más... felicidad [participante 3, mujer diagnosticada con TCA].

Para otra participante, las mejorías asociadas con el tratamiento se relacionan con la tranquilidad que le produce contar con apoyo y un control externo frente a la posibilidad de descontrolarse respecto a la alimentación y las consecuencias de ello, tal como se muestra en el siguiente fragmento:

Yo diría que más tranquilidad, las citas son cada ocho días, entonces, no hay posibilidad de que yo engorde como 10 kilos en una semana [...] entonces no va a pasar nada malo [participante 4, mujer diagnosticada con TCA].

Relaciones sociales actuales con amigos, familiares, vecinos y compañeros. Algunos participantes reconocen haberse limitado o aislado en cuanto a sus relaciones sociales por la incomodidad y preocupación que les generaba comer frente a los demás, pero no por las indicaciones del tratamiento, sino como manifestaciones inherentes a los TCA. A propósito, se muestra la siguiente cita:

Ya no me reconocía, porque me gustaba estar solo, si comía no me gustaba que nadie me viera [participante 2, hombre diagnosticado con TCA].

Este aislamiento conlleva miedo a perder relaciones personales, como se muestra a continuación:

También me da mucho miedo como de la nada empezar a perder mis amigas, porque ya no se aguanten que yo no quiera salir [participante 5, mujer diagnosticada con TCA].

Por otro lado, expresan que la soledad supone sentir que nadie los entiende, a pesar de sentirse apoyados por otros. La siguiente cita muestra esta experiencia:

Toda mi familia [...] han estado muy pendientes [...] yo de por sí me siento muy sola; pues así tenga apoyo de todo el mundo, uno se siente muy solo, porque uno siente que nadie lo entiende [participante 5, mujer diagnosticada con TCA].

Cuando hablan de su vida social a partir del tratamiento, reportan haber retomado actividades y relaciones sociales al sentirse liberados de la preocupación por la comida; manifiestan apreciarse más libres y flexibles para compartir momentos relacionados con la alimentación, tal como se muestra a continuación:

Ya no me preocupo tanto por lo que voy a comer y eso me hace sentir liberado, me ha ayudado muchísimo, de que la gente me puede invitar y yo no voy a pensarlo, sino que voy de una [participante 2, hombre diagnosticado con TCA].

Por otra parte, los consultantes perciben que la calidad de las relaciones sociales ha mejorado por la mayor estabilidad emocional derivada del tratamiento, dado que antes de este tenían dificultades interpersonales asociadas con sus problemas emocionales. Al respecto, se presenta la siguiente cita:

Siempre estaba enojada, nadie me podía hablar porque yo le contestaba con cuadro piedras en la boca, y ya tengo una relación

hermosa con mi mamá, con mi familia, me preocupo por ellos [participante 1, mujer diagnosticada con TCA].

Cabe destacar que, a partir del tratamiento, algunos participantes han reconceptualizado la alimentación como un ámbito de vínculo social, que puede influir positivamente en sus relaciones interpersonales desarrollándolas y fortaleciéndolas, mientras que antes este era un espacio de confrontación con otros. El siguiente relato expone esta experiencia:

La comida no solamente es para alimentarnos a nosotros mismos, sino que también es un vínculo social, entonces digamos que, gracias a todo esto, yo ya tengo más vida social [participante 1, mujer diagnosticada con TCA].

Percepción de sí mismo. En este aspecto, varios participantes relacionan la mejoría de la percepción que tienen de sí mismos, debido a la mejoría del aspecto y del desarrollo físico derivados del tratamiento, tal como se muestra en la siguiente cita:

el físico me ha mejorado demasiado, el cabello se me ve más bonito y la piel ya no está tan reseca [participante 3, mujer diagnosticada con TCA].

Y en esta otra:

Me veo que ya estoy mucho mejor, porque, digamos, ya estoy mucho más desarrollada [...], ya estoy creciendo, porque antes me había estancado [participante 1, mujer diagnosticada con TCA].

Además, se atribuye al tratamiento cambios en cuanto a la imagen corporal, en términos de aceptación. Como ejemplo, se presenta la siguiente cita:

Yo tenía una suma obsesión con mis piernas, porque eran muy gruesas, y pues ya eso ha cambiado, porque he aprendido que mi textura es así [participante 1, mujer diagnosticada con TCA].

En esta línea, se incluye el siguiente enunciado:

Enfrentando que soy así, que así me tocó, que así soy yo, simplemente aceptarme [participante 3, mujer diagnosticada con TCA].

Se destaca que la valoración de sí mismos previa al tratamiento estaba vinculada directamente con la percepción negativa del aspecto físico y con las distorsiones de la imagen corporal, tal como se muestra en el siguiente relato:

Distorsionas todo y todo es un caos [...] en este punto no tienes la capacidad de decir “yo me quiero y yo me amo, y me acepto tal y como soy” [...] porque tu mente está en otro lado [participante 4, mujer diagnosticada con TCA].

O en esta otra cita:

Llegan momentos en que yo no tengo amor propio porque es como un círculo vicioso, por la distorsión, entonces yo no verme como estoy, me hace no querer mi cuerpo [...] me hace falta aceptación y mucho amor propio [participante 5, mujer diagnosticada con TCA].

En este sentido, una participante resalta que las mejorías percibidas respecto al aspecto físico e imagen corporal derivadas del tratamiento se asocian con un mayor sentimiento de amor por sí mismos o autoestima, tal como se observa en el siguiente relato:

La manera en que yo me veo en este momento es genial, porque antes no me quería nada, era totalmente un desprecio por mí, y ahora

CVRS en jóvenes con TCA que reciben TCC

puedo agradecer por cada parte de mi cuerpo, agradecer por cómo me veo [participante 1, mujer diagnosticada con TCA].

Para el participante, sin embargo, la mejoría de la autoestima o el amor propio no se asocia tanto con los cambios de imagen corporal, sino con modificaciones respecto a un patrón previo de auto-crítica, tal como se muestra a continuación:

Yo antes no podía hacer nada, aunque fuera bueno, porque me daba palo, y me hacía sentir menos [...] que no me merecía muchas cosas [llora], con el tratamiento sí he mejorado mucho, me siento mejor conmigo mismo [participante 2, hombre diagnosticado con TCA].

Percepción del estado de salud. Algunos participantes no solo hacen referencia a la mejoría del aspecto físico, sino que manifiestan mejoría respecto a la percepción de su salud general. Al respecto, se presenta el siguiente fragmento:

Anteriormente me mantenía muy fría, ahora ya me mantengo más cálida, no me da tanto frío, mi piel se siente mejor, mi cabello está más nutrido [participante 3, mujer diagnosticada con TCA]

Y este otro:

Mi salud ha mejorado, tuve no solo problemas emocionales, sino que también problemas cardíacos [...] gracias al proceso, mi corazón está mucho mejor [participante 1, mujer diagnosticada con TCA].

Una de las participantes refiere que el tratamiento ha tenido un impacto positivo no solo en la salud física, sino también en cuanto a su salud mental, como muestra el siguiente relato:

En verdad me ha ido muy bien, me siento mucho mejor, tanto física como mentalmente [participante 2, hombre diagnosticado con TCA].

Esta participante conceptualiza la mejoría de su salud mental como el manejo de la preocupación por la alimentación, así:

Me ayuda con la parte mental, con lo que puedo estar pensando de todo esto, cómo puedo superarlo, hacer algunas estrategias, como no pensar solamente en eso [participante 2, hombre diagnosticado con TCA].

DISCUSIÓN

Respecto a los resultados del presente estudio, se ha observado que, aunque el tratamiento de modalidad TCC ha podido limitar en alguna ocasión algunos ámbitos asociados con la calidad de vida de los participantes al inicio del tratamiento, desde su dimensión funcional, en general, estas limitaciones se van reduciendo a lo largo de él. Por ejemplo, respecto a las actividades diarias relacionadas con la capacidad para realizar cosas, moverse o cuidarse, los relatos reportan limitaciones iniciales asociadas con la movilidad y el gasto energético, que dificultaban las actividades cotidianas y sociales de los participantes. Esas restricciones se reducen progresivamente de acuerdo con las etapas de los programas de tratamiento, e incluso desaparecen en la medida que los pacientes se adhieren a la terapia y mejoran su estado físico.

Este resultado coincide con otro estudio (12) en el que se evaluó la CVRS en mujeres españolas con trastornos alimentarios mediante el cuestionario SF-36 y en el que se observó mejoras en las subescalas de funcionamiento físico y salud tras seis meses de tratamiento. A su vez, Galsworthy et al. (21), en su revisión sistemática sobre TCC en pacientes con AN, evidenciaron

menores puntuaciones de malestar corporal después del tratamiento.

Por otro lado, cabe mencionar que algunas de las limitaciones en la CVRS reportadas por los participantes, fundamentalmente al inicio del tratamiento, se debían a la naturaleza inherente del TCA y no a las indicaciones terapéuticas. Por ejemplo, la preocupación excesiva por la comida les dificultaba concentrarse en las tareas académicas; y el aislamiento ocasionado por la incomodidad que les generaba comer frente a los demás se asociaba con un sentimiento de soledad, sentirse incomprendidos y miedo a perder relaciones. En este sentido, podría afirmarse que la naturaleza del TCA en sí mismo afecta a la CVRS, como han planteado previamente ya algunos autores (10-13).

Esta observación coincide con los relatos de los participantes en los que se da cuenta del impacto beneficioso que ha tenido el tratamiento en diferentes ámbitos de su calidad de vida. Tal mejora se atribuye, sobre todo, a los cambios favorables del tratamiento respecto a su problema alimentario, sobre todo en lo que tiene que ver con la reducción de los problemas emocionales, cognitivos y comportamentales que se vinculaban a la experiencia de TCA. Por ejemplo, respecto a las habilidades para concentrarse, pensar, memorizar o aprender cosas, los participantes atribuyeron la mejoría de las habilidades cognitivas a los efectos del tratamiento farmacológico y a la reducción de síntomas clínicos como la ansiedad.

También en el ámbito académico, los participantes reportaron recuperación de estas actividades por la reducción de la ansiedad, orientada fundamentalmente a la preocupación por adelgazar y a las conductas restrictivas de la comida. Esto coincide con una revisión sistemática sobre TCC en TCA en la que se ha observado la reducción de la ansiedad tras la intervención, porque se propi-

cia en los pacientes la identificación y cambio del pensamiento disfuncional, lo que favorece la recuperación de habilidades cognitivas (21).

Esta mejoría respecto a la ansiedad y la preocupación excesiva parecen asociarse con el incremento de los estados emocionales positivos en algunos de los participantes, quienes reportan sentir mayor regulación emocional, e incluso felicidad, y mayor tranquilidad por la posibilidad de contar con un modelo de intervención que les ayude a manejar estados emocionales negativos en caso de incurrir en comportamientos alimentarios no deseados. En este sentido, se observan mejorías respecto a la dimensión de bienestar de la CVRS. Al respecto, también los ensayos revisados por Galsworthy et al. (21) demostraron que el TCC mejora las medidas de estado anímico y propicia en los pacientes la identificación y cambio del pensamiento disfuncional, la conducta y las respuestas emocionales. Esto demuestra, además, que el TCC es eficaz en el tratamiento de comorbilidades comunes en la AN (depresión, ansiedad, baja autoestima, obsesiones y compulsiones) (21,28).

Esta mayor estabilidad emocional y reducción de la ansiedad de los participantes les permitió, a su vez, retomar actividades y relaciones sociales, al sentirse liberados de la preocupación por la comida. Es decir, la reducción en las actitudes alimentarias patológicas, cogniciones poco realistas sobre su alimentación y ansiedad por adelgazar usuales en TCA (28) benefició la recuperación en el ámbito social. Así también ocurre en los estudios revisados por Galsworthy et al. (21) sobre TCC, en los que se evidencia la mejora de la comunicación en el ámbito familiar y significativamente el temperamento, la depresión, la histeria, la psicastenia y el aislamiento, rasgos que podrían afectar las relaciones sociales.

No obstante, uno de los ámbitos en los que más se puede vincular el tratamiento con la reducción de

CVRS en jóvenes con TCA que reciben TCC

los problemas inherentes a los TCA y, consecuentemente, con beneficios en la CVRS hace referencia a las mejorías del aspecto y desarrollo físico que fueron mermados por la problemática alimentaria. En relación con esto, también es inherente al TCA que la valoración de sí mismo se vincule con la percepción negativa del aspecto físico y con las distorsiones de la imagen corporal. En este sentido, las mejoras físicas derivadas del tratamiento junto con las mejorías percibidas vinculadas con la valoración más realista y con mayor aceptación del aspecto físico e imagen corporal en los participantes se asocian con un incremento de la autoestima o amor propio, merma inicialmente por este patrón de autocrítica respecto a la imagen corporal. Este hallazgo coincide con los objetivos de TCC para AN, que apuntan a restaurar un peso saludable, establecer tareas para modificar cogniciones poco realistas sobre su alimentación, la forma de su cuerpo y el peso y enfocarse en temas como la autoestima (28).

Los participantes vinculan todas estas mejoras derivadas del tratamiento respecto a la reducción de las problemáticas psicológicas y físicas del TCA con una mayor percepción de salud mental y, adicional a ello, reportan experimentar mayor salud a nivel general por las mejorías respecto a síntomas de otras problemáticas comórbidas, tales como problemas cardíacos, de temperatura corporal y nutricionales. Esto coincide con estudios sobre TCC que mencionan mejoría del trastorno de la AN, incluyendo aspectos físicos y mentales, evidente mediante mejoría del IMC, las conductas restrictivas y las obsesiones relacionadas con el peso y los alimentos, así como reducciones del deterioro clínico (21).

Retomando todos estos resultados, en términos generales se podría afirmar que la TCC en la muestra de jóvenes participantes, más que impactar negativamente en la CVRS por sus restricciones iniciales, como podría haberse planteado

previamente, ofrece una mejora progresiva tanto en la dimensión funcional como de bienestar, por los beneficios terapéuticos que ocasiona al reducir las problemáticas emocionales, cognitivas, comportamentales y médicas asociadas al TCA. No obstante, cabe señalar que se observó en los participantes que la mejoría en la CVRS asociada con el tratamiento no se debía únicamente a la reducción de estas problemáticas del TCA, sino a aprendizajes significativos de habilidades para la vida y capacidades, las cuales ahondaron en una mayor percepción de salud mental, autoeficacia, amor propio, felicidad o salud general, lo cual supone un aporte importante de esta investigación a favor de procesos de cambio más profundos de la psicoterapia en la calidad de vida de los pacientes.

Por ejemplo, respecto a las actividades académicas, se relata la mejoría de las habilidades de planeación y programación, lo cual es propiciado mediante la TCC, que se orienta a que el paciente ordene y planifique actividades diarias y se planteen diversas metas y objetivos, entre ellos los académicos, tal como plantean Bamford et al. (28). En el ámbito social, alguno de los participantes refiere haber reconceptualizado la alimentación como un ámbito de vínculo social que puede influir positivamente en sus relaciones interpersonales; y respecto a la percepción de sí mismos, se reportan mejorías en cuanto a habilidades personales, sociales y fortalezas para el afrontamiento de situaciones difíciles, tal como se ha observado previamente (21,28,29).

Como conclusión, podría decirse que los jóvenes participantes en el estudio muestran que los beneficios ocasionados por la TCC respecto a la reducción de las problemáticas inherentes al TCA y por la mejora de las habilidades para la vida adquiridas impactaron positivamente en su CVRS; atendieron a las expectativas, aspiraciones y metas en los ámbitos cognitivo, físico, social, académico, familiar y respecto a la autoestima. Estos

ámbitos se pueden considerar cruciales para la calidad de vida de los jóvenes en general, y de esta muestra de participantes en específico. Las limitaciones percibidas al inicio del tratamiento respecto a la CVRS se van reduciendo a medida que van mejorando los problemas emocionales, cognitivos y comportamentales que se vinculaban con la experiencia de TCA, y se adquieren habilidades para la vida, lo cual podría vincularse, incluso, desde una perspectiva de desarrollo, a lo que se ha denominado como desarrollo positivo o salud mental positiva.

No obstante, se requiere investigar a futuro sobre el papel que juegan estas limitaciones iniciales en la adherencia terapéutica y en la eficacia de la TCC, y de manera específica con los pacientes jóvenes, por la relevancia de los ámbitos familiar, académico, social y de la autoestima en su calidad de vida. Por otra parte, se requeriría desarrollar investigaciones a futuro con mayor variabilidad de casos y tamaño de muestra por las limitaciones que conlleva un número reducido de casos, como en el presente estudio, en cuanto a la variabilidad del fenómeno. Adicionalmente, se requieren investigaciones con diseños longitudinales en las que pudiera analizarse la evolución de la CVRS a lo largo del tratamiento, diferenciando entre el impacto de la problemática alimentaria y de la modalidad terapéutica. Por último, se recomienda

desarrollar estudios multimétodos para conocer la convergencia o no entre la CVRS explorada a partir de las experiencias subjetivas de los pacientes y los cuestionarios psicométricos específicos de la CVRS en el caso de los TCA.

A pesar de todas estas limitaciones, la presente investigación resulta relevante porque profundiza y muestra los beneficios que la TCC tiene sobre sobre diferentes dominios de la CVRS en una muestra de jóvenes con TCA, no solo a través de la reducción de los síntomas del trastorno, sino también por el incremento de habilidades para la vida. En este sentido, este tratamiento basado en la evidencia que ha mostrado ser eficaz clínicamente desde una perspectiva de resultados, también cuenta con los resultados preliminares de este estudio a favor de su validez desde la perspectiva subjetiva de los pacientes y desde un enfoque ético de atención en salud humanizada orientada hacia la calidad de vida y el desarrollo positivo; este último enfoque supone una perspectiva crucial para promover la salud mental en la población juvenil, en general, y específicamente con TCA.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores manifiestan no presentar conflicto de intereses.

Referencias

1. WHO. CIE-11 Clasificación Internacional de Enfermedades para Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad. Trastornos del Comportamiento alimentario. Undécima revisión [Internet]. World Health Organization; 2019 [Consultado agosto de 2021]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fid%2f%2f1412387537>
2. Lastra Pérez G. Impacto de la pandemia por covid-19 en los trastornos de la conducta alimentaria [Tesis de pregrado]. Cantabria: Universidad de Cantabria; 2022. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/25051>
3. Academy for Eating Disorders. Trastornos de la conducta alimentaria: Puntos Críticos para un Reconocimiento Temprano y Manejo de Riesgos Médicos en el Cuidado de Individuos con Trastornos de la Conducta Alimentaria [Internet]. Deerfield: ADE; 2012 [Consultado 20 Agosto 2021]. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Puntos%20Cr%C3%ADticos%20para%20un%20Reconocimiento%20Temprano%20y%20Manejo%20de%20Riesgos%20>

CVRS en jóvenes con TCA que reciben TCC

M%C3%A9dicos%20en%20el%20Cuidado%20de%20Individuos%20con%20Trastornos%20de%20la%20Conducta%20Alimentaria_0.pdf

4. Giovanni G, Milano W, Nebbiai G, Piccione C, Capasso A. Medical Complications in Anorexia and Bulimia Nervosa. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets*. 2018;18(5): 477-88. <https://doi.org/10.2174/1871530318666180531094508>
5. WHO Quality of Life Assessment Group. What quality of life? *World Health Forum*. 1996;17(4): 354-56. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/54358>
6. Ware JE, Sherbourne, CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-83. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/21561645_The_MOS_36-item_short-form_health_survey_SF-36_I_Conceptual_framework_and_item_selection/link/0deec51d2c2bfefc01000000/download
7. Urzúa MA, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Ter Psicol*. 2012;30(1):61-71. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
8. Fernández JA, Hernández R, Siegrist J. El perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC): un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica. *Atención Primaria* 2001; 28: 680-9. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)70484-2](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)70484-2)
9. Wilson I, Cleary P. Linking clinical variables with health related quality of life. *JAMA* 1995; 273: 59-65. <https://doi.org/10.1001/jama.1995.03520250075037>
10. Casella CI. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria que asisten al programa “Trastornos alimentarios” del Hospital Nacional de Clínicas durante el año 2013. [Tesis de Maestría]. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba; 2016. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-983039?lang=es>
11. Winkler LA, Gudex C, Lichtenstein MB, Røder ME, Adair CE, Sjögren JM, et al. Explanatory Factors for Disease-Specific Health-Related Quality of Life in Women with Anorexia Nervosa. *J Clin Med*. 2021;10(8):1592. <https://doi.org/10.3390/jcm10081592>
12. Panea-Pizarro I, Moran JM, Lavado-García J, Beato-Fernández L, Domínguez-Martin AT, Huerta-González S, et al. Health-Related Quality of Life in Spanish Women with Eating Disorders. *Nutrients*. 2021;13(2):403. <https://doi.org/10.3390/nu13020403>
13. Wu XY, Yin WQ, Sun HW, Yang SX, Li XY, Liu HQ. The association between disordered eating and health-related quality of life among children and adolescents: A systematic review of population-based studies. *PLoS ONE*. 2019;14(10): e0222777. <https://doi.org/10.1371/journal>
14. De la Rie S, Noordenbos G, Donker M, Van Furth E. The patient’s view on quality of life and eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2007;40(1):13-20. <https://doi.org/10.1002/eat.20338>
15. Dalle Grave R, Conti M, Calugi S. Effectiveness of intensive cognitive behavioral therapy in adolescents and adults with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2020;53(9):1428-38. <https://doi.org/10.1002/eat.23337>
16. Lock J. Updates on Treatments for Adolescent Anorexia Nervosa. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*. 2019;28(4):523-35. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.001>
17. Gorrell S, Le Grange D. Update on Treatments for Adolescent Bulimia Nervosa. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*. 2019;28(4):537-47. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.002>
18. American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the treatment of eating disorders. Washington, DC: APA. 2000.

19. Martínez B. Intervención psicológica de un Trastornos de la Conducta Alimentaria abordado desde la Terapia Cognitivo Conductual: Presentación de un caso de Anorexia Nerviosa. *Información psicológica*. 2018;116:79-94. <https://doi.org/10.14635/IPSIC.2018.116.5>
20. Petersen TJ, Sprich SE, Wilhelm S. *The Massachusetts General Hospital Handbook of Cognitive Behavioral Therapy*. New York: Human Press. 2016.
21. Galsworthy-Francis L, Allan S. Terapia cognitivo-conductual para la anorexia nerviosa: una revisión sistemática. *Revista de Toxicomanías*. 2016;76(1):25-51. Disponible en: https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/ret_76_04_anorexia.pdf
22. Persano HL, Soto S, Brenna MF, Giménez L, González M, Pérez MB. Evaluación del tratamiento nutricional en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria asistidos en un servicio especializado en el hospital "José T. Borda". *Revista Nutrición Investiga*. 2019;IV(1):235-83. Disponible en: http://old.fmed.uba.ar/escuelanutricion/revistani/pdf/19a/ncl/813_c.pdf
23. Alañón MM, Ferrit M, Calleja MA, Morillas F. Adherence of nutritional support prescriptions to clinical practice guidelines in patients with anorexia nervosa. *Nutr Hosp*. 2019;36(5):1001-10. <https://doi.org/10.20960/nh.02223>
24. Gibbs G. *El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa*. Madrid: Morata; 2012. p. 13.
25. Coolican H. *Métodos de investigación y estadística en psicología*. 5ta ed. Bogotá: el Manual Moderno; 2005.
26. Smith J, Flowers P, Michael L. *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. London UK: Sage, 2009.
27. Fairburn, CG. *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press, 2008.
28. Bamford BH, Mountford VA. Cognitive behavioural therapy for individuals with longstanding anorexia nervosa: Adaptations, clinician survival and system issues. *Eur Eat Disord Rev*. 2012;20(1):49-59. <https://doi.org/10.1002/erv.1080>
29. Nyman-Carlsson E, Norring C, Engström I, Gustafsson SA, Lindberg K, Paulson-Karlsson G, et al. Individual cognitive behavioral therapy and combined family/individual therapy for young adults with Anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*. 2020;30(8):1011-25. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1686190>