

DOI: 10.26820/recimundo/9.(1).enero.2025.571-585

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/2528>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 61 Psicología

PAGINAS: 571-585



Relación psicológica y clínica entre trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de ansiedad: retos y avances en el tratamiento integral

Relationship between eating disorders and anxiety disorders: challenges and advances in integrated treatment

Relação entre perturbações alimentares e perturbações de ansiedade: desafios e avanços no tratamento integrado

María José Mendieta Martínez¹; Daniel Ignacio Laurencio Díaz²; José Andrés Jijón Durán³; Nell Adonys Mendieta Martínez⁴; María Camila Mejía Pinto⁵

RECIBIDO: 26/11/2024 **ACEPTADO:** 30/12/2024 **PUBLICADO:** 17/02/2025

1. Médica Cirujana; Médica Rural en el Centro de Salud tipo C Jama 24h; Jama, Ecuador; majomen_758@hotmail.com;  <https://orcid.org/0009-0008-0911-8140>
2. Médico Cirujano; Médico Rural en el Centro de Salud Puerto Villamil; Galápagos, Ecuador; dlaurencio94@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0009-8826-0424>
3. Médico Cirujano; Médico Rural en el Centro de Salud tipo A "Apuela" Cotacachi; Intag, Ecuador; joseandresjdd@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0004-7459-3141>
4. Médica Cirujana; Médica Rural en el Centro de Salud tipo A La Mocora; Jama, Ecuador; nellm1999@hotmail.com;  <https://orcid.org/0009-0007-3691-9413>
5. Médica Cirujana; Médica Rural en el Centro de Salud Apuela, Distrito Cotacachi 10D03 Ecuador; San Antonio de Ibarra, Ecuador; camilam0713@hotmail.com;  <https://orcid.org/0009-0001-9075-9648>

CORRESPONDENCIA

María José Mendieta Martínez
majomen_758@hotmail.com

Jama, Ecuador

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son complejos problemas de salud mental que afectan la forma en que una persona piensa sobre la comida, se siente acerca de su cuerpo y come. Estos trastornos pueden ser muy graves y poner en riesgo la vida. Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica, se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos científicas como PubMed, PsycINFO y Scopus, utilizando combinaciones de palabras clave como "trastornos de la conducta alimentaria", "trastornos de ansiedad", "comorbilidad", "tratamiento integral" y "retos". Se incluyeron estudios publicados en los últimos 15 años en español e inglés, que abordaran la temática de estudio, como es la relación entre ambas patologías y los avances en sus tratamientos. La relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de ansiedad es un área de investigación en constante evolución. Si bien aún persisten desafíos importantes, los avances logrados en los últimos años ofrecen una perspectiva esperanzadora para el desarrollo de tratamientos más efectivos y personalizados. Es fundamental continuar investigando en este campo para mejorar la calidad de vida de las personas que padecen estos trastornos.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, Trastornos de ansiedad, Comorbilidad, Tratamiento integral, Retos.

ABSTRACT

Eating disorders (EDs) are complex mental health conditions that affect how a person thinks about food, feels about their body, and eats. These disorders can be very serious and life-threatening. To conduct this literature review, an exhaustive search was conducted in scientific databases such as PubMed, PsycINFO, and Scopus, using combinations of keywords such as "eating disorders," "anxiety disorders," "comorbidity," "integrated treatment," and "challenges." Studies published in the last 15 years in Spanish and English were included, addressing the study topic, such as the relationship between both pathologies and advances in their treatments. The relationship between eating disorders and anxiety disorders is a constantly evolving area of research. While significant challenges still persist, the advances made in recent years offer a hopeful outlook for the development of more effective and personalized treatments. It is essential to continue researching in this field to improve the quality of life of people suffering from these disorders.

Keywords: Eating disorders, Anxiety disorders, Comorbidity, Integrated treatment, Challenges.

RESUMO

As perturbações do comportamento alimentar (TA) são doenças mentais complexas que afetam a forma como uma pessoa pensa sobre a comida, como se sente em relação ao seu corpo e como come. Estas perturbações podem ser muito graves e ameaçadoras da vida. Para realizar esta revisão da literatura, foi efectuada uma pesquisa exaustiva em bases de dados científicas como a PubMed, PsycINFO e Scopus, utilizando combinações de palavras-chave como "perturbações alimentares", "perturbações de ansiedade", "comorbilidade", "tratamento integrado" e "desafios". Foram incluídos estudos publicados nos últimos 15 anos, em espanhol e inglês, que abordassem o tema do estudo, como a relação entre ambas as patologias e os avanços nos seus tratamentos. A relação entre as perturbações alimentares e as perturbações de ansiedade é uma área de investigação em constante evolução. Embora persistam desafios significativos, os avanços registados nos últimos anos oferecem uma perspectiva promissora para o desenvolvimento de tratamentos mais eficazes e personalizados. É essencial continuar a investigar neste domínio para melhorar a qualidade de vida das pessoas que sofrem destas perturbações.

Palavras-chave: Perturbações alimentares, Perturbações de ansiedade, Comorbilidade, Tratamento integrado, Desafios.

Introducción

Los trastornos de la ansiedad están catalogados como el desorden mental con mayor prevalencia en los países desarrollados y actualmente en los que están en vías de desarrollo. Al mismo tiempo, se ha reconocido que la ansiedad es uno de los problemas más significativos en la salud pública a nivel mundial (Alarcón et al., 2019).

Los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta (TCAI) son un conjunto de entidades clínicas que se caracterizan por una alteración en el patrón de la conducta alimentaria, lo que genera un importante malestar psicológico y da lugar al deterioro en la salud física y el funcionamiento psicosocial de las personas. Los estudios epidemiológicos de TCAI en Latinoamérica, reportan una prevalencia para la AN del 0.04% al 0.09%. En comparación a estos, se reporta una prevalencia del 0.13% al 0.27% para la BN y de 1,4% para el trastorno de atracón. Así mismo, la evidencia empírica sugiere una mayor prevalencia de los TCAI a nivel global en población del sexo femenino, encontrándose una prevalencia de la AN de hasta el 1.2% en mujeres y del 0,1% en población masculina; así mismo existe una prevalencia en mujeres de BN del 0.6% y trastorno por atracón del 0,62%, por su parte se encuentra una prevalencia para trastornos alimentarios especificados del 0.0% en hombres. Siendo los diagnósticos usuales en personas entre 10 y 25 años de edad (Muñoz Patiño et al., 2023).

Si bien históricamente se creía que los trastornos de la conducta alimentaria ocurrían con mayor frecuencia en poblaciones afluentes, ahora se reconoce que afectan a individuos de todos los estratos socioeconómicos. Además, en los últimos años, las personas que viven en hogares con inseguridad alimentaria han demostrado niveles más altos de patología general de los trastornos de la conducta alimentaria, más síntomas de trastornos de la conducta alimentaria como los atracones y comportamientos compen-

satorios (p. ej., vómitos autoinducidos, uso de laxantes), y mayor probabilidad de cumplir con los criterios de diagnóstico para bulimia nerviosa y trastorno por atracón según lo evaluado mediante cuestionarios autoadministrados. Sin embargo, hasta la fecha, ningún estudio ha examinado la asociación entre la inseguridad alimentaria y los trastornos de la conducta alimentaria utilizando datos de trastornos de la conducta alimentaria obtenidos a través de entrevistas diagnósticas, lo que ofrece importantes ventajas sobre los datos de cuestionarios autoadministrados (Hazzard et al., 2022).

Álvarez y López (2010), citado por Cortez (2015), refieren que los trastornos de la conducta alimentaria como por ejemplo la anorexia nerviosa y bulimia, se caracterizan por la preocupación excesiva por el peso y la figura, la motivación para adelgazar; así como, sentimientos negativos, obsesiones y compulsiones con respecto a la alimentación. Particularmente, la anorexia nerviosa se define por las conductas de restricción alimentaria y emaciación que se observan en el bajo peso y la amenorrea, en tanto que, en la bulimia, se presentan atracones seguidos de conductas compensatorias, ya sean éstas purgativas o no purgativas. La complejidad de estos trastornos requiere ser abordada desde una perspectiva multifactorial, donde los factores familiares resultan relevantes al ser el primer grupo que transmite creencias, actitudes y modela conductas relaciones a los alimentos que acompañarán al individuo a lo largo de su vida. Con respecto a los estudios realizados internacionalmente sobre las dimensiones de personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria se encontraron los siguientes: En Argentina, Cryan y Quiroga (2011), citado por Cortez (2015) sostuvieron que las personas que padecen de trastornos emocionales, como depresión, trastorno obsesivo compulsivo, y trastornos de ansiedad (por ejemplo, trastorno de pánico, trastorno de estrés post-traumático, y trastorno de ansiedad generalizado), tienen mayor riesgo de desarrollar un trastorno alimenticio. De

hecho, entre el 40%-96% de todas las personas con trastornos alimenticios experimentan depresión o trastornos de ansiedad.

Algunas de las posibles consecuencias originadas por los TCA son las siguientes (Chinchilla Moreno, 2003; Lechuga y Gámiz, 2005) citados por Gómez et al (2014): alteraciones emocionales y sociales (depresión, ansiedad, obsesiones, baja autoestima, distorsiones cognitivas, falta de autocontrol, apatía, labilidad emocional, irritabilidad y tendencia a enojarse, aislamiento social, etc.), alteraciones cognitivas (disminución de la concentración), alteraciones físicas (alteraciones del sueño, debilidad gastrointestinal, aumento de la sensibilidad al ruido y a la luz, edema, hipotermia, parestesias, etc.), y alteraciones metabólicas y neuroendocrinas (alteración de la función tiroidea, alteraciones del metabolismo de la glucosa, alteración de la hormona liberadora de la corticotropina.

El objetivo de esta investigación es describir la relación psicológica y clínica entre trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de ansiedad.

Metodología

La presente investigación es una revisión bibliográfica, se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos científicas como PubMed, PsycINFO y Scopus, utilizando combinaciones de palabras clave como "trastornos de la conducta alimentaria", "trastornos de ansiedad", "comorbilidad", "tratamiento integral" y "retos". Se incluyeron estudios publicados en los últimos 15 años en español e inglés, que abordaran la temática de estudio, como es la relación entre ambas patologías y los avances en sus tratamientos. Los artículos seleccionados fueron evaluados críticamente considerando su relevancia, metodología y conclusiones.

Resultados

En cuanto a la relación de las experiencias traumáticas y los TCAs, se requiere una mayor investigación para poder comprenderla

a profundidad, sin embargo, es necesario tomar en cuenta el impacto emocional tras la vivencia de experiencias traumáticas, particularmente experiencias traumáticas tempranas, que pueden llegar a moldear la manera en que la persona percibe al mundo y a sí misma, encontrándose en un estadio en el cual su repertorio de estrategias de afrontamiento está aún en desarrollo (Del Castillo, 2022, como se citó por Guerrero Castro & Altamirano Asca, 2024). Resulta interesante que el abuso sexual infantil es la experiencia traumática más estudiada en relación con los TCAs, y la literatura revela que se le relaciona con la Anorexia Nerviosa de tipo atracón/purgativo, sin embargo, no se le relaciona al subtipo restrictivo (Trotter y MacDonald, 2017, como se citó en Kovács-Tóth et al., 2022, citado por Guerrero Castro & Altamirano Asca, 2024).

Se ha hallado en la literatura evidencia para sugerir que el estrés emocional, la sensación de pérdida de control y la constante alerta a la amenaza, pueden influir en el desarrollo de conductas de alimentación desordenada como un mecanismo de afrontamiento, regulación emocional o como manera de reclamar el control sobre el propio cuerpo (Groth et al., 2019, como se citó por Guerrero Castro & Altamirano Asca, 2024). Igualmente, para evitar confrontar o revivir las memorias o pensamientos relacionados a la experiencia traumática (Briere y Scott, 2007; como se citó en Longo et al., 2024, citado por Guerrero Castro & Altamirano Asca, 2024), y reconectar con el cuerpo en el caso de la presencia de disociación somatoforme o psicoforme (Longo et al., 2022) (Guerrero Castro & Altamirano Asca, 2024).

Identificación de los aspectos psicológicos de la personalidad que pueden influir en el desarrollo de un trastorno de ansiedad social

Tal como se ha mencionado, la ansiedad social es una experiencia humana común caracterizada por miedo intenso a la eva-

luación negativa de los otros en situaciones sociales. Este tipo de ansiedad casi todos nosotros lo experimentamos en alguna medida, sin embargo, existen casos donde impide que la persona afronta adecuadamente la situación social, debido a que la evita o porque se ve imposibilitado a utilizar sus recursos de afrontamiento adecuadamente generando un malestar subjetivo y limitando la posibilidad del desarrollo personal y/o afectan a su calidad de vida. Se toman en cuenta distintos factores bio-psico-sociales que no son específicamente relevantes para el desarrollo del TAS, sino que pueden tener una influencia decisiva en la expresión específica de una modalidad no otra de ansiedad en base a sus matices sutiles en los modos en que estas se presentan, se combinan y son experimentados por el individuo (Ortiz, et al., 2024, como se citó por Amalvy Bruzzo, 2024). Dentro de los aspectos psicológicos de la personalidad que pueden influir en su desarrollo se encuentra el temperamento, los esquemas tempranos y otros factores psicológicos de vulnerabilidad.

Rapee y Spence publicaron en 2004 el modelo para describir los factores presentes desde el desarrollo temprano que podría conducir a niveles de ansiedad social elevados. Dicho modelo sigue teniendo suficiente sustento empírico a la par que ha sido revisado y actualizado de acuerdo a los nuevos hallazgos sobre los factores causales y de mantenimientos del TAS. El modelo propone dos grandes categorías, por un lado, los factores intrínsecos, como la herencia genética o el temperamento y, por el otro, los factores extrínsecos tomando en cuenta los estilos parentales, la relación con los pares en un contexto escolar o eventos vitales estresantes. Es importante tener en cuenta que los factores genéticos, temperamentales y de la personalidad se articulan de manera singular en cada persona que padece un Trastorno de ansiedad social. Centrándonos en el temperamento, lo definen como un perfil comportamental cuyo origen es en la biología distintiva y propia

de cada individuo, el cual se manifiesta durante la niñez más temprana y luego se va a ir moldeando por la experiencia en un repertorio amplio de rasgos de personalidad posibles (Amalvy Bruzzo, 2024).

Es común escuchar que los pacientes con trastorno de ansiedad social manifiestan el punto de partida de su padecimiento en la adolescencia, esto se explica debido a que en ese periodo el grupo de pares aquí cobra especial significancia porque ejerce una fuerte influencia en la construcción de la agencia y el autoconcepto. Puede ocurrir que durante las etapas tempranas del desarrollo del trastorno puede pasar desapercibido tanto para quien lo padece, como para su entorno, normalizando las conductas de evitación, propias de la adolescencia o de su carácter y años después, en la edad adulta se encuentra con obstáculos recurrentes en la puesta en marcha del guion personal (Amalvy Bruzzo, 2024).

El modelo de Biggs, Samplio y McFaden (2011), citado por Amalvy Bruzzo (2024) explica que la forma en el que el adolescente resuelve sus vínculos puede llegar a un punto de exigencia que en el caso de un temperamento inhibido que se involucra las relaciones entre pares, puede alimentar el ciclo disfuncional de la persona. Puede ocurrir que aquellas personas más limitadas en su mundo social lleguen incluso al fenómeno de bullying y la victimización. El acoso escolar o bullying es una forma de comportamiento agresivo, que se sostiene en el tiempo, por parte del grupo de pares para producir malestar o herir a otro individuo el cual se encuentra en condición de inferioridad, con dificultad para defenderse. Las investigaciones relacionando el bullying y el desarrollo de la ansiedad social determinan que pueden tener una serie de consecuencias negativas incluyendo el empobrecimiento de salud mental y física, una reducción de las capacidades de adaptación a roles adultos y la integración al trabajo impidiendo la posibilidad de su independencia. Esto influye también a tener una

mayor predisposición a desarrollar el TAS. Se observó que, en relación a los distintos trastornos de ansiedad, el TAS parece mostrar una mayor y directa relación con el acoso escolar (Amalvy Bruzzo, 2024).

Los desencadenantes del trastorno no responden necesariamente a la conceptualización de eventos traumáticos claramente identificables. En algunos casos, haber atravesado episodios de vergüenza asociado a situaciones más extendidas en el tiempo, como el bullying, puede edificarse como claros detonantes de un trastorno de ansiedad social, pero en la mayoría de las ocasiones no son tan claros porque obedecen a la complejidad del escenario vital propio del desarrollo normal del individuo que le va a ir requiriendo recursos que hasta el momento no había tenido la necesidad de implementar. Una persona por más de haber sido llamada o introvertida toda su vida, suele referir que en un momento se vio expuesta más de una vez a situaciones, nuevas o las cuales no registraba anteriormente de esa forma, y en consecuencia no pudo desenvolverse de manera adecuada recurriendo a conductas de evitación explícitas (no concurrir a reuniones sociales) o sutiles (asistir a la reunión pero no entablar conversaciones y estar pendiente a la pantalla del celular) que le generaron una sensación de falta de seguridad e incapacidad incrementando los síntomas ansiosos (Amalvy Bruzzo, 2024).

En qué medida la desregulación emocional favorece el desarrollo de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa

En primer lugar, en 1998 James J. Gross describe a la regulación emocional como un constructo multidimensional que refiere a las habilidades de identificar las emociones y modular su experiencia y expresión; en 2020 Gross junto con Kateri Mac Rae, mencionan que no se limita únicamente a la regulación de emociones negativas, sino también de la regulación de emociones positivas. Para regular satisfactoriamente las propias emociones, primero es preciso ser

consciente de las mismas, comprenderlas y aceptarlas y luego adoptar una estrategia acorde a la situación y los objetivos a cumplir (Ailán, 2022, citado por Amalvy Bruzzo, 2024). La regulación emocional implica un proceso mediante el cual los individuos modulan sus propias emociones, mitigando, intensificando o manteniéndola, de forma consciente o inconsciente con el fin de dar una respuesta adecuada al medio (Trigo-López y Chicote, 2017, citado por Amalvy Bruzzo, 2024). Gross en 2013 postula que la regulación de las emociones es primordial tanto para nuestro bienestar físico como para nuestra salud mental (Trigo-López y Chicote, 2017, citado por Amalvy Bruzzo (2024).

Por otro lado, Gross en 2013 describe a la desregulación emocional también como un concepto multidimensional pero que puede implicar dos cosas: a) el fracaso en utilizar estrategias de regulación emocional adecuadas a una situación específica o b) el uso de estrategias de regulación emocional que no son apropiadas para la situación dada. La desregulación emocional implica dificultades en reconocer y comprender las emociones, aceptarlas y controlar comportamientos impulsivos en momentos de alta emotividad. Además, puede implicar tener acceso limitado a estrategias efectivas para regular las emociones. Esta desregulación se asocia con cambios de humor, impulsividad, comportamientos arriesgados, ira y autolesiones (Ailán, 2022, citado por Amalvy Bruzzo, 2024).

Las dificultades en la regulación emocional se constituyen como una de las áreas fundamentales para el abordaje de los Trastornos alimentarios debido a que hay un número cada vez más grande de estudios indican que se relacionan (Ailán, 2022, citado por Amalvy Bruzzo (2024). Varios estudios evidencian que el funcionamiento emocional tiene una gran trascendencia debido a que, a mayor desregulación emocional, hay un peor pronóstico (Trigo-López y Chicote, 2017; Peña-berenguer, 2022, ci-

tado por Amalvy Bruzzo (2024) y entorpece significativamente el tratamiento, pero si posee un mejor funcionamiento emocional, este actuará como un factor de protección (Peña-berenguer, 2022, citado por Amalvy Bruzzo, 2024). Tolosa y Jozami Nassif (2016) afirman que el 75% de las psicopatologías se caracteriza por la desregulación emocional. Las dificultades en el área emocional, se considera como uno de los factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno alimentario. "(...) existe una estrecha relación entre el ánimo y la forma de alimentarse en los TCA" (Peña-Berenguer, 2022, pág.10, citado por Amalvy Bruzzo (2024). Dicha psicopatología suele ser entendida como una estrategia de regulación emocional desadaptativa, considerándose como un cierto control emocional el refocalizar la tensión en el peso, la figura y el consumo de alimentos (Tolosa y Ferraris-Mukdisse, 2017, citado por Amalvy Bruzzo (2024).

Trastornos alimentarios no especificados (TANE)

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TANE) son una categoría residual que abarca aquellos trastornos alimentarios que no cumplen con todos los criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa (AN) o la Bulimia Nerviosa (BN), pero que igualmente representan condiciones serias con un impacto significativo en la salud. Estos trastornos son los más comunes entre adolescentes, con una prevalencia del 3,06% en mujeres jóvenes, y a diferencia de la AN o la BN, los TANE han mostrado un aumento en su prevalencia en la última década. Los TANE incluyen diversas presentaciones, como casos de AN que mantienen ciclos menstruales regulares o peso normal, casos de BN con menor frecuencia de atracones y/o purgas, purgas o conductas compensatorias tras ingerir cantidades mínimas de alimento, el hábito de masticar y devolver grandes cantidades de comida, y el Trastorno por Atracón, caracterizado por atracones recurrentes sin conductas compensatorias inadecuadas. La inclusión

del Trastorno por Atracón como categoría separada en el DSMV destaca su validez y significación clínica, basada en una extensa revisión de la literatura (Yurtdaş Depboylu & Findik, 2024). A pesar de no cumplir todos los criterios para AN o BN, los TANE pueden tener consecuencias negativas para la salud física y mental, afectando la autoestima, las relaciones interpersonales y el funcionamiento general, por lo que es fundamental buscar ayuda profesional para un diagnóstico y tratamiento adecuados.

Depresión y TCA

La relación entre los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y la depresión es un tema complejo y debatido en la literatura científica. Si bien se reconoce ampliamente que ambas condiciones a menudo coexisten, la naturaleza exacta de su relación sigue siendo objeto de investigación. Algunos autores proponen que la depresión puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de TCA, mientras que otros sugieren que son los TCA los que pueden desencadenar o exacerbar la depresión. Una tercera perspectiva propone que la asociación entre ambas condiciones no es una relación de causa y efecto directa, sino más bien el resultado de factores psicológicos y emocionales subyacentes compartidos, como dificultades en la regulación emocional, baja autoestima y experiencias de duelo. Comprender estos mecanismos compartidos puede ser clave para diseñar intervenciones terapéuticas más efectivas que aborden de manera integral tanto los síntomas de los TCA como los de la depresión (Barnhart et al., 2021).

La literatura psicoanalítica a menudo relaciona los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) con sentimientos de depresión o desesperanza. Según esta perspectiva, se establece un ciclo en el que cada "acto" impulsivo, como un atracón, intensifica la desesperanza, lo que a su vez genera situaciones de baja autoestima que impulsan un nuevo acto. En otras palabras, la des-

esperanza y los actos impulsivos se refuerzan mutuamente, creando un círculo vicioso que perpetúa el trastorno (Fonseca Rodrigues et al., 2024).

Un estudio realizado por Mérida Pérez & López Hartmann (2013) a 27.850 adolescentes del nivel de secundaria (1ro a 4to) de la ciudad de La Paz, comprendidos en edades de 13 a 19 años, provenientes de 104 colegios, analizaron la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con la ansiedad y depresión. Los resultados más relevantes fueron los siguientes:

- De acuerdo a los resultados obtenidos, se observa que el 50% de los adolescentes evidencian algún grado de Ansiedad (42,2% padecen de una ansiedad moderada, 6,8% ansiedad severa y el 1,1% ansiedad en grado máximo). Esto puede deberse a distintos factores, tanto emocionales como biológicos.
- Según el análisis por género, se determinó que el 60% de las adolescentes mujeres, sufren diferentes niveles de ansiedad, de los cuales, los niveles de ansiedad severa y en grado máximo se aproximan al 11%. Los varones que presentan Ansiedad, son aproximadamente el 40%; los niveles de ansiedad severa y en grado máximo son del 4.7%.
- Los resultados obtenidos demuestran que existe una correlación positiva (0,48) entre los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) y la Ansiedad, es decir, a mayor Ansiedad mayor TCA o viceversa.
- Se encontró que el 86% del Grupo de Riesgo de los TCA presenta Ansiedad. Estos resultados, apoyan las recientes investigaciones, que establecen que la Ansiedad es un factor de riesgo de los TCA, ya que estas personas tienden a ser más vulnerables a la crítica social, que los predisponen al sacrificio de las dietas, por complacer las exigencias sociales. Por otro lado, otra característica de la Ansiedad, son los pensamientos circulares (obsesiones), que consisten en la permanente intención y deseo de adelgazar.
- En los casos clínicos, se encontró un 72,2% de ansiedad en Anorexia y 88,2% en Bulimia. Este resultado se aproxima al estudio realizado por Bulik, quien encontró que el 90% de los pacientes con Anorexia y el 94% con Bulimia, presentaban el desorden de Ansiedad, precedido al desorden alimenticio; y, también, corrobora los datos encontrados por Gordon, R (1984), quien sostiene que los pacientes con Bulimia manifiestan mayor Ansiedad, y denotan una mayor incidencia de conductas impulsivas, mayor distorsión de la imagen corporal y conflictos familiares.
- Se encontró que, en la población de estudio, existe una alta correlación (0,58) entre la Depresión y los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA). Esta correlación es más alta (0,62), si se toma en cuenta, solamente, a la población femenina.
- Estos resultados, confirman los estudios realizados por Fernández, T. (1999) encontró que el 43% de pacientes mujeres con TCA, tenían un grado de Depresión mayor. Fernández refiere que Braun (1999) halló desórdenes afectivos, en especial de depresión en el 41% de las pacientes con Anorexia restringida, en el 82% con Bulimia anoréxica y en el 78% con Bulimia y una historia pasada de Anorexia.
- Como en muchos estudios, el presente trabajo confirma la comorbilidad entre la Depresión y los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA). Pero el punto de discusión se centra en el tipo de relación. Por un lado, se plantea que la Depresión es producto del TCA propiamente dicho o de la desnutrición (García Alba, C. 2004). Por otro, que la Depresión provoca los TCA (Mérida Pérez & López Hartmann, 2013).

El tratamiento de los trastornos de la alimentación (TA)

Si bien los TCA son trastornos psiquiátricos, estos no pueden ser atendidos sin considerar la salud física de quien lo sufre. Por esta razón, el logro de patrones de alimentación saludable resulta clave para proveer las bases mínimas para el resto del tratamiento. De este modo, la evaluación médica y su seguimiento es un componente fundamental especialmente en la primera fase del tratamiento. Las intervenciones en salud mental, por otro lado, deben cubrir la psicopatología propia de los TCA, las tareas psicosociales del periodo adolescente y las condiciones comórbidas. Los tratamientos para TCA son generalmente largos, recomendándose el seguimiento hasta 4 años luego del alta, en el caso de las adolescentes (Rojo Moreno et al., 2012).

En la anorexia (AN) no parecen existir pruebas que avalen el uso de un tratamiento específico, ni psicológico, ni psicofarmacológico. Un amplio trabajo muy reciente llega a la conclusión de que no existe un tipo de tratamiento psicológico que parezca aportar ventajas significativas sobre los demás para los pacientes con AN, aunque los sesgos en la selección de las muestras y el seguimiento de los pacientes son muy grandes. En la misma línea, un estudio también muy reciente destaca la utilidad de la terapia familiar en pacientes con AN, aunque sin grandes diferencias sobre otras formas de tratamiento. Dos estudios relativamente recientes ponen sorprendentemente de manifiesto que, tanto a corto como a largo plazo, la terapia interpersonal, la terapia cognitivo-conductual y el manejo clínico con terapia de apoyo no específica aportan resultados similares en la AN. En bulimia nerviosa (BN) y TA, por su parte, y desde hace mucho tiempo la propuesta más eficaz pasa por la combinación de psicoterapia y tratamiento farmacológico, ya que pueden proporcionar buenos resultados (Rojo Moreno et al., 2012).

La elección del tratamiento dependerá de las características de la persona que lo padece, su gravedad y tipo de enfermedad. Los TCA son enfermedades complejas con un curso crónico. Suelen requerir tratamiento a largo plazo, con un promedio de 5-6 años. La intervención temprana es esencial, para evitar daños físicos permanentes causados por la enfermedad durante las etapas del crecimiento y desarrollo. Por la complejidad de su manejo, el tratamiento debe ser cuidadosamente coordinado por un grupo multidisciplinario que, de acuerdo a cada caso y a la disponibilidad, podría incluir al médico, psiquiatra, psicólogo, trabajador social y nutricionista. Hay casos que requieren la evaluación del ginecólogo, del endocrinólogo y del gastroenterólogo, entre otros. La meta principal del tratamiento debe ser promover un estado de vida saludable:

- Restaurar el peso apropiado de acuerdo al índice de masa corporal y el metabolismo normal del cuerpo.
- Normalizar los patrones de alimentación y revertir el proceso de inanición.
- Tratar cualquier complicación médica resultante.
- Eliminar conductas compensatorias maladaptativa (Baldares, 2013).

El tratamiento de los TCA debe abordar la nutrición (realimentación, educación, obtención y mantenimiento de un peso adecuado), las posibles complicaciones médicas, así como los aspectos psiquiátricos del paciente y de su familia. La persona enferma debe de responsabilizarse de su peso y su alimentación. En algunos casos se debe usar medicación para la prevención de recaídas. Los antidepresivos son los más utilizados, siendo la Fluoxetina la que tiene mayor evidencia dentro del tratamiento de los TCA. Se puede utilizar ansiolíticos de la familia de las benzodiazepinas, para tratar síntomas de ansiedad o como hipnótico. Así como también se pueden emplear estabilizadores del ánimo por su efecto ansiolítico y su eficacia

en la impulsividad. Dentro del tratamiento se incluye la psicoterapia que puede ser individual y/o grupal (Baldares, 2013).

En la actualidad, el modelo de tratamiento basado en la familia (modelo de Maudsley) es uno de los mejores recursos para la recuperación de pacientes con TCA.³⁰ Este modelo ha sido evaluado en varios estudios controlados y ha logrado una efectividad de 50 a 70%; consiste en involucrar tanto a la familia como los realimentadores principales. La efectividad de este modelo parece ser mejor en adolescentes sin conflictos familiares importantes (Ayuzo-del Valle et al., 2019).

Dieta

En general, se recomienda iniciar dietas con base en 20-30 calorías /Kg/día; el incremento de calorías por semana habitualmente es de 500 kcal por día (3,500 kcal/semana para conseguir un aumento de medio kilogramo). Por supuesto, la cantidad variará según la respuesta termorreguladora, composición corporal, actividad física, fase del tratamiento, etcétera.³³ Una vez llegado al peso objetivo, deberá continuarse la dieta para mantener un crecimiento y desarrollo adecuados.³⁵ Durante la fase de recuperación ponderal, la ingesta podría avanzar hasta 70-100 cal/Kg/día. Debe tomarse en cuenta que estos pacientes —especialmente aquellos con bajo peso— necesitan de forma basal un promedio de 50-60 kcal/kg/día más que los sujetos de su edad sanos. La ingesta e incremento de calorías deben mantenerse durante varias semanas hasta alcanzar niveles superiores al 110% (con base en el IMC) y cuando la actividad hormonal se normaliza (Ayuzo-del Valle et al., 2019).

Además, las siguientes recomendaciones deberán tomarse en cuenta:

1. Ingestión de cinco a seis porciones de alimento por día.
2. El o la paciente no debe participar en la compra, elección ni preparación de sus alimentos.

3. Idealmente, el o la paciente debe comer acompañado (a) e integrado (a) a la dieta familiar.
4. No debe ir al baño hasta después de 60 minutos de haber ingerido alimentos, para vigilancia de purgas.
5. Pactar tiempos de actividad física leve a moderada y bajo supervisión.
6. Consumir toda la comida presentada sin negociar raciones.
7. Seguir el orden adecuado de los platos.
8. No triturar ni desmenuzar alimentos.
9. La duración de las comidas debe ser de entre 30 y 60 minutos (Ayuzo-del Valle et al., 2019).

Tratamiento psicológico

Existen diferentes tipos de terapia entre las que se encuentran la cognitiva analítica, conductual, interpersonal, de grupo, psicodinámica focal y terapia familiar. La terapia de remediación cognitiva —en la que se maneja la flexibilidad de pensamiento y trabaja la adaptación social— es una de las que ha demostrado mejores resultados. En niños y jóvenes, la terapia familiar focalizada en el control parental de la renutrición ha demostrado ser superior a la terapia individual para adolescentes con duración corta de la enfermedad, con un grado de evidencia moderada. No existe evidencia de que el tratamiento farmacológico tenga algún resultado en el tratamiento de los TCA; sin embargo, los ansiolíticos han sido ampliamente utilizados, en especial en pacientes con comorbilidades psiquiátricas (Ayuzo-del Valle et al., 2019).

Puntos clave a considerar

1. Los trastornos de la alimentación son afecciones graves con riesgo alto de mortalidad.
2. Las personas con desórdenes de la alimentación pueden tener una apariencia sana.

3. Las alteraciones de la alimentación afectan a cualquier grupo social, cultural, étnico o género.
4. Los objetivos persiguen restaurar el estado nutricional (a través de un plan dietético individualizado y basado en un patrón de consumo saludable), tratar las complicaciones y comorbilidades, brindar educación nutricional (basada en patrones alimentarios y nutricionales sanos), corregir las conductas compensatorias y la prevención de recaídas.
5. La nutrición artificial a través del empleo de suplementos orales, nutrición enteral y (de manera excepcional) nutrición parenteral pueden ser necesarias en determinados pacientes.
6. En pacientes severamente desnutridos se debe prevenir el síndrome de realimentación (Ayuzo-del Valle et al., 2019).

El futuro en el tratamiento de los TCA

Dado el insatisfactorio escenario en términos de efectividad de los tratamientos actualmente disponibles para los TCA, se ha hecho un llamado a generar modelos de comprensión de la enfermedad que permitan sentar las bases para el desarrollo e implementación de nuevas tecnologías de tratamiento. Uno de éstos, es el modelo interpersonal para AN, desarrollado por Schmidt y Treasure. Este modelo es innovador ya que se basa en evidencia científica sobre los factores que mantienen la enfermedad e incluye recientes hallazgos de la investigación en neuropsicología, cognición social y personalidad en AN. El modelo describe factores intra e interpersonales que mantienen el TCA y las estrategias para abordarlos. Se basa en una formulación clínica de cada caso, es manualizado, diseñado a la medida de las necesidades de la paciente y con intervenciones modularizadas, con una clara jerarquía de los procedimientos empleados. Si bien fue originalmente diseñado para AN, tiene utilidad teórica y clínica para pacientes con BN u otros TCA (Carolina & Janet, 2011).

Los factores de mantención descritos en este modelo son:

Factores cognitivos: rigidez cognitiva y estilo de pensamiento focalizado en los detalles. Estos factores están presentes antes del desarrollo de la enfermedad, se acentúan durante la fase aguda de la enfermedad y persisten en muchos pacientes, incluso después de recuperarse. Se ha demostrado que estos rasgos cognitivos están también presentes en hermanas sanas de las afectadas, lo cual presupone un componente genético en su origen (Carolina & Janet, 2011).

Estilo socioemocional: Las dificultades socioemocionales de las pacientes con TCA están presentes antes del desarrollo del desorden, aunque la desconexión emocional se agudiza durante la enfermedad. Se demuestra en niveles altos de evitación y sentimientos de “anestesia” emocional. Estudios en procesamiento emocional muestran que el reconocimiento de las emociones básicas está limitado en personas que desarrollan AN aún antes de presentar el desorden, y persiste después de la recuperación. Sin embargo, este rasgo no se presenta en personas con BN. Por otro lado, un sesgo hacia claves sociales especialmente aquellas relacionadas con agresión está presente en AN y BN, persistiendo después de la recuperación. La expresión emocional está también disminuida en pacientes con AN quienes, a su vez, presentarían dificultades en la capacidad para resolver problemas (Carolina & Janet, 2011).

Pensamientos Pro TCA: Las creencias positivas sobre el TCA que se desarrollan posterior a su inicio, es otro de los factores de mantención de estos trastornos (por ejemplo, la sensación de maestría y control sobre el peso). Se ha visto que las personas con TCA desarrollan una serie de creencias afirmativas que favorecen la identificación del trastorno consigo mismas. Estas creencias generan parte de las dificultades mencionadas en relación a la escasa motivación

para la recuperación. Es fundamental la comprensión de estas creencias por parte del equipo tratante, así como su inclusión en el tratamiento, para evitar generar mayores resistencias al cambio. - Factores interpersonales: Las reacciones emocionales de los familiares cercanos a la adolescente con TCA, particularmente de sus padres, pueden contribuir reforzando inadvertidamente los síntomas de TCA. Esto se relaciona con la alta emoción expresada y la acomodación de la familia al TCA (Carolina & Janet, 2011).

Los trastornos de la conducta alimentaria son complejos y multifactoriales, influenciados por una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. La investigación ha identificado una fuerte base genética para estos trastornos, con estudios de gemelos y familiares que sugieren una heredabilidad significativa, especialmente para la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Además, se han identificado varios genes específicos asociados con el riesgo de desarrollar estos trastornos, relacionados con neurotransmisores como la dopamina y la serotonina, así como con la regulación del apetito y el peso. Factores psicológicos como el perfeccionismo, la baja autoestima y la intolerancia a la incertidumbre también desempeñan un papel importante. El género, la edad, el estado socioeconómico y la cultura también influyen en el riesgo. Experiencias de vida como el trauma infantil y la presión social por la delgadez pueden exacerbar la vulnerabilidad a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria. En resumen, los trastornos de la conducta alimentaria son el resultado de una interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos y sociales (Barakat et al., 2023).

Discusión

Los hallazgos de estudios como los de Swinbourne et al (2012) confirman la alta prevalencia de ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria tanto en muestras de pacientes con trastornos de la conducta

alimentaria internados como ambulatorios, y en todos los subtipos de trastornos de la conducta alimentaria. Los resultados son consistentes con investigaciones publicadas previamente en esta área, a pesar de las limitaciones metodológicas inherentes a muchos de estos estudios. Encontramos que el 74% de nuestra muestra de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria internados y el 56% de nuestra muestra de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria ambulatorios cumplían los criterios para al menos un trastorno de ansiedad. En toda la muestra de trastornos de la conducta alimentaria, el 65% cumplió los criterios para al menos un trastorno de ansiedad.

Así mismo, el estudio de Kaye et al (2004) examinó la prevalencia y la relación temporal entre los trastornos de ansiedad y los trastornos de la conducta alimentaria en un grupo de 672 individuos. Los resultados mostraron que una alta proporción de personas con trastornos de la conducta alimentaria también cumplían con los criterios para al menos un trastorno de ansiedad, siendo el TOC el más común. Los trastornos de ansiedad, especialmente TOC, fobia social y fobia específica, tendían a iniciarse antes que los trastornos de la conducta alimentaria. Sin embargo, el TEPT, el trastorno de pánico y la agorafobia, por lo general, surgían después. Los individuos con trastornos de la conducta alimentaria, incluso aquellos en remisión, mostraron niveles más altos de ansiedad, evitación del daño y perfeccionismo en comparación con la población general. Estos hallazgos sugieren una fuerte comorbilidad entre ambos tipos de trastornos y una posible relación causal, donde los trastornos de ansiedad podrían preceder y contribuir al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.

Otro estudio de Thompson-Brenner et al (2016) evaluó la efectividad de un tratamiento para la bulimia nerviosa (BN), mostrando mejoras significativas en los síntomas tanto a corto como a largo plazo. Los participantes, principalmente mujeres jóvenes con BN tipo

purgativo y comorbilidades como depresión y trastornos de personalidad, experimentaron una reducción sustancial en la frecuencia y gravedad de los atracones y purgas, así como una disminución en los niveles de depresión y ansiedad. Aunque no se encontraron diferencias significativas entre las diferentes condiciones de tratamiento, ambos grupos mostraron mejoras similares. A pesar de una tasa de abandono moderada, la mayoría de los participantes que completaron el tratamiento mantuvieron los logros obtenidos a largo plazo. Estos resultados respaldan la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la BN.

Kenny et al (2024) estudio la relación entre la vergüenza y los resultados de un tratamiento para trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Se encontró que la vergüenza estaba fuertemente relacionada con la gravedad inicial de los síntomas y el deterioro psicológico. Aunque la vergüenza no predijo significativamente el abandono del tratamiento, sí influyó en los resultados. Los pacientes con altos niveles de vergüenza mostraron una menor mejora en los síntomas de TCA y en el deterioro psicológico en comparación con aquellos con niveles más bajos de vergüenza. Este efecto fue más evidente en pacientes con diagnóstico de bulimia nerviosa y no se observó en aquellos con anorexia nerviosa u otros trastornos de la alimentación especificados. Además, no se encontraron interacciones significativas entre la vergüenza y otras variables como el índice de masa corporal o los diagnósticos de ansiedad. En general, los resultados sugieren que la vergüenza es un factor importante a considerar en el tratamiento de los TCA, ya que puede influir negativamente en los resultados terapéuticos.

Un estudio realizado por Dicker-Oren et al (2024) encontró una fuerte asociación entre la ansiedad y la restricción alimentaria. Tanto la ansiedad momentánea como los niveles generales de ansiedad se relacionaron positivamente con la restricción alimentaria. Esta relación se mantuvo incluso después de

considerar otros factores como el género, la edad y el IMC. Los resultados sugieren que cuando una persona experimenta un aumento en su nivel de ansiedad, también tiende a restringir más su alimentación. Además, las personas con niveles generales de ansiedad más altos suelen reportar una mayor restricción alimentaria en general. La sintomatología de los trastornos alimentarios también se asoció significativamente con la restricción alimentaria, lo que indica que la presencia de estos síntomas puede exacerbar la relación entre ansiedad y restricción.

Otro estudio realizado por Mammì et al (2024) comparó a personas con trastornos alimentarios (FS), trastornos de ansiedad (AD) y un grupo de control sano (HS). Los resultados mostraron que las personas con FS presentaban mayores niveles de negligencia emocional en la infancia, más comorbilidades psiquiátricas (como depresión y ansiedad), y puntuaciones más altas en rasgos de personalidad como la negatividad, el desapego y la desinhibición. Además, las personas con FS reportaron con más frecuencia actitudes de atracón y síntomas disociativos. Los análisis estadísticos revelaron que la perseveración, una faceta de la personalidad relacionada con la dificultad para cambiar de tarea o pensamiento, era un factor de riesgo significativo para los síntomas de atracón en personas con FS. En general, los resultados sugieren que las personas con trastornos alimentarios presentan una compleja combinación de factores psicológicos, sociales y biológicos que contribuyen a su condición.

La investigación presentada por Swinbourne et al (2012)., Kaye et al (2004)., Thompson-Brenner et al (2016)., Kenny et al (2024)., Dicker-Oren et al (2024). y Mammì et al (2024). Convergen en un hallazgo fundamental: la estrecha relación entre la ansiedad y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Esta comorbilidad, es decir, la coexistencia de ambos trastornos en un mismo individuo, es un fenómeno ampliamente reconocido y estudiado en la

literatura científica. Los estudios revisados evidencian que una proporción significativa de personas con TCA también cumplen con los criterios diagnósticos para al menos un trastorno de ansiedad. La ansiedad, en sus diversas manifestaciones, parece ser un factor concomitante y, en muchos casos, antecedente a la aparición de los TCA. Esto sugiere que la ansiedad podría jugar un papel causal en el desarrollo y mantenimiento de estos trastornos.

Conclusión

La revisión de la literatura científica ha puesto de manifiesto la compleja relación existente entre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y los trastornos de ansiedad. Esta comorbilidad es frecuente y su comprensión resulta fundamental para el diseño de intervenciones terapéuticas efectivas. Los hallazgos obtenidos permiten extraer las siguientes conclusiones:

En primer lugar, la ansiedad emerge como un factor de riesgo significativo para el desarrollo y mantenimiento de los TCA. Asimismo, la presencia de un trastorno de ansiedad co-morbido suele empeorar el pronóstico y dificultar la recuperación de los pacientes con TCA. Esta estrecha vinculación sugiere la necesidad de abordar de manera integral ambos tipos de trastornos.

En segundo lugar, a pesar de los avances en el conocimiento de esta relación, persisten diversos retos en el tratamiento integral de estos pacientes. Entre ellos se destacan la falta de consenso sobre los mecanismos causales subyacentes, la heterogeneidad clínica de los TCA y los trastornos de ansiedad, y la escasez de investigaciones que evalúen la eficacia a largo plazo de las intervenciones combinadas.

No obstante, los últimos años han sido testigos de importantes avances en el campo del tratamiento de los TCA y los trastornos de ansiedad. Se han desarrollado enfoques terapéuticos cada vez más especializados y adaptados a las necesidades

individuales de cada paciente. Entre ellos destacan las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación, las intervenciones farmacológicas y los programas de tratamiento multidisciplinarios.

Bibliografía

- Alarcón, B. E., Vera, M. F. J., & Hidalgo, K. E. M. (2019). La ansiedad y su relación con la conducta alimentaria en personas con obesidad. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales (RCCS)*, 7.
- Amalvy Bruzzo, C. (2024). Influencia del trastorno de ansiedad social como factor de riesgo en el trastorno de la conducta alimentaria durante la adolescencia [Universidad de Belgrano]. [http://repositorio.ub.edu.ar/bitstream/handle/123456789/10867/Trabajo final de carrera-Amalvy Bruzzo.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ub.edu.ar/bitstream/handle/123456789/10867/Trabajo%20final%20de%20carrera-Amalvy%20Bruzzo.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Ayuzo-del Valle, N. C., Covarrubias-Esquer, J. D., Ayuzo-del Valle, N. C., & Covarrubias-Esquer, J. D. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Pediatría*, 86(2), 80–86. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0035-00522019000200080&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Baldares, M. J. V. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(607), 475–482.
- Barakat, S., McLean, S. A., Bryant, E., Le, A., Marks, P., Aouad, P., Barakat, S., Boakes, R., Brennan, L., Bryant, E., Byrne, S., Caldwell, B., Calvert, S., Carroll, B., Castle, D., Caterson, I., Chelius, B., Chiem, L., Clarke, S., ... Maguire, S. (2023). Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00717-4>
- Barnhart, W. R., Hamilton, L., Jordan, A. K., Pratt, M., & Musher-Eizenman, D. R. (2021). The interaction of negative psychological well-being and picky eating in relation to disordered eating in undergraduate students. *Eating Behaviors*, 40, 101476. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101476>
- Carolina, L. G., & Janet, T. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85–97. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70396-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70396-0)
- Cortez, M. (2015). Dimensiones de la Personalidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de Enfermería Técnica. *Revista CIENCIA Y TECNOLOGÍA*, 11(2 SE-), 125–138. <https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/PGM/article/view/999>

- Dicker-Oren, S. D., Gelkopf, M., & Greene, T. (2024). Anxiety and restrained eating in everyday life: An ecological momentary assessment study. *Journal of Affective Disorders*, 362, 543–551. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.07.065>
- Fonseca Rodrigues, T., Baenas, I., Coelho, C., Ramos, R., Fernández-Aranda, F., & Machado, P. P. (2024). Self-compassion, difficulties in emotion regulation and eating psychopathology: Findings from an eating disorders clinical sample and a college sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 33, 100779. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100779>
- Gómez, M. T., Bustamante, R., & del Arco Jódar, R. (2014). Tratamiento psicológico de un grupo de adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria no especificado. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 1(1), 7–16.
- Guerrero Castro, J. F. J., & Altamirano Asca, M. C. (2024). Experiencias traumáticas y trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y adultos. [Universidad de Lima]. https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/20369/T018_71351423_T.pdf?sequence=1
- Hazzard, V. M., Barry, M. R., Leung, C. W., Sonnevile, K. R., Wonderlich, S. A., & Crosby, R. D. (2022). Food insecurity and its associations with bulimic-spectrum eating disorders, mood disorders, and anxiety disorders in a nationally representative sample of U.S. adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(7), 1483–1490. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02126-5>
- Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N., & Masters, K. (2004). Comorbidity of Anxiety Disorders With Anorexia and Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2215–2221. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2215>
- Kenny, S., Erceg-Hurn, D., Tonta, K. E., Raykos, B. C., Campbell, B., & McEvoy, P. (2024). The Contribution of Shame to Eating Disorder Treatment Outcomes in a Community Mental Health Clinic. *International Journal of Eating Disorders*, 57(9), 1936–1944. <https://doi.org/10.1002/eat.24248>
- Mammì, A., Bova, V., Martino, I., Sammarra, I., Ferlazzo, E., Pascarella, A., Abelardo, D., Marsico, O., Torino, C., Cianci, V., Viola, G., Pecoraro, V., Beghi, M., Gambardella, A., Pujia, A., Aguglia, U., & Gasparini, S. (2024). Functional seizures and binge eating disorder: A cross-sectional study. *Epilepsy & Behavior*, 158, 109943. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2024.109943>
- Mérida Pérez, C., & López Hartmann, R. (2013). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con la ansiedad y depresión en adolescentes de secundaria de la ciudad de La Paz. *Revista de Investigación Psicológica*, 10.
- Muñoz Patiño, J., Delgado Reyes, A. C., Aguirre Aldana, L., & Sanchez Lopez, J. V. (2023). Conductas de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta y su relación con el rendimiento académico en estudiantes de la Universidad de Manizales. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 34(2), 212–223. <https://doi.org/10.55611/rep.3402.06>
- Rojo Moreno, L., Plumed Domingo, J., Conesa Burguet, L., Vaz Leal, F., Diaz Marsá, M., Rojo-Bofill, L., & Livianos Aldana, L. (2012). Los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones sobre nosología, etiopatogenia y tratamiento en el siglo xxi. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(3), 197–204. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.02.002>
- Swinbourne, J., Hunt, C., Abbott, M., Russell, J., St Clare, T., & Touyz, S. (2012). The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: Prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(2), 118–131. <https://doi.org/10.1177/0004867411432071>
- Thompson-Brenner, H., Shingleton, R. M., Thompson, D. R., Satir, D. A., Richards, L. K., Pratt, E. M., & Barlow, D. H. (2016). Focused vs. Broad enhanced cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa with comorbid borderline personality: A randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 49(1), 36–49. <https://doi.org/10.1002/eat.22468>
- Yurtdaş Depboylu, G., & Findık, B. E. (2024). Relationships among alexithymia, psychological distress, and disordered eating behaviors in adolescents. *Appetite*, 200, 107536. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2024.107536>

CITAR ESTE ARTICULO:

Mendieta Martínez, M. J. ., Laurencio Díaz, D. I. ., Jijón Durán, J. A., Mendieta Martínez, N. A., & Mejía Pinto, M. C. (2025). Relación psicológica y clínica entre trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de ansiedad: retos y avances en el tratamiento integral. *RECIMUNDO*, 9(1), 571–585. [https://doi.org/10.26820/recimundo/9.\(1\).enero.2025.571-585](https://doi.org/10.26820/recimundo/9.(1).enero.2025.571-585)

