

**TRATAMIENTO DIETÉTICO-NUTRICIONAL DE LOS
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:
PROCESO DE PROGRESIVA AUTONOMÍA EN EL
DISEÑO DE LA DIETA ADECUADA**

**NUTRITIONAL TREATMENT OF EATING
DISORDERS: PROCESS OF PROGRESSIVE
AUTONOMY IN THE DESIGN OF A PROPER DIET**

Belén Almeda Cruz

Instituto de Ciencias de la Conducta (ICC)

Correspondencia: informacionicc@gmail.com

Instituto de Ciencias de la Conducta

C/Virgen del Monte 31, CP: 41011, Sevilla

RESUMEN

Numerosos estudios muestran la importancia de un tratamiento multidisciplinar para abordar los TCA teniendo especialmente en cuenta el tratamiento nutricional.

El objetivo principal de este trabajo fue analizar el proceso de progresiva autonomía de los pacientes con TCA en el diseño de una dieta adecuada para tratar de responder a una cuestión fundamental: ¿En qué momento alcanzan los pacientes con TCA unas adecuadas estrategias para elegir su propia dieta sin que ello origine riesgo de agravamiento y/o recaída?

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, terapia nutricional, estado nutricional, dieta.

ABSTRAC

Numerous studies showed the importance of an approachable multidisciplinary recovery process to address the eating disorder behaviour particularly the Nutritional treatment.

The aim of the research was to analyze the development of self-confidence in patients with eating disorder behaviours designing an adequate diet to find an answer to a fundamental question: At what point do eating disorder patients gain self-confidence and autonomy to choose their own diets avoiding risk of slip-ups?

Key words: Eating disorders, Nutritional Therapy, Nutritional Status, Diet.

INTRODUCCION

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria, siendo los trastornos específicos más conocidos la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa (AN, BN). La primera se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales, mientras que la BN se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos de conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Una característica esencial de la AN y de la BN es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporal. Finalmente, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) entre los TCA se incluyen los llamados trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE) para codificar todos aquellos trastornos que no cumplen los criterios para un TCA específico (1).

Estos trastornos afectan principalmente a adolescentes, sobre todo a mujeres y fundamentalmente de cultura occidental u occidentalizada. Entre los años 70-90 su incidencia fue en aumento, si bien desde los 90 parece estabilizada en cuanto a los principales TCA a la vez que han ido apareciendo otras alteraciones de la conducta alimentaria (anorexia inversa, trastorno por atracón, síndrome de ingesta nocturna, etc.) que hacen que el conjunto de alteraciones alimentarias no deje de incrementar su presencia, especialmente en la población señalada. Se sabe también que la causa de esta enfermedad no es única ya que influyen múltiples factores como pueden ser: genéticos, sociales,

culturales, familiares o psicológicos (2,3).

Dada la complejidad de los TCA y los numerosos factores etiopatogénicos involucrados, su tratamiento requiere un abordaje interdisciplinar, casi siempre prolongado y con la necesidad de contar con diversos dispositivos terapéuticos (tratamiento ambulatorio, hospitalización parcial, hospitalización completa, hospitalización domiciliaria; 4,5).

En el contexto interdisciplinario del tratamiento, la vertiente dietético-nutricional es de esencial importancia, tanto para la normalización ponderal como para el aprendizaje o reaprendizaje de hábitos de alimentación adecuados, lo que incluye no sólo a pacientes sino también a las familias, elemento clave de los necesarios cuidados que deben acompañar a todo programa terapéutico (5,6).

Distintos estudios realizados en cuanto a conocimientos, actitudes y conductas de pacientes con TCA con relación a su alimentación, ponen de manifiesto la necesidad de llevar a cabo la citada intervención dietético-nutricional (4,7-10).

En dicha intervención debe involucrarse a la familia, más cuando, como se ha destacado, la mayoría de los pacientes son adolescentes, etapa en la que los cambios en todo tipo de hábitos resultan críticos (5,10,11).

En distintos estudios se ha observado que pacientes con AN suelen tener una dieta con un menor aporte de grasas, mayor aporte proteico y más fibra que personas sin TCA, y que en las fases más avanzadas de la enfermedad esta restricción es mayor (9, 12-14). Estos pacientes además, consumen una ingesta

de energía por debajo de lo recomendado siendo su dieta hipocalórica y deficitaria en distintos nutrientes como vitamina D, calcio, folato, vitamina B₁₂, zinc, magnesio y cobre (14,15).

En diferentes estudios realizados en distintos países se ha observado que los pacientes diagnosticados con BN suelen tener un menor consumo de hidratos de carbono, puesto que restringen más el consumo de pan y cereales que aquellos que presentan AN (9,12,16).

Tras la normalización ponderal de los pacientes con TCA, la intervención dietético-nutricional debe proseguir de cara a mantener el peso normal alcanzado y para profundizar en la adquisición de hábitos alimentarios saludables que prevengan futuras recaídas (17,18,19).

El objetivo principal de este trabajo fue analizar el proceso de progresiva autonomía de los pacientes con TCA en el diseño de una dieta adecuada para tratar de responder a una cuestión fundamental: ¿En qué momento alcanzan los pacientes con TCA unas adecuadas estrategias para elegir su propia dieta sin que ello origine riesgo de agravamiento y/o recaída?

MÉTODO

Sujetos

La muestra estaba compuesta por un total de 119 participantes (80,3% mujeres y 19,7% hombres). De ellos, 73 eran pacientes en tratamiento ambulatorio en una unidad de TCA de Sevilla, 33 de ellos diagnosticados de AN, 19 pacientes de BN y 21 pacientes con TCANE. La edad media fue de

23,78 ± 9,59 años y el tiempo medio de tratamiento fue 38,36 ± 51,4 semanas. En cuanto a los 46 participantes restantes, su edad media fue de 36,84 ± 12,55 años. En este grupo de control se descartó la presencia de cualquier patología según criterios DSM IV-TR.

Todos los participantes otorgaron su consentimiento y el de sus padres en caso de ser menores.

Instrumentos

- Tarjetas con diferentes menús:

Un total de 156 tarjetas que contenían 34 tipos de desayunos (*Leche 200 cc., Galleta M 30g, manzana 100g; Leche 200cc., azúcar 10g, pan 45g, mantequilla 10 g, mermelada 25g*), 34 tipos de meriendas (*Yogur 125g, galleta 30g, plátano 150g; Zumo de naranja 200cc., manzana 200g*), 44 tipos de almuerzos (*Macarrones 100g con tomate 50g, merluza romana 125g con lechuga 135g, pan blanco 35g, plátano 100g; Potaje de garbanzos 180g, pescadilla con calabacín rebozado 150g, pan blanco 40g, manzana 150g*) y 44 tipos de cenas (*Tortilla de 2 huevos, espárragos blancos 100g, queso de burgos 50g, pera 110g, kiwi 116g; Judías verdes con tomate frito 180g, lomo al horno con arroz 90g, pan blanco 45g, yogur 125g*).

- Tablas de referencia de consumo alimentario:

En las tablas 1, 2 y 3 se muestran los resultados en porcentajes de frecuencias de consumo de los diferentes grupos de alimentos tanto de los pacientes como del grupo de control. Dichos porcentajes se han clasificado en

deficiente, adecuado o excesivo, en función de las recomendaciones de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC, 2004; 20).

- *DIAL*:

Programa de uso general y profesional para valoración de Dietas y cálculos de Alimentación (21).

- *SPSS*:

Statistical Package for the Social Sciences, empleado para la realización de los análisis estadístico.

Procedimiento

El trabajo se llevó a cabo en un ambiente adecuado en cuanto a condiciones de espacio, luminosidad y ruido. A cada participante se le pidió que imaginase que tenía que elaborar un menú semanal, distribuido en 4 comidas al día (desayuno, almuerzo, merienda y cena), para sí mismo, sin tener en cuenta al resto de miembros de la familia para evitar que aspectos como las costumbres familiares contaminasen su elección.

Para llevar a cabo dicha tarea, se les proporcionó unas tarjetas en forma de menú con diferentes tipos de desayunos, almuerzos, meriendas y cenas. El conjunto de tarjetas entregadas ofrecía todos los grupos de alimentos (cereales, lácteos, frutas, vegetales, pescados, huevos, carnes, aceites, grasas y dulces), así como diferentes técnicas culinarias. Se solicitó la confección de un menú con cuatro comidas diarias, por ser tres o cuatro las que habitualmente se realizan en el contexto en el que se desarrolló el estudio. A fin de evitar una

excesiva rigidez en la elección, los participantes tuvieron la posibilidad de hacer modificaciones en el contenido de las tarjetas, tanto en cantidades y tipo de alimentos como en técnicas culinarias para la elaboración del menú.

Tras dicha elección, se realizó una valoración nutricional del menú escogido por cada participante, comparándose con las ingestas recomendadas para la población general, y se analizó la frecuencia de consumo de alimentos, comparándola con las recomendaciones de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC, 2004; 20).

La valoración nutricional de los menús escogidos por los participantes se realizó mediante la aplicación DIAL (21).

Análisis estadístico

Para obtener los resultados se utilizó el paquete informático de análisis estadístico SPSS versión 15.0. Las variables se expresaron en forma de medias, desviaciones típicas, mínimos y máximos. Se llevó a cabo un ANOVA. Para todos los análisis el nivel de significación fue $P < 0,05$.

RESULTADOS

De los 119 participantes, 73 eran pacientes y 46 controles. Respecto al sexo, 98 eran mujeres y 21 hombres. No se encontraron diferencias significativas con respecto a la edad entre los pacientes y el grupo control siendo de 23,78 años en los pacientes y 30,41 años en el grupo de control. El tiempo medio de tratamiento de los 73 pacientes fue de 38,36 semanas.

Se encontraron diferencias significativas en los pacientes en cuanto al sexo y diagnóstico de TCA (33 pacientes con AN; 19 con BN; 21 pacientes con TCANE) y respecto al sexo 98 mujeres y 21 hombres.

Perfil calórico y de macronutrientes de la dieta seleccionada por pacientes y controles:

En los menús escogidos, tanto por pacientes como por el grupo control, los porcentajes de las calorías fueron $16,61\% \pm 1,64$ procedente de las proteínas, $37,25\% \pm 3,89$ procedente de los lípidos y $46,12\% \pm 4,21$ procedente de los hidratos de carbono en los pacientes, y $16,29\% \pm 1,51$ procedente de las proteínas, $38,25\% \pm 2,84$ procedente de los lípidos, $45,42\% \pm 2,87$ procedente de los hidratos de carbono, en el grupo de control.

En cuanto al perfil lipídico puede observarse que las grasas saturadas fueron un $11\% \pm 1,77$ en pacientes y un $11,28\% \pm 1,48$ en el grupo control, superando así el 7% de la recomendación al respecto. En lo que se refiere a las grasas monoinsaturadas la dieta escogida contenía un $18,72\% \pm 2,43$ en el caso de los pacientes y un $19,46\% \pm 2,34$ en el grupo control.

Respecto al contenido de colesterol en pacientes y en el grupo control, fue $330,84\text{mg} \pm 77,04$ y $338,84\text{mg} \pm 65,45$ respectivamente. La fibra tiene una media de $24,87\text{g} \pm 5,02$ en pacientes y $26,04\text{g} \pm 3,92$ en el grupo control.

Perfil calórico y de macronutrientes de la dieta seleccionada por pacientes según el tipo de diagnóstico:

Según el tipo de diagnóstico, se observaron diferencias en la distribución del aporte calórico siendo éste para los hidratos de carbono de $46,31\% \pm 7,12$ para AN, $45,97\% \pm 5,87$ para BN y $45,95\% \pm 3,25$ para TCANE, $16,74\% \pm 1,58$ para AN, $16,25\% \pm 2,13$ para BN, $16,61\% \pm 1,20$ para TCANE, en el caso de las proteínas, y $36,94\% \pm 3,20$ para AN, $37,76\% \pm 5,81$ para BN, $37,25\% \pm 3,89$ para TCANE, en el caso de los lípidos.

Respecto al colesterol, la dieta elegida por los pacientes diagnosticados con AN contenía $337,24 \pm 75,65$ mg, la de los pacientes con BN contenía $333,26 \pm 101,12$ mg y la de los pacientes con diagnóstico de TCANE $318,57 \pm 52,68$ mg. No se encontraron diferencias significativas en el perfil lipídico según diagnóstico.

En cuanto al contenido de fibra del menú seleccionado por los pacientes, se observa que los pacientes con AN eligieron una dieta con $27,05 \pm 3,88$ g, frente a $21,74 \pm 5,94$ g en BN y $24,27 \pm 4,17$ g en los pacientes con TCANE.

Contenido en micronutrientes:

En cuanto al contenido de vitaminas hidrosolubles, en cuanto al grupo B podemos observar que la dieta elegida por los pacientes contenía $1,40 \pm 0,32$ mg de vitamina B₁ frente a $1,33 \pm 0,22$ mg en el grupo de control. En el caso de la vitamina B₂, el contenido en la dieta de los pacientes fue de $1,79 \pm 0,44$ mg y de $1,64 \pm 0,32$ mg en el grupo de control. La dieta de los pacientes contenía también $4,90 \pm 4,30$ mg de vitamina B₁₂ frente a $4,84 \pm 4,40$ mg del grupo de

control. Respecto a la vitamina C, la dieta de los los pacientes contenía $194,5 \pm 51,38$ mg y la del grupo de control $178,2 \pm 39,30$ mg.

En cuanto a las vitaminas liposolubles, puede observarse que los pacientes eligieron una dieta con $1501,32 \pm 1086,31$ µg de vitamina A y el grupo de control con $1430,24 \pm 1158,74$ µg. En el caso de la vitamina D, la dieta elegida por los pacientes contenía $1,97 \pm 1,12$ g y la del grupo de control $1,50 \pm 0,80$ g. El contenido de vitamina K en la dieta de los pacientes fue de $265,04 \pm 111,8$ µg y en el grupo de control de $285,61 \pm 83,32$ µg. Respecto a la biotina, la dieta de los pacientes contenía $34,65 \pm 9,11$ µg frente a $33,57 \pm 7,57$ µg en el grupo de control.

Considerando los minerales, el contenido de calcio en la dieta elegida por los pacientes fue $773,82 \pm 159,07$ mg y en la del grupo de control $790,11 \pm 132,49$ mg. Los pacientes eligieron una dieta con $14,81 \pm 3,45$ mg de hierro y el grupo de control con $14,51 \pm 2,23$ mg. Respecto al yodo, la dieta de los pacientes contenía $99,29 \pm 29,41$ µg y la del grupo control $96,30 \pm 17,72$ µg. El contenido de magnesio fue de $292,80 \pm 52,97$ mg y de $305,38 \pm 37,79$ mg en pacientes y grupo de control respectivamente. En cuanto al selenio, se recogió un aporte menor en los pacientes ($107,10 \pm 24,08$ µg) que en el grupo de control ($111,09 \pm 16,55$ µg).

Tanto la dieta seleccionada por los pacientes como por el grupo de control fueron deficitarias en vitamina B₉, vitamina D, calcio, zinc, yodo y magnesio. El resto de nutrientes se encontraron de forma excesiva.

Adecuación de frecuencia de consumo:

Tras comparar el grupo de control con los pacientes en tratamiento se observa que ambos grupos eligen una dieta alta en proteínas, por el excesivo consumo de carnes y pescados, y a su vez por la deficiente presencia de hidratos de carbono (Tablas 1 y 2).

Tabla 1. Frecuencia de consumo (%) de los grupos de alimentos y clasificación según la SENC (2004) en pacientes con TCA

Grupos de alimentos	% Deficiente	% Adecuado	% Excesivo
Cereales, pan, pasta...	32,9	24,7	42,5
Frutas	68,5	28,8	2,7
Verduras y hortalizas	48,3	58,9	1,4
Legumbres	41,1	58,9	0,0
Lácteos	84,9	15,1	0,0
Carne	13,7	8,2	78,1
Pescado	42,5	12,3	45,2
Huevos	42,5	32,9	24,7

Tabla 2. Frecuencia de consumo (%) de los grupos de alimentos y clasificación según la SENC (2004) en el grupo control

Grupos de alimentos	% Deficiente	% Adecuado	% Excesivo
Cereales, pan, pasta...	45,7	47,8	6,5
Frutas	34,8	63	2,2
Verduras y hortalizas	67,4	30,4	2,2
Legumbres	23,9	73,9	2,2
Lácteos	60,9	37	2,1
Carne	13	2,2	84,8
Pescado	26,7	11,1	62,2
Huevos	47,8	45,7	6,5

En cuanto a subgrupo de diagnósticos se observa que los pacientes diagnosticados con BN eligen una dieta con mayor presencia de pan, cereales, pasta y arroz que los diagnosticados con AN o TCANE. Por otro lado hay que señalar el elevado déficit de lácteos en AN (93,9%), y TCANE (85,7%), así como el déficit en hidratos de carbono en AN (58,3%) o el de frutas en TCANE (85,7%) (Tabla 3).

Tabla 3. Frecuencia de consumo (%) de los grupos de alimentos y clasificación según la SENC (2004) en los diferentes subgrupos de pacientes con TCA

Grupos de alimentos	% Deficiente			% Adecuado			% Excesivo		
	AN	BN	TCANE	AN	BN	TCANE	AN	BN	TCANE
Cereales, pan, pasta...	58,3	4,2	37,5	9,1	42,1	33,3	48,5	52,6	23,8
Frutas	69,7	47,4	85,7	27,3	47,4	14,3	3,0	5,3	0,0
Verduras y hortalizas	45,5	42,1	28,6	54,5	52,6	71,4	0,0	5,3	0,0
Legumbres	51,5	10,5	52,4	48,5	89,5	47,6	0,0	0,0	0,0
Lácteos	93,9	68,4	85,7	6,1	31,6	14,3	0,0	0,0	0,0
Carne	12,1	21,1	9,5	0,0	12,1	9,5	87,9	57,9	81,0
Pescado	51,5	42,1	28,6	9,1	21,1	9,5	39,4	36,8	61,9
Huevos	39,4	42,1	47,6	36,4	31,6	28,1	24,2	26,3	23,8

AN: anorexia nerviosa; BN: bulimia nerviosa; TCANE: trastorno de la conducta alimentaria no especificado

DISCUSIÓN

Con los resultados obtenidos podemos comprobar que la dieta seleccionada por ambos grupos, pacientes y grupo control, no es la adecuada ya que según la OMS la distribución del aporte calórico debería ser de 55-60% procedente de los hidratos de carbono, un 30-35% procedente de los lípidos y un 12% procedente de las proteínas. Sin embargo, tanto la dieta seleccionada por los pacientes como por el grupo de control no sigue dicha distribución,

siendo excesiva en proteínas y grasas y deficitaria en el aporte de hidratos de carbono.

El perfil lipídico tampoco se adecua a la distribución según la OMS, siendo elevada la presencia de grasas monoinsaturadas, tanto en los pacientes como en el grupo de control, superando así la recomendación del 13%. En cuanto a las grasas saturadas, también superan ambos grupos la recomendación del 7%, con lo que podemos comprobar que los participantes eligieron una dieta rica en grasas. Respecto al contenido de colesterol, fue excesivo en ambos grupos.

En cuanto a la frecuencia de consumo de alimentos de los pacientes con TCA, cabe destacar algunos porcentajes llamativos como por ejemplo el elevado déficit en el consumo de frutas (68,5%) y lácteos (84,9%) o también el bajo consumo de pescados (42,5%), huevos (42,5%) y verduras y hortalizas (48,3%). También hay un alto porcentaje en el consumo de carnes (78,1%) dando lugar a dietas hiperproteicas y altas en grasas saturadas.

Tras observar los porcentajes obtenidos por el grupo control cabe destacar el elevado déficit de lácteos (60,9%), el bajo consumo de verduras y hortalizas (51,7%), huevos (47,8%) o frutas (34,8%), no llegando así a las raciones recomendadas según la SENC (2004; 20). En este grupo también hay que señalar el alto consumo de carnes (82,6%) o de pescados (62,2%).

A la vista de estos resultados, puede comprobarse que la alimentación del grupo de control no es la más adecuada y que la de los pacientes diagnosticados de TCA, en tratamiento, tiende a asemejarse a la del resto de la población.

Podría decirse que los pacientes tras recibir varias semanas tratamiento nutricional han mejorado sus hábitos nutricionales, dejando atrás los patrones alimentarios de la enfermedad, llegando a tener una alimentación algo más equilibrada. Respecto a los pacientes con BN se puede observar como el aporte de hidratos de carbono no es excesivo y que los pacientes con AN no tienen una dieta hipocalórica ni baja en grasas.

El presente trabajo cuenta con algunas limitaciones. Así, la población estudiada pertenecía a un mismo centro de tratamiento, no teniendo la posibilidad de comparar estos resultados con los resultados de otros centros para poder obtener conclusiones más representativas. Por otro lado, dado el tamaño de la muestra, no se tuvieron en cuenta subgrupos en cuanto al tiempo de tratamiento y/o evolución de la enfermedad.

No obstante, este es un estudio preliminar de un proyecto de estudio longitudinal en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria a fin de evaluar el proceso de cambio de hábitos alimentarios durante el tratamiento, así como las posibles diferencias en función del tipo de diagnóstico, edad, género y tiempo de evolución de la enfermedad.

CONCLUSIONES

- La dieta seleccionada por pacientes diagnosticados con TCA se asemeja a la del grupo de control.
- La dieta escogida por pacientes y grupo de control no siguen la distribución del aporte calórico establecida por la OMS. Siendo pues, hiperproteica, hiperlipídica y baja en hidratos de carbono.

- Los pacientes diagnosticados con BN tienen mayor consumo de cereales, pan, pasta que los diagnosticados con AN o TCANE, pero sin llegar a una dieta alta en hidratos de carbono.
- La educación nutricional en el tratamiento de los TCA mejora los hábitos nutricionales llegando a una alimentación más saludable.
- Una cuestión importante a tratar sería la educación nutricional a la población en general con el fin de evitar errores en la alimentación.
- Tras el estudio realizado cabe destacar que los pacientes no están preparados para diseñar su dieta ya que los resultados muestran como imitan conductas alimentarias a las del resto de la sociedad.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Instituto de Ciencias de la Conducta que haya sido posible la realización de este estudio, en especial, al Dr. Ignacio Jáuregui Lobera e Inmaculada Ruiz Prieto, por su ayuda y constancia.

REFERENCIAS

1. López-Ibor Aliño J, Valdés Miyar M. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson.
2. Peláez Fernández M.A, Labrador Encinas F. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *Inter Journ of Psyc and Psyc Therpy* 2005; 5(2):135-148.
3. Pathogenesis of Anorexia Nervosa. *J Psychiatri* 2001; 11(3):7-12
4. Loria Kohen V, Gómez Candela C, Lourenço Nogueira T. Evaluation of the utility of a Nutrition Education Program with Eating Disorders. *Nutr Hospi* 2009;24(5):558-67.

5. Yon L, Doyen C, Asch M, Treatment of anorexia nervosa in young patients in a special care unit at Robert-Debré Hospital (Paris): guidelines and practical methods. *Arch Pediatr*. 2009;16(11):1491-8.
6. Jáuregui Lobera I, Bolaños Ríos P. Review of nutritional and dietary management of anorexia nervosa. *Rev Med Chile* 2012;140:98-107.
7. Czarnewicz-Kamińska A, Gronowska-Senger A. The assessment of nutritional knowledge of persons with eating disorders. *Rocz Panstw Zakl Hig* 2007; 58(1):191-6.
8. Gladyshev OA, Isakov VA, Shakhovskaia AK. Dietotherapy of patients with anorexia nervosa and eating disorders in inpatient clinic. *Vopr Pitan* 2011;80(1):39-45.
9. Jáuregui Lobera I, Bolaños Ríos P. Choice of diet in patients with anorexia nervosa *Nutr Hosp* 2009 Nov-Dec;24(6):682-7.
10. Gonzalez A, Kohn MR, Clarke SD. Eating disorders in adolescents. *Aust Fam Physician* 2007;36(8):614-9.
11. Powers B, Santana CA. Childhood and adolescent anorexia nervosa. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2002;11(2):219-35.
12. Misra M, Tsai P, Anderson EJ. Nutrient intake in community-dwelling adolescent girls with anorexia nervosa and in healthy adolescents. *Am J Clin Nutr* 2006;84(4):698-706.
13. Gwirtsman HE, Kaye WH, Curtis SR, Lyter LM. Energy intake and dietary macronutrient content in women with anorexia nervosa and volunteers. *J Am Diet Assoc* 1989;89(1):54-7.
14. Ruiz Prieto I. Elección dietética de familiares de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Trastns de la Condcct Aliment* 2011;13:1384-1415.

15. Hadigan CM, Anderson EJ, Miller KK. Assessment of macronutrient and micronutrient intake in women with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2000;28(3):284-92.
16. van der Ster Wallin G, Norring C, Lennernäs MA, Holmgren S. Food selection in anorectics and bulimics: food items, nutrient content and nutrient density. *J Am Coll Nutr* 1995;14(3):271-7.
17. Schebendach JE, Mayer LE, Devlin MJ, Attia E. Food choice and diet variety in weight-restored patients with anorexia nervosa. *J Am Diet Assoc* 2011;111(5):732-6.
18. Schebendach J, Mayer LE, Devlin MJ, Attia E, Walsh BT. Dietary energy density and diet variety as risk factors for relapse in anorexia nervosa: A replication. *Int J Eat Disord* 2012;45(1):79-84.
19. Dellava JE, Hamer RM, Kanodia A, Reyes-Rodríguez ML. Diet and physical activity in women recovered from anorexia nervosa: a pilot study. *Int J Eat Disord* 2011;44(4):376-82.
20. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC): Guía de la alimentación saludable. Madrid: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria, 2004.
21. Ortega RM, López AM, Molinero LM. Programa para evaluación de dietas y gestión de datos de alimentación: Dial 1.0