

*“MODELO COMPREHENSIVO MULTIMODAL EN
TRASTORNOS ALIMENTARIOS - SEGUIMIENTO”*

**AUTORES: Lic. FABIAN MELAMED
Dr. CARLOS CANTALE**

Lic. TERESA BUNGE

Lic. BIBIANA MARTINEZ

CENTRO INTEGRAL EN PATOLOGIA ALIMENTARIA (CIPA)

PREFACIO

La evaluación de seguimiento adquiere vital importancia en relación a la eficacia de las medidas psicoterapéuticas aplicadas, permitiendo conocer el mantenimiento y estabilización de los cambios observados durante el tratamiento.

La necesidad y la posibilidad de examinar al paciente un cierto número de semanas, meses o de años después de terminada la terapia, constituye un tipo de evaluación indispensable si se quiere garantizar científicamente la permanencia de los cambios atribuibles a los procedimientos psicoterapéuticos.

Muchos investigadores se niegan a realizar seguimientos bajo el pretexto de que los beneficios de una terapia no se ven sino muchos años después de terminada la terapia; o que las dificultades para localizar a los sujetos son demasiado grandes; o que un contacto postterapéutico fomenta la dependencia del sujeto. Casi siempre, tales pretextos se basan en concepciones teóricas y no en constataciones empíricas.

Otros, sin embargo, defienden los seguimientos argumentando que permiten obtener informaciones importantes. Ya en el año 1967, Paul y Shanon demostraron que un seguimiento a corto plazo (2 años) permite una evaluación comparativa adecuada de diferentes tratamientos; para lo cual, es necesario que éstos estén determinados por la naturaleza de la población y del problema, y no por nociones teóricas preconcebidas.

Estas son algunas de las múltiples dificultades que presenta la investigación en el campo particular del área clínica de la psicología.

Una explicación posible de esta situación, se encuentra en el divorcio entre la práctica y la investigación, y entre la teoría y la práctica por otra parte. Cada uno de estos dominios parece establecer sus propias reglas de juego, sin preocuparse por los otros. Así, los teóricos han insistido en la necesidad de formular preguntas específicas, con el fin de lograr una correcta evaluación de los efectos de las psicoterapias; pero la especificidad a la que aspiraban apareció

mucho tiempo después con los investigadores, quienes frecuentemente desoyeron toda teoría clínica y se consagraron a realizar trabajos de poco valor para el porvenir de las psicoterapias.

INTRODUCCION

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los estudios de seguimiento brindan información sobre el curso natural de una enfermedad o perturbación, y sobre la eficacia de las medidas terapéuticas aplicadas.

Sin embargo, a pesar de la importancia de este tipo de investigaciones, no siempre se han podido superar de manera suficientemente adecuada una serie de problemas metodológicos relacionados con la falta de datos clínicos, con criterios diagnósticos inadecuados, con la falta de una adecuada descripción del tratamiento psicoterapéutico aplicado, y con un seguimiento inadecuado (breve duración del seguimiento, alto índice de fallas en los rastreos, métodos indirectos de evaluación, etc).

A diferencia de los seguimientos realizados en el ámbito psicoterapéutico, los referidos a patología alimentaria parecen prometer resultados relativamente claros y definidos, ya que éstos pueden medir no sólo factores psicosociales más amplios, sino también datos precisos en relación a los criterios diagnósticos (peso - menstruación - conducta alimentaria) y a los factores de mantenimiento (regulación del afecto - aislamiento - autonomía - imagen corporal).

Sin embargo, en los últimos tres años se han publicado alrededor de 46 trabajos de investigación acerca de los diferentes tipos de tratamientos psicoterapéuticos aplicados en patología alimentaria. La mayoría de estas publicaciones se refieren a la comprobación de la eficacia de un determinado marco teórico a través de estudios de casos, y a las ventajas de las psicoterapias combinadas con farmacoterapia. Sólo 14 de estas investigaciones basan sus hallazgos en estudios de seguimiento; dos de los cuales corresponden a estudios comparativos entre las diferentes psicoterapias y su eficacia en Bulimia y Anorexia Nerviosa.

Así, la presente investigación tiene como objetivo principal comprobar la evolución de las pacientes con trastornos en la conducta alimentaria, Bulimia y Anorexia Nerviosa, que fueron asistidas en el Centro Integral en Patología Alimentaria (CIPA), en la ciudad de Mar del Plata.

B. SUPUESTOS Y LIMITACIONES

A partir del momento en que se emprende la aplicación de un conjunto de técnicas psicológicas concebidas con el fin de lograr un objetivo psicoterapéutico más o menos preciso, es perfectamente legítimo preguntarse si esos objetivos han sido alcanzados o no y sobre la eficacia de las medidas terapéuticas aplicadas.

Para tal fin, se diseñó el presente estudio de seguimiento que permite explorar datos demográficos acerca de los pacientes y del tratamiento efectuado, y datos precisos acerca de los

parámetros de eficacia en trastornos alimentarios, como estabilidad del peso, menstruación y cambios observables en la conducta de alimentación. Se incluyeron también, otros temas relevantes para el seguimiento de la paciente en el último año que no se consideran parámetros de eficacia, como la estabilidad del estado de ánimo, la estabilidad de las relaciones sociales, la aceptación de su cuerpo y cambios familiares significativos.

En la realización del seguimiento se identificaron varias dificultades que pueden haber incidido en los resultados obtenidos. Dentro de las mismas se encuentran:

1. Categorización del diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria en Anorexia Nerviosa y Bulimia, dado que a la fecha de apertura de la institución no se habían hallado los criterios necesarios para especificar los diferentes subtipos que actualmente figuran en el DSM- IV.
2. Desestimación del criterio diagnóstico de comorbilidad, debido a que el mismo sólo consta en las historias clínicas a partir de los inicios del año 1993 y en forma no sistemática.
3. El cambio de residencia de las pacientes; en particular, de aquellas que ingresaron durante los dos primeros años de funcionamiento institucional (22 casos).
4. Pérdidas selectivas en la muestra en relación a los sujetos que se negaron a contestar, ya sea por decisión propia o de su familia. No llegaron a constituir una tendencia estadísticamente significativa para la investigación (4 casos).
5. Historias clínicas incompletas.

C. DEFINICION DE TERMINOS IMPORTANTES

1. Anorexia Nerviosa - Bulimia Nerviosa

La anorexia nerviosa constituye, según el DSM-IV, una alteración grave de la conducta alimentaria; caracterizada por el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, por un miedo intenso a ganar peso, por una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo, y por la afección de amenorrea en las mujeres que sufren este trastorno. La pérdida de peso autoinducida se manifiesta por medio de la restricción alimentaria y/o el uso de laxantes y diuréticos, provocación de vómitos o exceso de ejercitación física. Afecta generalmente a las mujeres adolescentes, pero también prepúberes, mujeres mayores y, en menor medida, a hombres.

La bulimia nerviosa es, según el DSM-IV, una alteración grave de la conducta alimentaria cuyas características esenciales "...consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un período de tres meses ". En este trastorno se alternan períodos de restricción alimentaria con episodios de ingestas copiosas, seguidos por vómitos autoinducidos y por el uso de laxantes y/o diuréticos.

2. Efectividad - Eficacia

La efectividad de una intervención se vincula con el grado por el cual una intervención determinada logra lo que se ha intentado lograr en una población definida, midiendo no sólo los efectos deseables sino también los no deseables.

El término efectividad contesta a la pregunta "¿funciona este procedimiento en la realidad?" refiriéndose al efecto producido en el nivel de la población objeto de las intervenciones. Debe ser distinguida de la eficacia, entendiéndose por esta última la respuesta a la pregunta "¿puede funcionar este procedimiento?" refiriéndose, por lo general, a los individuos a los cuales se aplica el procedimiento.

La efectividad es entendida, por consiguiente, como la evaluación de la eficacia de la acción en la práctica.

La eficacia representa lo que se puede lograr en términos de resultados, utilizando una medida en condiciones ideales. La eficacia en la práctica (efectividad) representa lo que una medida puede alcanzar, no en términos de resultados en condiciones experimentales, sino en condiciones de rutina.

MARCO TEORICO

El Modelo Comprensivo Multimodal en Trastornos Alimentarios, surge como resultado de siete años de experiencia; aplicado por el equipo interdisciplinario del Centro Integral en Patología Alimentaria (CIPA), desde Agosto de 1989.

El mismo, comprende una DIMENSION HORIZONTAL, la cual describe las tres fases del tratamiento con sus objetivos.

Así, la FASE 1 está focalizada en la rehabilitación alimentaria, en la regulación del peso, en el equilibrio de concomitantes psicológicos tales como depresión, ansiedad y obsesión compulsiva, jerarquización familiar e inclusión de la red social.

La FASE 2, apunta a la reinserción social, a la prevención y manejo de recaídas, al aprendizaje de patrones alimentarios normales, al logro de una ocupación plena, al planteo de un proyecto vital propio.

La FASE 3, está centrada en la sustentación de los cambios y reestructuración de los aspectos nucleares del self y patrones de apego.

Las estrategias generales contempladas en esta dimensión son: fase diagnóstica, contrato terapéutico, rehabilitación alimentaria, manejo de peso, estabilidad emocional.

Una DIMENSION VERTICAL, que describe los abordajes terapéuticos y las técnicas pertinentes articuladas con cada una de las fases de la siguiente manera:

Terapia Grupal: Adherencia y cumplimiento del tratamiento, contención continua de las fluctuaciones del estado de ánimo y la ansiedad, control de la impulsividad, entrenamiento en las habilidades sociales, enfrentamiento y resolución de conflictos.

Terapia Familiar: Reestructuración de la organización familiar, modificación de las estrategias de afrontamiento y pautas comunicacionales disfuncionales, logro de autonomía y diferenciación.

Terapia Nutricional: Modificación de la conducta alimentaria, rehabilitación del peso, aspectos psicoeducacionales tanto familiares como individuales.

Terapia Farmacológica: Diferentes estrategias medicamentosas según cuadro clínico, comorbilidad, situaciones de urgencia psiquiátrica.

Terapia Individual: Modificación cognitiva, revisión de patrones relacionales, orientación hacia la autonomía, técnicas de resolución de problemas sobre aspectos nucleares del self.

ESQUEMA DE LA INVESTIGACION

A. FUENTE DE DATOS

Se seleccionaron las historias clínicas que fueron dadas de baja (por alta o abandono), desde la apertura de la institución en Agosto de 1989 hasta el 31 de Diciembre de 1995. Así, de 165 pacientes que ingresaron al tratamiento intensivo en las fechas previstas, 124 historias clínicas cumplieron con los requisitos necesarios para constituir la población de estudio.

B. METODO DE RECOLECCION DE DATOS

El método de recolección de datos se basó en el análisis de las historias clínicas y en la realización de una encuesta telefónica a cada paciente. Se fijó un total de cuatro llamados telefónicos, con una frecuencia de uno por semana en diferentes días y horarios; admitiéndose como válidas únicamente las respuestas de las pacientes.

C. DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO PARA LA OBTENCION DE DATOS

Se confeccionó un cuestionario de seguimiento que permite explorar:

1. Datos demográficos acerca del sujeto y del tratamiento efectuado, consignando el número de identificación del paciente, su nombre, diagnóstico, fecha de ingreso a la institución, fecha de nacimiento, edad, sexo, fecha de egreso y motivo del fin de tratamiento.
2. Parámetros de eficacia en trastornos alimentarios (peso-menstruación-hábitos alimentarios).

3. Otros temas relevantes para el seguimiento de la paciente en el último año, que no se consideran parámetros de eficacia como la estabilidad del estado de ánimo, la estabilidad de las relaciones sociales, la aceptación de su cuerpo y cambios familiares significativos.

D. ANALISIS DE LOS DATOS

Se efectuó un análisis cuantitativo de los datos mediante la aplicación de paquetes estadísticos para la investigación epidemiológica. En el tratamiento estadístico de los datos se obtuvieron correlaciones simples, partiendo de una clasificación por estratos según la patología alimentaria diagnosticada.

RESULTADOS OBTENIDOS:

Acerca de la eficacia terapéutica del modelo surge que, de las 124 historias clínicas contempladas dentro de la población estudiada, 69 casos han cumplido los parámetros de finalización del tratamiento, constituyendo el 55,7% de altas; y 55 casos, o sea el 44,3%, fueron abandonos. (Gráfico I)

Del análisis del porcentaje de casos llegados a término (55,7%), se obtuvo la siguiente clasificación: 12 altas de fase 3; 30 altas alimentarias de fase 2; 12 altas alimentarias que actualmente se encuentran en la fase 3; y 15 pacientes que continúan su tratamiento por diagnóstico de co-morbilidad asociado. (Gráfico II)

Del porcentaje de abandonos (44,3%), 13 casos lo hicieron en fase 2, es decir, asintomáticos; y 42, durante la fase 1 del tratamiento intensivo. (Gráfico III)

De los 124 pacientes que conforman la población de esta investigación, 72 sujetos accedieron a contestar la encuesta telefónica constituyendo el 58,10% de la misma; sobre los cuales se obtuvieron los resultados que se detallan posteriormente. Los seguimientos oscilaron entre los 18 meses y los 7 años 9 meses.

El resto de la muestra poblacional, fue considerado como: 22 pacientes con paradero desconocido (17,70%); 26 que no contestaron las llamadas (21%); y 4 que se negaron a contestar (3,20%). (Gráfico IV)

Del estudio de los datos obtenidos en relación al total de la población, surge la siguiente caracterización demográfica:

- El 60,5% de las pacientes atendidas en la institución fueron diagnosticadas como Bulimia. (Gráfico V)
- Del porcentaje diagnosticado como Anorexia Nerviosa (39,5%), 16 casos, o sea el 30,77% de los mismos, corresponde al Tipo Vomitador según los criterios establecidos en el DSM IV. (Gráfico VI)
- El 93,75% (120 casos) de los pacientes son de sexo femenino, y el 6,25% restante (4 casos) corresponde al sexo masculino. (Gráfico VII)
- La edad media de los pacientes que constituyeron la población del presente estudio al momento de ser encuestados, es de 23 años con una desviación estándar de 4.19. (Gráfico VIII)

En relación al Parámetro de Eficacia en Patología Alimentaria "Peso", los pacientes a quienes se realizó el seguimiento y que manifestaron conocer su peso en el último año, dijeron que el mismo se mantuvo estable en dicho período de tiempo en el 71,2% (42 casos). El 28,8% restante (17 casos), comentaron que su peso fue inestable en el último año. Los pacientes que dijeron conocer su peso y que fueron diagnosticados como Anorexia Nerviosa, mantuvieron el mismo estable en un 82,76% (24 casos); mientras que los diagnosticados como Bulimia, lo hicieron en un 60% (18 casos). (Gráficos IX, X y XI)

En lo referido al Parámetro de Eficacia en Patología Alimentaria "Menstruación", se encontró:

- Que el 95,5% de las pacientes que respondieron la encuesta (64 casos), mantiene su menstruación en forma regular. (Gráfico XII)
- Que de las pacientes con Anorexia Nerviosa, sólo el 17,9% (5 casos) comentaron no haber recuperado su menstruación hasta el momento de la encuesta. (Gráfico XIII)
- Que de los sujetos diagnosticados con Anorexia Nerviosa, el 88,9% (24 casos) dijeron tener su menstruación regularmente. (Gráfico XIV)
- Que no se registraron casos de pérdida del período menstrual en las pacientes anoréxicas, en el último año. (Gráficos XV y XVI)

En relación al Parámetro de Eficacia en Patología Alimentaria "Hábitos Alimentarios", se obtuvieron los siguientes datos:

- De los pacientes anoréxicos que respondieron la encuesta, el 66,67% (21 casos) manifestó no haberse restringido en esta área en el último año. (Gráfico XVII)
- El 33,33% (11 casos) de los sujetos con anorexia se restringieron; de los cuales 4 casos (36,37%) lo hicieron como actitud cotidiana, y los 7 casos restantes (63,63%), dijeron haberlo hecho por períodos cortos de tiempo. (Gráfico XVIII)
- De los pacientes bulímicos que respondieron la encuesta, el 62,5% (25 casos) comentaron no haber sufrido atracones en el último año. (Gráfico XIX)
- El 37,5% (15 casos) de los pacientes bulímicos dijeron haberse atracado en el último año; de los cuales uno (6,7%) lo hicieron como actitud cotidiana y 14 (93,3%) por períodos cortos de tiempo. (Gráfico XX)
- De los sujetos encuestados, el 87,5% (63 casos) manifestaron no haber presentado conductas compensatorias en el último año transcurrido. (Gráfico XXI)
- De las pacientes anoréxicas, el 87,20% (32 casos) dijo no haber presentado conductas compensatorias. (Gráfico XXII)
- Sólo el 12,80% (4 casos) de las anoréxicas contestaron haber presentado conductas compensatorias mediante el aumento de la actividad física. La frecuencia temporal hallada de estas conductas, correspondió en 3 casos (75%) a períodos cortos de tiempo y en un único caso (25%) como actitud cotidiana. (Gráficos XXIII y XXIV)
- De las pacientes bulímicas, el 87,2% (35 casos) manifestaron no haber presentado conductas compensatorias en el último año. (Gráfico XXV)
- Sólo el 12,8% (5 casos) de los pacientes bulímicos, dijeron haber presentado conductas compensatorias como aumento de la actividad física (4 casos) y uso excesivo de laxantes/diuréticos (1 caso); por períodos cortos de tiempo. (Gráficos XXVI y XXVII)

En lo referido a la estabilidad del estado de ánimo, se encontró que el 62,5% (45 casos) de los pacientes presentó alguna alteración en su estado anímico. A pesar de esto, el 95,6% (43

casos) de los mismos manifestaron no haber sufrido ningún deterioro en la realización de sus actividades cotidianas. (Gráficos XXVIII y XXIX)

El 53,1% de los pacientes anoréxicos manifestaron haber tenido alteraciones en su estado anímico (17 casos); mientras que los pacientes bulímicos lo hicieron en un 70,7% (29 casos). (Gráfico XXX)

El 55,6% (25 casos) de estos sujetos respondieron haber sufrido alteraciones en su estado anímico debido a algún factor desencadenante, destacándose entre los mismos las dificultades en la relación de pareja (12 casos) y en el estudio (5 casos). (Gráficos XXXI y XXXII)

Con relación a la estabilidad de las relaciones sociales, el 94,4% (68 casos) de la población encuestada, dijo no haber perdido amigos en el último año. Asimismo, el 91,7% (66 casos) comentó haber realizado nuevos vínculos en el mismo período de tiempo. (Gráficos XXXIII, XXXIV y XXXV)

En cuanto a la aceptación del propio cuerpo, el 77,80% (56 casos) de los encuestados comentó que la misma es mejor que cuando comenzó el tratamiento intensivo; mientras que en el 22,20% restante (16 casos), se mantuvo igual. (Gráfico XXXVI)

En relación al momento en que terminó el tratamiento, el 65,3% (47 casos) dijo que la aceptación de su cuerpo se mantiene igual; el 31,9% (23 casos) es mejor; y el 2,8% restante (2 casos), empeoró. (Gráfico XXXVII)

REFLEXIONES FINALES

DISCUSION:

Según el análisis de los resultados obtenidos, surgieron algunos datos cuya interpretación se considera debatible, relacionados con los parámetros de eficacia en patología alimentaria (peso - menstruación - hábitos alimentarios) y con los factores de mantenimiento (regulación del afecto - aislamiento - imagen corporal).

En relación a los parámetros de eficacia:

Con referencia a la evolución de las pacientes con Anorexia Nerviosa, se encontró que aproximadamente el 80% de los sujetos normalizaron su Peso y Menstruación.

En cuanto a la conducta alimentaria, el porcentaje disminuye en su normalización (67%), pese a lo cual continúa siendo alto según las últimas estadísticas al respecto. Cabe señalar en este punto, que la mejoría en los hábitos alimentarios fue considerada como ausencia de conductas de restricción alimentaria y de conductas compensatorias; no se tuvieron en cuenta otro tipo de perturbaciones o "manierismos", que sin duda incidirían notablemente en los porcentajes hallados (4% normalización de conducta alimentaria; Lic. Cecile Herscovisci, comunicación personal). Por lo tanto, surge el interrogante acerca de la forma más adecuada de registrar y medir este aspecto.

En relación a la evolución de las pacientes con Bulimia, se encontró que el 60% de los sujetos normalizaron su Peso y Menstruación.

Este porcentaje se mantiene en relación a la conducta alimentaria; pero al igual que en la Anorexia Nerviosa, la mejoría en los hábitos alimentarios fue considerada en términos de ausencia de atracones y de conductas compensatorias.

La diferencia entre los porcentajes de normalización en Anorexia Nerviosa y Bulimia, nos conduce hacia estudios futuros acerca de la incidencia de co-morbilidad en la evolución de estas patologías alimentarias, indicadores de mejor pronóstico y factores de riesgo.

En relación a los factores de mantenimiento:

Es interesante detenernos en el alto porcentaje de pacientes (62,5%) que presentaron alteraciones en su estado de ánimo, a pesar de que las mismas no hayan provocado ningún deterioro en la realización de las actividades cotidianas de estos sujetos.

En una primera aproximación, podríamos suponer la posibilidad de que estas alteraciones constituyan una suerte de "efecto residual" de la patología alimentaria, entendidas a manera de un cierto "déficit" en la regulación del afecto.

Sin embargo, si observamos el gráfico XXX, el cuadro de doble entrada indica que la proporción de pacientes con Anorexia Nerviosa que dicen haber sufrido alteraciones en su estado anímico, es de 1 a 1; mientras que en los diagnosticados como Bulimia, es aproximadamente de 2 a 1. Estas relaciones proporcionales mantienen similitud con los últimos avances científicos en el tema de patología alimentaria y co-morbilidad; según los cuales, en los últimos años se ha hallado un mayor porcentaje de co-morbilidad en Bulimia que en Anorexia Nerviosa (Lic. Cecile Herscovisci; comunicación personal).

Teniendo en cuenta que la inestabilidad emocional y los cambios bruscos de humor son algunas de las características de los trastornos de personalidad; podríamos suponer entonces, que estas alteraciones del estado anímico corresponderían más a un diagnóstico de co-morbilidad que al de patología alimentaria.

Otra cuestión a considerar, es la aparición de las dificultades de pareja como factor desencadenante de las alteraciones del estado de ánimo.

Al respecto, podríamos pensar que la situación vista como desencadenante depende en gran medida de la autopercepción del paciente y de su sistema de creencias; por lo cual, sería lícito indagar acerca de este factor y corroborar su relación con las alteraciones de ánimo y la co-morbilidad.

Por otra parte, estos hallazgos se contraponen con los referidos a la estabilidad de las relaciones sociales, de donde surge que casi la totalidad de los pacientes no perdieron amistades e, incluso, desarrollaron nuevos vínculos.

Entonces, si se lograron importantes avances en los aspectos cognitivos-emocionales de la inserción social y autonomía, ¿es posible que se haya relativizado o minimizado el tema de la relación de pareja dentro de la construcción de un proyecto vital propio?. Además, si el trabajo profundo sobre los aspectos nucleares del self y patrones de apego es propio de la Fase 3, ¿por qué razón sólo 24 pacientes (de 124) continuaron su tratamiento en Fase 3, luego del alta alimentaria convenida al finalizar la Fase 2?. Y en consecuencia: la posibilidad de una relación de pareja estable ¿es una cuestión relativizada desde los pacientes o desde los terapeutas?.

Según la metodología aplicada, los datos obtenidos acerca de la aceptación de su propio cuerpo en los pacientes con patología alimentaria no son fáciles de interpretar.

Si bien esta variable ha sido evaluada en relación al comienzo y al término del tratamiento, se utilizaron enunciaciones del tipo "igual que"- "mejor que" - "peor que"; con la ventaja de ser un procedimiento fácilmente aplicable que permite estimar el ajuste del sujeto, no siempre accesible por otros medios.

Esta comparación "comienzo/finalización" para decidir sobre la mejoría o ausencia de mejoría de la autoimagen corporal del sujeto, es una información registrada durante el seguimiento que no dice nada acerca del estado de la misma durante el tratamiento.

A fin de resolver los problemas planteados en este punto, se propone: la comparación de resultados obtenidos entre la autoevaluación del paciente y la evaluación del terapeuta; o la administración de un instrumento sobre el tema a las pacientes y a un grupo clínico de control.

CONCLUSION:

De acuerdo con los resultados obtenidos, el seguimiento de las pacientes con patología alimentaria, Anorexia Nerviosa y Bulimia, que fueron asistidas en el Centro Integral en Patología Alimentaria (CIPA), en Mar del Plata; se considera satisfactorio en relación a los porcentajes de recuperación hallados tanto para los parámetros de eficacia (peso-menstruación- hábitos alimentarios) como para los factores de mantenimiento (regulación del afecto, aislamiento, autonomía, imagen corporal).

Quedan reservados los puntos en discusión para futuras investigaciones; en las cuales el tema de la co-morbilidad asociada a la patología alimentaria, y su incidencia en el diagnóstico y pronóstico de estos trastornos, probablemente adquiera un rol protagónico.-

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Calle Purrón, M. Herruso Cabrera, R. y cols.(1993). "Metodología de la investigación epidemiológica". Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

Garner,D. Rockert, W. y cols. "Principios psicoeducacionales en el tratamiento de la bulimia y anorexia".

Hercovici, C. Bay,L (1990). "Anorexia Nerviosa y Bulimia". De. Paidós. Bs. As. Argentina

Organización Mundial de la Salud (1992). "Temas de salud mental en la Comunidad". I. Levav Editor.

Vessereau, André (1974). "La Estadística". EUDEBA, Editorial Universitaria de Buenos Aires. Buenos Aires.