

OBSTÁCULOS EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS: PROPUESTAS PARA SUPERARLOS

OVERCOMING THE OBSTACLES IN THE TREATMENT OF EATING DISORDERS: A PROPOSAL

Diana Kirszman

Fundación AIGLE. Profesora titular de la Universidad de Belgrano. Argentina
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9548-0438>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Kirszman, D. (2020). Obstáculos en el tratamiento de los Trastornos Alimentarios: Propuestas para superarlos. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 5-15. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.352>

Resumen

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) conforman un conjunto de cuadros complejos, en muchos casos discapacitantes y que tienden en un alto porcentaje a la cronicidad (Klump, Bulik, Kaye, Treasure y Tyson, 2009), con altas tasas de mortalidad y suicidio (Fichter y Quadflieg, 2016; Hoang, Goldacre y James, 2014). Diversas fuentes informan que en la actualidad contamos con suficiente evidencia de las pocas oportunidades en la mayoría de los pacientes con TCA para lograr una recuperación plena en sus tratamientos (Murray, 2019). Necesitamos mejorar nuestras intervenciones terapéuticas y un punto fundamental en esa dirección es conocer con más profundidad cuáles son los obstáculos que se presentan y cómo abordarlos. En el presente trabajo nos enfocaremos en barreras que son particularmente significativas durante el proceso de la intervención terapéutica: la cronicidad, que tiene fundamental importancia respecto de la naturaleza del trastorno y alimenta fuertemente las creencias negativas (no sólo del paciente) respecto a la expectativa de posibles logros terapéuticos; la elevada comorbilidad, que hace particularmente difícil en muchos casos la elaboración de un diagnóstico preciso y, por consiguiente, de un adecuado diseño de tratamiento; y la Resistencia que presenta un conjunto de mecanismos que dificultan los procesos de cambio.

Palabras clave: Trastornos Alimentarios, Obstáculos, Cronicidad, Resistencia, Comorbilidad.

Abstract

Eating Disorders (ED) are part of a group of complex mental health issues that are in many cases disabling and tend to become chronic (Klump, Bulik, Kaye, Treasure, & Tyson, 2009). These disorders have high rates of mortality and suicide (Fichter & Quadflieg, 2016; Hoang, Goldacre, & James, 2014).

Various sources inform that there is enough evidence to assure that most of these clients have low chances of getting fully recovered (Murray, 2019).

In order to improve our therapeutic interventions, we have to deepen our knowledge of the obstacles we are dealing with and how to overcome them.

In the present study we will focus on the most meaningful barriers of the therapeutic process: (1) the chronicity, which decreases positive expectations both of the client and their context; (2) the high comorbidity, which makes especially hard to elaborate a precise diagnosis and design a proper treatment plan; and (3) the resistance that impedes to achieve positive changes.

Keywords: Eating Disorders, Obstacles, Chronicity, Resistance, Comorbidity.

Fecha de recepción: 2 de diciembre de 2019. Fecha de aceptación: 8 de enero de 2020.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: dianaskirszman@gmail.com

Dirección postal: Virrey del Pino 2477, CABA (1426). Argentina

© 2020 Revista de Psicoterapia



Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) conforman un conjunto de cuadros complejos, en muchos casos discapacitantes y que tienden en un alto porcentaje a la cronicidad (Klump, Bulik, Kaye, Treasure y Tyson, 2009), con altas tasas de mortalidad y suicidio (Fichter y Quadflieg, 2016; Hoang, Goldacre y James, 2014). Por lo cual ayudar a estas personas con sus familias implica un fuerte desafío, como así también una importante necesidad (Kirszman y Salgueiro, 2002).

Se trata de trastornos mentales graves que afectan hasta al 10% de la población, principalmente mujeres (Smink, van Hoeken y Hoek, 2013). Diversas fuentes informan que en la actualidad contamos con suficiente evidencia de las oportunidades en la mayoría de los pacientes con TCA para lograr una recuperación plena en sus tratamientos (Murray, 2019). Necesitamos mejorar nuestras intervenciones terapéuticas y un punto fundamental en esa dirección es conocer con más profundidad cuáles son los obstáculos que se presentan y cómo abordarlos.

Sabemos de la dificultad frecuente que las personas con trastornos mentales presentan para producir cambios; la particularidad en estos casos es que “desean fuertemente mantener los síntomas”. Por ejemplo, en una persona que presenta una conducta alimentaria restrictiva observamos un deseo muy intenso de seguir manteniéndola, a los fines de evitar ganar peso, ya que dicha posibilidad es lo que le produce mayor sufrimiento. Noemí (23 años) con un peso de 26 kilos decía: “no tolero subir un gramo, y no sé cómo hacer porque a mí un vaso de agua me engorda”.

Esta circunstancia dificulta la posibilidad de establecer con claridad los objetivos del proceso terapéutico que, como sabemos, es uno de los componentes fundamentales de la Alianza Terapéutica, junto con el acuerdo respecto de los medios para lograr dichos objetivos.

Otra de las características en estas consultas es la elevada comorbilidad de las situaciones clínicas. Los problemas vinculados con la alimentación se presentan acompañados de otros cuadros que, en muchos casos, pueden ser tanto o más severos que el trastorno alimentario.

Por cierto, si reunimos la frecuente tendencia a la cronicidad, la alta comorbilidad y los aspectos resistenciales, nos encontramos con un abanico de obstáculos que plantean fuertes exigencias a los clínicos y terapeutas.

Las barreras que se presentan en el tratamiento de los pacientes con TCA responden a una amplia diversidad de fuentes. Algunas, más subjetivas, provienen de características de la persona afectada por el trastorno (como por ejemplo actitudes, creencias y antecedentes terapéuticos), pero también encontramos barreras que surgen de fenómenos externos (e.g., el entorno primario y secundario, incluyendo factores socioculturales) (Innes, Clough y Casey, 2017).

Aunque muchas personas con trastornos alimentarios informan una necesidad percibida de recibir ayuda, relativamente pocos terminan recibiendo un tratamiento adecuado (Cachelin, Rebeck, Veisel y Striegel-Moore, 2001; Mojtabei, Olfson y Mechanic, 2002). El número de personas con un trastorno alimentario que acuden a

la consulta es considerablemente menor que las personas que presentan otro tipo de problemas de salud mental (Cachelin y Striegel-Moore, 2006; Hart, Granillo, Jorm y Paxton, 2011; Vanheusden et al., 2008). Es importante comprender e identificar las barreras que frecuentemente se encuentran en estos pacientes.

En una revisión en que se utilizó el Modelo Conductual de Andersen, se identificaron diversas barreras en pacientes mujeres que presentaban trastornos de Anorexia, Bulimia y trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE). Entre ellas se encontraron: Rasgos de Personalidad - Creencias de los pacientes sobre la Salud y las posibilidades de recuperación - Aspectos vinculados con la etnicidad, la raza y la cultura - Dificultades económicas - Preconceptos de los profesionales - Estigma social - Distancia geográfica del centro asistencial (Thompson y Park, 2016). En dicho trabajo se enuncian 3 amplias proposiciones sobre la manera en que están relacionadas las diferentes barreras para los distintos cuadros clínicos:

- 1) Las pacientes con TCANE y Bulimia suelen ser subdiagnosticadas con más frecuencia que las que padecen Anorexia.
- 2) En las pacientes con Bulimia se informa un mayor grado de estigma social que en el caso de TCANE y Anorexia.
- 3) En la Anorexia se observa una mayor incidencia de rasgos de personalidad como barreras, comparado con TCANE y Bulimia.

En el presente trabajo nos enfocaremos en barreras que son particularmente significativas durante el proceso de la intervención terapéutica: la **Cronicidad**, que tiene fundamental importancia respecto de la naturaleza del trastorno y alimenta fuertemente las creencias negativas (no sólo del paciente) respecto a la expectativa de posibles logros terapéuticos; la elevada **Comorbilidad**, que hace particularmente difícil en muchos casos la elaboración de un diagnóstico preciso y, por consiguiente, de un adecuado diseño de tratamiento; y la **Resistencia** que presenta un conjunto de mecanismos que dificultan los procesos de cambio.

Cronicidad

Respecto a la cronicidad, no existe una definición generalmente aceptada de lo que constituye “cronicidad” en AN (Tierney y Fox, 2009). Steinhausen (2002) sugiere que después de 6 a 7 años de enfermedad, la probabilidad de que las personas se recuperen alcanza una meseta, pero no llega a cero. Se trata de cuadros complejos, considerando que la complejidad alude a la gran diversidad de factores que entran en juego para que una persona desarrolle un TCA, desde la vulnerabilidad tanto personal como familiar y sociocultural hasta los factores que actúan como desencadenantes, como así también los factores reforzadores o mantenedores del trastorno que contribuyen a la perpetuación de los síntomas y de la disfunción.

Un elemento troncal en los TCA es el concepto de imagen corporal (IC), el cual sin duda es una construcción psicológica compleja y constituye un factor esencial que contribuye a la cronicidad. La IC se refiere al modo en que la autopercepción del cuerpo genera una representación mental que incluye emociones, pensamientos

y conductas asociadas. (Kirszman y Salgueiro, 2015). Las alteraciones de la IC se constituyen en un criterio central en el diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) según el *Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales* (5.^a Ed.; *DSM- V*; American Psychiatric Association [APA], 2013) y forman el núcleo central de la psicopatología en la perspectiva transdiagnóstica (Fairburn y Cooper, 2011; Fairburn et al., 2009). La insatisfacción con el cuerpo y las alteraciones de la IC se encuentran asociadas con conductas y actitudes problemáticas hacia la comida, como la falta de control, el hecho de permanecer largos períodos con dietas restrictivas y la existencia de sintomatología bulímica. Estas variables influyen en la persistencia de la insatisfacción corporal aún después de un tratamiento específico, los cuales funcionan como un predictor fiable de recaída en la bulimia nerviosa y por lo tanto un elemento que favorece la cronicidad (Marco, Perpiñá y Botella, 2014). Considerando que la insatisfacción corporal en estas personas es una de las variables más difíciles de revertir, claramente es un factor que incrementa la cronicidad. Diversas características favorecen y potencian la cronicidad de estos cuadros. El perfeccionismo (entre otros) es un ejemplo paradigmático, el cual funciona como una variable que acompaña todo el proceso.

Comorbilidad

Los avances en los sistemas de clasificación actuales, como el *DSM-V* (2013) y la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)*; Organización Mundial de la Salud, 2018) han ayudado a mejorar la precisión y especificidad de los diagnósticos en el caso de los TCA.

Sin embargo, estos pacientes presentan una gran cantidad de síntomas que van más allá de los síntomas nucleares considerados como criterios prevalentes de diagnóstico de los TCA.

La comorbilidad hace referencia, entonces, a la presencia de cualquier condición clínica adicional al trastorno alimentario per se, que haya existido o exista en el curso de la evolución de una situación que recibe el diagnóstico principal de TCA. Numerosos estudios muestran la presencia de otros trastornos psicológicos en pacientes con TCA. En cuanto al clásico eje I del *DSM*, se ha encontrado que el 73% de los pacientes con un diagnóstico de AN restrictiva padecen además otro diagnóstico, al igual que el 82% de los pacientes con un diagnóstico de AN purgativa y un 60% de los pacientes con BN (Herzog, Keller, Lavori, Kenny y Sacks, 1992).

Los trastornos mentales más comunes en los TCA son los afectivos, principalmente la depresión mayor, que aparece en el 40% de los pacientes (Braun, Sunday y Halmi, 1994), seguido de la distimia con un 32% (Halmi, 1992) y el abuso de sustancias (Herzog et al., 1992; Verkes, Pijl, Meinders y Van Kempen, 1996; Kanbur y Harrison, 2016). Además, en un reciente estudio con individuos con trastorno bipolar se ha encontrado una comorbilidad del 27% con TCA (12% TA, 15% BN y 0.2% AN) (McElroy, et al., 2016). Los trastornos de ansiedad, depresivos y bipolares concurren frecuentemente con la AN. Muchos individuos con

AN refieren la presencia de síntomas ansiosos o un trastorno de ansiedad antes del inicio del TCA. La prevalencia de estos es del 60%, siendo el trastorno de ansiedad generalizada el más frecuente (36.8%), seguido del trastorno de pánico (20%). En algunos individuos con AN se han descrito casos de trastorno obsesivo compulsivo (TOC), especialmente en los casos de tipo restrictivo. La prevalencia del TOC se estima en un 16% (Bulick, Sullivan, Fear y Pickering, 1997; Speranza et al., 2001). El trastorno por abuso de alcohol, así como por consumo de sustancias también pueden ser comórbidos con la AN, especialmente en el tipo con atracones/purgas (APA, 2014). También encontramos una amplia comorbilidad en los individuos con BN. Existe un aumento en la frecuencia de los trastornos de ansiedad, depresivos y bipolares. Estas alteraciones del estado de ánimo se inician al mismo tiempo o después del desarrollo de la BN. Estas alteraciones suelen remitir con frecuencia después de un tratamiento eficaz de la BN. La prevalencia del consumo de sustancias como el alcohol y los estimulantes, se acerca al 30% en los individuos con BN (APA, 2014).

Los datos de comorbilidad entre los trastornos de personalidad y los TCA son muy heterogéneos (Thompson-Brenner et al., 2008). Se estima la presencia de este tipo de alteraciones, según diferentes estudios, entre un 53% y un 93% (Powers, Covert, Brightwell y Stevens, 1988; Yager, Landsverk y Edelstein, 1989; Zanarini et al., 1990). La presencia de un trastorno de personalidad en la AN oscila desde el 23% al 80%. Entre los trastornos más comunes se encuentran los trastornos de personalidad por evitación, dependiente y obsesivo compulsivo (Johnson y Wonderlich, 1992). Un porcentaje sustancial de individuos con BN presenta características de la personalidad que cumplen los criterios de uno o varios trastornos de personalidad, siendo el más frecuente el trastorno de la personalidad límite (5.^a Ed.; *DSM-V*, American Psychiatric Association, 2013).

Si bien no vamos a puntualizar en los aspectos orgánicos y/o físicos, es importante destacar que además de la comorbilidad con trastornos psicológicos, es muy frecuente observar una alta comorbilidad con problemas físicos, lo cual complejiza la evolución. La más común es con la diabetes mellitus (DM) donde las cifras de prevalencia varían entre un 0.5 % y el 7% de los casos de AN y BN, alcanzando un 20% en los de TCANE. La obesidad, está fuertemente vinculada al TA. Un 6% de niños con obesidad presentan un TA. Las enfermedades tiroideas, tanto el hipertiroidismo como el hipotiroidismo, tienen una importante asociación en la aparición, el curso y el pronóstico de los TCA. La participación de condiciones clínicas comórbidas influyen tanto en la complejidad como en la cronicidad de estos cuadros.

Resistencia

Los **abordajes transdiagnósticos** permiten ampliar el foco del tratamiento para abordar las características que operan como agentes de mantenimiento de los trastornos alimentarios y pueden ayudar a la mejoría de los síntomas en los casos

más resistentes. Además, dado que las diferentes modalidades de TCA comparten diversos aspectos psicopatológicos entre sí y que, por lo tanto, los pacientes presentan signos y síntomas que corresponden a diferentes diagnósticos, un tratamiento que es aplicable a todos ellos puede mejorar la evolución de pacientes ambulatorios.

Dentro de los factores obstaculizadores para la adherencia a la terapia, encontramos la disposición parcial o ambivalente a mejorar y las dificultades en el entendimiento de la enfermedad, tanto de sus causas como de su sintomatología. El ir aclarando estos aspectos en terapia podría transformarse en facilitador del cambio, proporcionando a través de intervenciones psicoeducativas, las ventajas de producir ciertos cambios. Por otra parte, si dirigimos nuestra atención a los factores obstaculizadores contextuales, el hecho de que la familia no participe como red de contención y minimice el trastorno, contribuye significativamente a dificultar el proceso de cambio (Cruzat Mandich, Diaz Castrillón, Kirszman, Aspillaga Hesse y Behar Astudillo, 2013).

Hay evidencias que la intervención familiar es fundamental como parte del dispositivo del tratamiento. El funcionamiento interpersonal entre los miembros de una familia que presenta un TCA ha recibido considerable atención como factor determinante en la constitución y mantenimiento del mismo (Salgueiro y Kirszman, 2012).

Otro fenómeno obstaculizador relevante a considerar y que se vincula con la alianza, es la percepción que las pacientes tienen de ser tratadas como enfermas teniendo en cuenta que no se consideran como tales, ni siquiera que tienen problemas. En todo caso, el problema lo visualizan en la falta de comprensión que atribuyen, en primer lugar a la familia, como así también al contexto interpersonal más amplio. Estas circunstancias explican los motivos por los cuales son tratamientos que se abandonan prematuramente.

Según Kazdin, Fitzsimmons-Craft y Wilfley (2017) las barreras de tratamiento más fuertes se vinculan con que los pacientes tienen la creencia de que pueden ayudarse a sí mismas, minimizando el problema, considerando que el problema no es suficientemente grave como para justificar el tratamiento. En una revisión sistemática de 13 estudios de barreras percibidas hacia la búsqueda de ayuda para los TCA se identificó estigma y vergüenza, negación de la gravedad de la enfermedad, algunas barreras prácticas (e.g., costo), baja motivación, actitudes negativas hacia la búsqueda de ayuda, falta de aliento y falta de conocimiento sobre los recursos como las barreras más prominentes (Ali et al., 2017). Un metaanálisis integral reciente sobre el abandono de la psicoterapia, que analizó 669 estudios y 83834 pacientes adultos con un trastorno no psicótico, encontró que el 23.9% de los pacientes abandonan los tratamientos.

Como se evidencia, son múltiples las variables que intervienen como obstaculizadores y que son representantes de altos niveles resistenciales. La alexitimia funciona como una de las principales variables. Se refiere a una alteración específica en el procesamiento emocional, que se traduce especialmente en una capacidad

reducida para verbalizar y expresar emociones. La alexitimia puede observarse con claridad en las siguientes 5 características dominantes: (1) dificultad para identificar la emoción de uno; (2) dificultad para describir los sentimientos personales verbalmente; (3) una reducción o incapacidad para experimentar emociones; (4) una ausencia de tendencias a la imagen de la emoción de otra persona, o un estilo cognitivo orientado externamente; y (5) poca capacidad para fantasear o desarrollar pensamiento simbólico.

Propuestas y Conclusiones

En el contexto de los trastornos alimentarios, existen pocos tratamientos de apoyo empírico, definidos como tratamientos específicos que se muestran efectivos en estudios de investigación apoyados en ensayos controlados y aleatorizados (Chambless y Hollon, 1998). Las revisiones sistemáticas de alta calidad han demostrado que las formas específicas de terapia cognitivo-conductual (TCC) son eficaces para una variedad de presentaciones de trastornos alimentarios a corto y largo plazo (Brownley et al., 2016). También hay evidencia de que no hay diferencias de resultados estadísticamente significativas entre TCC y psicoterapia interpersonal (TPI) en períodos de seguimiento a largo plazo (Linardon, Wade, de la Piedad Garcia y Brennan, 2017). Las guías clínicas internacionales para trastornos de la alimentación recomiendan el uso de tratamientos psicológicos que muestren un fuerte apoyo empírico, aunque algunas recomendaciones tampoco se basan en la evidencia y probablemente reflejan las particularidades de los sistemas de salud (por ejemplo, disponibilidad de servicios ambulatorios, cantidad de terapeutas capacitados en una orientación teórica particular, etc. (Hilbert, Hoek y Schmidt, 2017). De las ocho guías clínicas disponibles que indican tratamientos psicológicos para trastornos de la alimentación, todas recomiendan la TCC para la bulimia nerviosa.

Se proporcionan orientaciones futuras para la investigación del tratamiento del trastorno alimentario, incluidas estrategias para aumentar la potencia, la diseminación y la implementación de tratamientos basados en la evidencia.

Al día de hoy se han desarrollado diferentes estrategias de intervención con resultados favorables. Uno de los primeros puntos a tener en cuenta, lo cual implica un importante desafío, es cómo establecer una alianza de trabajo que permita avanzar adecuadamente en el proceso de ayuda. Situación particularmente difícil con estos pacientes ya que la disposición para el cambio es muy baja.

Teniendo en cuenta que uno de los elementos para la construcción de una buena alianza de trabajo es que el/los consultantes se sientan comprendidos, se trata de encontrar cual es la vía de entrada más accesible en cada caso. El criterio de avanzar de modo gradual, lento y progresivo permite que los pacientes vayan adquiriendo la confianza necesaria para lograr cambios en dicho proceso, y que consideren beneficioso desarmar los síntomas que con tanto sufrimiento lograron construir.

En las últimas dos décadas, ha habido un interés creciente en el uso de la

tecnología de Realidad Virtual (VR) para aplicaciones de atención médica, con muchas investigaciones que muestran beneficios en el tratamiento de afecciones psicológicas como el trastorno de estrés postraumático, la fobia y la ansiedad (Riva, Wiederhold y Mantovani, 2019).

En particular, diferentes ensayos controlados aleatorizados demostraron la eficacia de la RV en el tratamiento de trastornos de la alimentación y del peso: obesidad, bulimia y trastorno por atracón (Ferrer-García et al., 2019; Ferrer-García et al., 2017; Manzoni et al., 2016; Cesa et al., 2013).

Las intervenciones en el campo de la salud asistidas por computadora pueden ser de gran beneficio para las personas debido al anonimato y la posible reducción de las preocupaciones sobre el estigma (Brenes, Ingram y Danhauer, 2011).

Hay evidencias que la Terapia cognitiva conductual (TCC) es el tratamiento empírico más consistente para los Trastornos Alimentarios. Sin embargo, solo alrededor de la mitad o menos de las personas con BN o trastorno de purga que inician un proceso de TCC ambulatoria o intensiva logran la remisión. Por otra parte, de aquellos que tienen éxito al final del tratamiento, aproximadamente el 30-50% experimentará una recaída (Olmsted, MacDonald, McFarlane, Trottier y Colton 2015).

Por lo tanto, a pesar de ser la TCC el tratamiento actual con mejores pruebas de evidencia, sigue siendo imperativo mejorar sus resultados a corto y largo plazo.

Los fenómenos que facilitan y que dificultan el progreso terapéutico con los pacientes que presentan TCA son un conjunto altamente diversificado. Hasta el momento se han hecho ingentes esfuerzos por tratar de discernir cuáles son dichos fenómenos y cómo se presentan en la práctica clínica.

Hemos realizado algunos avances, lo que se traduce, al día de hoy, en mejores y más consistentes tratamientos. Pero, todavía es mucho lo que tenemos que hacer para avanzar en este terreno. Esta circunstancia es compartida por los clínicos e investigadores a lo largo del mundo, lo que se traduce en una firme actividad para mejorar nuestro conocimiento al respecto. Una propuesta elocuente en esa dirección es el Protocolo de Estudio FABIANA (Facilitators And Barriers In Anorexia Nervosa treatment initiation), puesto en marcha a partir de fines de 2019, enfocado en la Anorexia. Dicho estudio, de naturaleza multicéntrica, se propone identificar abordajes tempranos que tengan pruebas de evidencia para mejorar nuestros estándares terapéuticos (Kästner et al., 2019).

Referencias bibliográficas

- Ali, K., Farrer, L., Fassnacht, D. B., Gulliver, A., Bauer, S. y Griffiths, K. M. (2017). Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 50(1), 9-21. <https://doi.org/10.1002/eat.22598>
- American Psychiatric Association (2013). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

- Braun, D. L., Sunday, S. R. y Halmi, K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24(4), 859-867. <https://doi.org/10.1017/S0033291700028956>
- Brenes, G. A., Ingram, C. W. y Danhauer, S. C. (2011). Benefits and challenges of conducting psychotherapy by telephone. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(6), 543-549. <https://doi.org/10.1037/a0026135>
- Brownley, K. A., Berkman, N. D., Peat, C. M., Lohr, K. N., Cullen, K. E., Bann, C. M., y Bulik, C. M. (2016). Binge-eating disorder in adults: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 165(6), 409-420. <https://doi.org/10.7326/M15-2455>
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. L. y Pickering, A. (1997). Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 185(11), 704-707.
- Cachelin, F. M., Rebeck, R., Veisel, C. y Striegel-Moore, R. H. (2001). Barriers to treatment for eating disorders among ethnically diverse women. *International Journal of Eating Disorders*, 30(3), 269-278. <https://doi.org/10.1002/eat.1084>
- Cachelin, F. M. y Striegel-Moore, R. H. (2006). Help seeking and barriers to treatment in a community sample of Mexican American and European American women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 39(2), 154-161. <https://doi.org/10.1002/eat.20213>
- Cesa, G., Manzoni, G., Bacchetta, M., Castelnuovo, G., Conti, S., Gaggioli, A., ... Riva, G. (2013). Virtual Reality for Enhancing the Cognitive Behavioural Treatment of Obesity with Binge Eating Disorder: Randomized Controlled Study with One-Year Follow-up. *Journal of medical internet research*, 15(6), e113. <https://doi.org/10.2196/jmir.2441>
- Chambless, D. L. y Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.66.1.7>
- Cruzat Mandich, C., Diaz Castrillón, F., Kirszman, D., Aspillaga Hesse, C. y Behar Astudillo, R. (2013). Cambio terapéutico en el tratamiento de los trastornos alimentarios: Contenidos, factores facilitadores y obstaculizadores. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4(2), 102-115.
- Fairburn, C. G., Cooper Z. D. P., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K. D. P., Hawker, D. M., ... Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166(3), 311-319. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08040608>
- Fairburn, C. G. y Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *The British journal of psychiatry*, 198(1), 8-10. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083881>
- Ferrer-García, M., Gutiérrez-Maldonado, J., Pla-Sanjuanelo, J., Vilalta-Abella, F., Riva, G., Clerici, M., ... Dakanalis, A. (2017). A Randomised Controlled Comparison of Second-Level Treatment Approaches for Treatment-Resistant Adults with Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder: Assessing the Benefits of Virtual Reality Cue Exposure Therapy. *European Eating Disorders Review*, 25(6), 479-490. <https://doi.org/10.1002/erv.2538>
- Ferrer-García, M., Pla-Sanjuanelo, J., Dakanalis, A., Vilalta-Abella, F., Riva, G., Fernandez-Aranda, F., ... Gutiérrez-Maldonado, J. (2019). A Randomized Trial of Virtual Reality-Based Cue Exposure Second-Level Therapy and Cognitive Behavior Second-Level Therapy for Bulimia Nervosa and Binge-Eating Disorder: Outcome at Six-Month. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 22(1), 60-68. <https://doi.org/10.1089/cyber.2017.0675>
- Fichter, M. M. y Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders e Results of a large prospective clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 49(4), 391-401. <https://doi.org/10.1002/eat.22501>
- Halmi, K. A. (1992). *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hart, L. M., Granillo, M. T., Jorm, A. F. y Paxton, S. J. (2011). Unmet need for treatment in the eating disorders: a systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clinical psychology review*, 31(5), 727-735. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.03.004>
- Hilbert, A., Hoek, H. W. y Schmidt, R. (2017). Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: International comparison. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(6), 423-437. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000360>
- Herzog, D. B., Keller, M. B., Lavori, P. W., Kenny, G.M. y Sacks, N. R. (1992). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53(5), 147-52.
- Hoang, U., Goldacre, M. y James, A. (2014). Mortality following hospital discharge with a diagnosis of eating disorder: national record linkage study, Englan, 2001-2009. *International Journal of Eating Disorders*, 47(5), 507-15. <https://doi.org/10.1002/eat.22249>

- Innes, N. T., Clough, B. A. y Casey, L. M. (2017). Assessing treatment barriers in eating disorders: A systematic review. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 25(1), 1-21. <https://doi.org/10.1080/10640266.2016.1207455>
- Johnson, C. y Wonderlich, S. A. (1992). Personality characteristics as a risk factor in the development of eating disorders. En J. H. Crowther, D. L. Tennenbaum, S. E. Hobfoll y M. A. P. Stephens (Eds.), *Series in applied psychology: Social issues and questions. The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context* (pp. 179-196). Londres, Reino Unido: Hemisphere Publishing.
- Kanbur, N. y Harrison, A. (2016). Co-occurrence of Substance Use and Eating Disorders: An Approach to the Adolescent Patient in the Context of Family Centered Care. A Literature Review. *Substance Use & Misuse*, 51(7), 853-860. <https://doi.org/10.3109/10826084.2016.1155614>
- Kästner, D., Buchholz, I., Weigel, A., Brunner, R., Voderholzer, U., Gumz, A. y Löwe, B. (2019). Facilitators and barriers in anorexia nervosa treatment initiation (FABIANA): study protocol for a mixed-methods and multicentre study. *BJPpsych Open*, 5(6), e92, 1-9. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.77>
- Kazdin, A. E., Fitzsimmons-Craft, E. E. y Wilfley, D. E. (2017). Addressing critical gaps in the treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50(3), 170-189. <https://doi.org/10.1002/eat.22670>
- Kirszman, D. y Salgueiro, M. (2002). *El enemigo en el espejo: de la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Madrid, España: TEA.
- Kirszman, D. y Salgueiro, M. (2015). Imagen Corporal. Dimensiones mediadoras en la psicopatología y modalidades de intervención. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(2), 129-136. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.004>
- Klump, K. L., Bulik, C. M., Kaye, W. H., Treasure, J. y Tyson, E. (2009). Academy for eating disorders position paper: Eating disorders are serious mental illnesses. *International Journal of Eating Disorders*, 42(2), 97-103. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.20589>
- Linardon, J., Wade, T. D., de la Piedad García, X. y Brennan, L. (2017) The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(11), 1080-1094. <https://doi.org/10.1037/ccp0000245>
- Marco, J. H., Perpiñá, C. y Botella, C. (2014). Tratamiento de la imagen corporal en los trastornos alimentarios y cambio clínicamente significativo. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 30(2), 422-430. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.151291>
- Mc Elroy, S. L., Crow, S., Blom, T. J., Biernacka, J. M., Winham, S. J., Geske, J., ... Frye, M. A. (2016). Prevalence and correlates of DSM-5 eating disorders inpatients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 191, 216-221. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.010>
- Manzoni, G., Cesa, G., Bacchetta, M., Castelnuovo, G., Conti, S., Gaggioli, A., ... Riva, G. (2016). Virtual Reality-Enhanced Cognitive-Behavioral Therapy for Morbid Obesity: A Randomized Controlled Study with 1 Year Follow-Up. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 19(2), 134-140. <https://doi.org/10.1089/cyber.2015.0208>
- Murray, S. B. (2019). Updates in the treatment of eating disorders in 2018: A year in review in eating disorders: The Journal of Treatment & Prevention. *Eating disorders*, 27(1), 6-17. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1567155>
- Mojtabai, R., Olfson, M. y Mechanic, D. (2002). Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders. *Archives of general psychiatry*, 59(1), 77-84. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.1.77>
- Olmsted, M. P., MacDonald, D. E., McFarlane, T., Trottier, K. y Colton, P. (2015). Predictors of rapid relapse in bulimianervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 48(3), 337-340. <https://doi.org/10.1002/eat.22380>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-11)*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Powers, P. S., Coovert, D. L., Brightwell, D. R. y Stevens, B. A. (1988). Other psychiatric disorders among bulimic patients. *Comprehensive psychiatry*, 29(5), 503-508. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(88\)90066-1](https://doi.org/10.1016/0010-440X(88)90066-1)
- Riva, G., Wiederhold, B. K. y Mantovani, F. (2019). Neuroscience of Virtual Reality: From Virtual Exposure to Embodied Medicine. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 22(1), 82-96. <https://doi.org/10.1089/cyber.2017.29099.gri>
- Salgueiro, M. C. y Kirszman, D. (2012). Intervención Multinivel en el Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: El rol de la familia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(2), 161-172.
- Smink, F. R., van Hoeken, D. y Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 26(6), 543-548. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328365a24f>

- Speranza, M., Corcos, M., Godart, N., Loas, G., Guilbaud, O., Jeammet, P. y Flament, M. (2001). Obsessive compulsive disorders in eating disorders. *Eating Behaviors*, 2, 193-207. [https://doi.org/10.1016/S1471-0153\(01\)00035-6](https://doi.org/10.1016/S1471-0153(01)00035-6)
- Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-1293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1284>
- Striegel-Moore, R. H. y Smolak, L. E. (2001). *Eating disorders: Innovative directions in research and practice*. Washington, DC: American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/10403-000>
- Thompson-Brenner, H., Eddy, K. T., Franko, D. L., Dorer, D. J., Vashchenko, M., Kass, A. E. y Herzog, D. B. (2008). A personality classification system for eating disorders: a longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, 49(6), 551-560. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.04.002>
- Thompson, C. y Park, S. (2016). Barriers to access and utilization of eating disorder treatment among women. *Archives of Women's Mental Health*, 19, 753-760. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0618-4>
- Tierney, S. y Fox, J. R. (2009). Chronic anorexia nervosa: A Delphi study to explore practitioners' views. *International Journal of Eating Disorders*, 42(1), 62-67. <https://doi.org/10.1002/eat.20557>
- Vanheusden, K., Mulder, C. L., van der Ende, J., van Lenthe, F. J., Mackenbach, J. P. y Verhulst, F. C. (2008). Young adults face major barriers to seeking help from mental health services. *Patient Education and Counseling*, 73(1), 97-104. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.05.006>
- Verkes, R. J., Pijl, H., Meinders, A. E. y Van Kempen, G. M. (1996). Borderline personality, impulsiveness, and platelet monoamine measures in bulimia nervosa and recurrent suicidal behavior. *Biological Psychiatry*, 40(3), 173-80. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(95\)00384-3](https://doi.org/10.1016/0006-3223(95)00384-3)
- Yager, J., Landsverk, J. y Edelstein, C. K. (1989). Help seeking and satisfaction with care in 641 women with eating disorders. I. Patterns of utilization, attributed change, and perceived efficacy of treatment. *The Journal of nervous and mental disease*, 177(10), 632-637. <https://doi.org/10.1097/00005053-198910000-00006>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Pope, H. G., Hudson, J. I., Yurgelun-Todd, D. y Cicchetti, C. J. (1990). Axis II comorbidity of normal-weight bulimia. *Comprehensive Psychiatry*, 31(1), 20-24. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(90\)90050-3](https://doi.org/10.1016/0010-440X(90)90050-3)