

**ESTABLECIMIENTO DE UNA DIETA ADECUADA EN
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.
METODOLOGÍA.**

**THE ADEQUATE ESTABLISHMENT OF A DIET IN
EATING DISORDERS. METHODOLOGY.**

Victoria Díaz Camacho¹

**¹Curso de especialización Evaluación y Tratamiento Dietético-Nutricional
en los Trastornos de la Conducta Alimentaria, Universidad Pablo de
Olavide (Sevilla)**

Correspondencia: Victoria Díaz Camacho, victoriadiazcamacho@hotmail.com

Universidad Pablo de Olavide

Carretera Utrera Km 1, CP: 41013, Sevilla

RESUMEN

Un trastorno de la alimentación (TCA) es una enfermedad psiquiátrica que causa graves perturbaciones en su dieta diaria, tales como comer cantidades muy pequeñas o comer en exceso.

Dada la complejidad de los TCA y los numerosos factores etiopatogénicos involucrados, su tratamiento requiere un abordaje interdisciplinar. 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.

Palabras clave: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, dieta, tratamiento nutricional.

ABSTRACT

A disorder of the supply (TCA) is a psychiatric disease that causes serious disturbances in his daily diet, such as eating very small quantities or to eat in excess.

Given the complexity of the TCA and the numerous pathogenetic factors involved, his treatment needs a boarding to interdiscipline. In the interdisciplinary context of the treatment, the dietetic-nutritional slope performs essential importance, so much for the normalization ponderal as for the learning or relearning of suitable habits of supply.

Key words: Anorexia nervous, bulimia nervous, diet, nutritional treatment.

INTRODUCCIÓN

Un trastorno de la alimentación (TCA) es una enfermedad psiquiátrica que causa graves perturbaciones en su dieta diaria, tales como comer cantidades muy pequeñas o comer en exceso. Una persona que tiene un TCA puede haber comenzado por comer pequeñas o grandes cantidades de comida, pero en algún momento el impulso de comer más o menos se disparó fuera de control. La Angustia severa o preocupación por la forma o el peso del cuerpo también se pueden caracterizar como un TCA.

Los trastornos de la alimentación generalmente aparecen durante la adolescencia o adultez temprana, pero también se pueden dar durante la niñez o la adultez avanzada. Los TCA más comunes son la anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (TA) (1).

Un gran número de personas con trastornos de la alimentación no cumplen con los estrictos criterios establecidos en la Asociación Americana de Psiquiatría Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición; Text Revision (DSM-IV-TR) para la AN o BN y son etiquetados como “síndromes parciales” o “trastorno alimentario no especificado” (2).

Desde principios de los años noventa se ha detectado un incremento de estas enfermedades, no tan importante como podría parecer por la amplia difusión que han tenido en los medios de comunicación. Según diversos estudios, la prevalencia de TCA es de alrededor del 1-4% en adolescentes y mujeres jóvenes, correspondiendo el 0,5-1% a la AN y un 1-3% a la BN para las mujeres, y para los varones los porcentajes son entre un 5-10% del de las

mujeres. Además, se ha demostrado empíricamente un importante crecimiento de las formas atípicas de los TCA, un incremento de las formas purgativas de AN y BN y un crecimiento de la prevalencia de TCA en varones (3,4).

En su búsqueda obsesiva de la delgadez, las pacientes anoréxicas desarrollan una actitud de rechazo hacia los alimentos. Cualquier ganancia de peso les genera una gran ansiedad, por lo que disminuyen gradualmente la ingesta hasta llegar al ayuno completo en muchos casos (Casper, 1986). Hasta el momento hay pocos estudios relacionados con el comportamiento alimentario de las pacientes con AN. Sin embargo, se han realizado algunos trabajos estudiando los patrones exhibidos en una sola comida, o utilizando encuestas realizadas a la paciente, u observaciones directas, en laboratorio, de dicho comportamiento alimentario (ej: Russel, 1967, Drenowski y col. 1988, Sunday y Halmi, 1990) (4).

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 (5).

El TA o Sobreingesta Compulsiva se caracteriza por la presencia del atracón como manifestación principal, pero a diferencia de la bulimia no hay conductas compensatorias.

Numerosos estudios transversales han observado que los atracones de comida son más comunes entre los adolescentes y los adultos con sobrepeso que

han intentado múltiples dietas sin éxito, estando con frecuencia el uso de la comida vinculado a conflictos emocionales. Es fundamental diferenciar este trastorno de la obesidad o el sobrepeso, ya que su tratamiento deberá ser muy distinto (6,7).

En relación con la AN, en distintos estudios (5) se ha observado que estos pacientes 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. Además, estos pacientes consumen una ingesta de energía por debajo de lo recomendado siendo su dieta (5) hipocalórica y deficitaria en distintos nutrientes como vitamina D, calcio, folato, vitamina B₁₂, zinc, magnesio y cobre.

En otro estudio (4) se vio que las enfermas presentan una ingesta con menor cantidad de calorías procedentes de grasa, más procedentes de carbohidratos y porcentajes similares de las proteínas (Fernstrom y col., 1994).

Entre los alimentos grasos existe rechazo hacia la mantequilla, salsas, ensaladas aliñadas y leche entera (Garner y Garfinkel, 1979; Crisp, 1981; Casper, 1986), mientras que se presume de forma generalizada que el consumo de verduras, ensaladas y frutas es más frecuente de lo habitual en anoréxicas.

Por otra parte, también existe una mayor aversión hacia dulces, chocolate, pastel de manzana, zumo de frutas azucarado y otras bebidas dulces, junto con cierto rechazo hacia alimentos ricos en almidón como el arroz y las patatas y hacia la carne, el pescado y las legumbres. La exclusión de la carne y los productos lácteos de sus menús supone la eliminación de las principales fuentes de hierro y calcio con las que cuenta la dieta.

En relación con BN, en diferentes estudios (8,9) realizados en distintos países han 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.

En otro estudio (5) se observó 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%) (6).

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 y hospitalización domiciliaria).

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.

La familia puede colaborar en la normalización del peso, disminución de restricción dietética y desaparición de vómitos o conductas compensatorias (10). No obstante, se debe informar a la familia en cuanto a la enfermedad así como de los hábitos alimentarios saludables, formando una alianza terapéutica entre profesionales, familiares y grupos de amigos o pareja que ejerza una

adecuada “presión social” sobre los pacientes que los ayude a recuperar la conciencia alimentaria y eliminar las fobias y síntomas psicopatológicas. De lo contrario, la familia reflejará su pesimismo y los malos hábitos alimentarios en los pacientes y colaborará en la menor fidelidad al tratamiento a lo largo del tiempo, resultando en un efecto contraproducente para la recuperación de la enfermedad.

Tras la normalización ponderal de los pacientes con TCA (5), la intervención dietético-nutricional debe proseguir de cara a mantener el peso normal y para profundizar en la obtención de hábitos alimentarios saludables que prevengan las posibles futuras recaídas.

El objetivo de este trabajo es conocer mejor cómo es el establecimiento de una dieta apropiada para los trastornos de la conducta alimentaria más conocidos como son la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón.

MÉTODO

2.1. Diseño:

a) Descriptivo transversal bibliográfico de los trabajos recuperados mediante revisión bibliográfica.

b) Recopilación y elaboración de un informe con los principales resultados encontrados en los trabajos obtenidos en la revisión bibliográfica.

2.2. Fuente de obtención de datos

Para la búsqueda de información se recurrió a libros online, tesis doctorales, revistas científicas como por ejemplo ‘‘*International Journal of Eating Disorders*’’ y ‘‘*Nutrición Hospitalaria*’’, entre otras, y bases de datos electrónicas como Medline y Scielo.

En estas fuentes utilicé las palabras claves: <<*tratamiento nutricional para TCA*>> y <<*dieta para TCA*>>, tanto en español como en inglés.

Además de buscar en estas revistas y bases de datos, también se recurrió a la página de la consulta del Dr. Jáuregui, en la que aparecen una serie de artículos y libros que podrían contener información interesante para este tema.

Se encontraron entre 35 y 40 artículos interesantes relacionados con el tratamiento de estos trastornos, de los que se excluyeron los artículos que no contenían la información requerida, como por ejemplo aquellos en los que se trataba el tratamiento psicológico o farmacológico, y también aquellos que no estaban gratis en las bases de datos.

Se estudiaron los artículos publicados en cualquier país, por cualquier investigador individual o institución, en cualquier idioma, la mayoría en inglés y castellano y durante los últimos 15 años.

RESULTADOS

La evaluación de la ingesta no incluye sólo el contenido nutricional sino que se deben valorar los hábitos alimentarios, el estilo de vida y el comportamiento alimentario (11):

- Información clínica.
- Información psicosocial.
- Hábitos alimentarios.
- Comportamiento alimentario.

Información clínica

El diagnóstico y la exploración física serán efectuados por el médico.

El lugar de derivación y la motivación del paciente tendrán influencia en el éxito o el fracaso del tratamiento. El paciente que acude voluntariamente y, además, está motivado tiene más probabilidades de éxito que el que acude por insistencia familiar o a través de otro profesional o por necesidad, pero exento de motivación.

También hay que valorar el hábito deposicional, el hábito miccional y la ingesta hídrica, así como evaluar el uso de productos para los actos defecatorios y miccionales (fibra, laxantes, diuréticos).

Información psicosocial

Esta información puede ayudar a evaluar el consumo energético en función del tipo y las horas de trabajo, el ejercicio físico, y la ocupación en el tiempo libre.

Hábitos alimentarios

La pauta alimentaria recomendada se basará en los hábitos del paciente. El plan de alimentación mejor calculado no tiene sentido si no se realiza teniendo en cuenta al paciente que lo recibirá, de manera que la evaluación de la ingesta y de los hábitos sirve para conocer mejor a éste y poder aplicar un tratamiento efectivo y personalizado.

Debido a la gran variedad de productos que ofrece el mercado alimentario en cualquier método dietético, se debe destacar la descripción:

- Cocciones: fritos, vapor, brasa, plancha, microondas.
- Ingredientes de los platos elaborados: pasta boloñesa, paella, cocido, macedonia, estofados, sopas, pizzas, ensaladas.
- La adición de edulcorantes: azúcar, edulcorantes artificiales, miel, fructosa.
- Lácteos:

Leche: entera, semidesnatada, desnatada, enriquecida, condensada, en polvo, evaporada, modificada en calidad de grasas.

Yogures: enteros, desnatados, con sabores, leches fermentadas, con frutas, con cereales.

Quesos: tipo de queso (fresco, semi, graso).

Derivados lácteos: preguntar la marca comercial para conocer el valor nutritivo y el gramaje y, si son caseros, indicar los ingredientes.

- Carnes, pescados, huevos: cocción, parte de la pieza.
- Verduras: elaboración y cocción. El acompañamiento (patata, legumbre) y aderezos (aceite, mayonesa, salsa de tomate).
- Frutas: natural, en almíbar, en jugo, desecada, seca.

Preferencias y aversiones alimentarias/alergias o intolerancias alimentarias

El objetivo nutricional implica potenciar una alimentación sana y equilibrada que incluya todos los grupos de alimentos, pero a veces no se tiene en cuenta que probablemente haya alimentos o grupos de alimentos que no sean del agrado del paciente o que sean intolerados.

Así pues, antes de elaborar un plan terapéutico se debe conocer los alimentos o grupos de alimentos que no son consumidos y las razones (desagrado, intolerancia, excluidos por la propia patología).

Los diarios de alimentos, (12) supervisados por un nutricionista, son una parte esencial del tratamiento. Se emplean para dos propósitos: para evaluar la adecuación nutricional (proteínas, calcio, hierro y grasa) y para registrar toda la comida consumida (incluyendo el estado de ánimo y sensaciones físicas antes y después de comer). Para la anoréxica, un registro exacto del consumo de alimentos permite a los profesionales que tratan de sugerir cambios que se

traducen en un aumento de peso lento y estable y la mejora de la tolerancia a los alimentos. Para los bulímicos, los diarios de alimentos pueden ser una parte importante de la terapia cognitivo-conductual.

En anorexia se recomienda que las necesidades calóricas al inicio siempre estén por debajo de las habituales, que para su estimación se emplee el peso real y no el ideal y que ante malnutrición grave los requerimientos energéticos sean de 25 a 30 kcal/kg de peso real o kcal totales no superiores a 1000/día (13).

Los profesionales de la salud deben tener cuidado en el proceso de recuperación del peso saludable en los niños y en los adolescentes con AN, suministrándoles los nutrientes y la energía necesaria mediante una dieta adecuada a fin de promover su crecimiento y desarrollo normal.

En la anorexia nerviosa y a nivel hospitalario, en caso de desnutrición severa (pérdida del 25-30% del peso) o rechazo a la alimentación normal, se instaurará sonda nasogástrica con dietas de 1000 a 1500 calorías (14). El objetivo es ganar 200-400g al día. En 10-12 días deben ingerir una dieta ya preparada por boca de 3000-4000 calorías bajo estrecha vigilancia para evitar los vómitos autoinducidos.

Realizarán reposo postprandial de una hora, si es necesario bajo contención mecánica. Se procederá a reposición electrolítica y vitamínica según la valoración orgánica-funcional previa.

Se limitará la hiperactividad, si es preciso con altas dosis de benzodiazepinas o bajas dosis de neurolépticos. Las ganancias ponderales se premiarán con visitas de familiares, lectura de revistas, horas de televisión,

participación en actividades comunes o salidas según un contrato previo con la paciente.

Hay que limitar los alimentos dietéticos y enfocar una alimentación saludable. El control de peso debe efectuarse por médico o nutricionista (15).

En estos pacientes se ha demostrado que un aumento de peso de 1 kg se asocia con una ingesta media de 8301 kcal, con los valores más altos para los pacientes con mayores grados de actividad física (16).

En caso de obesidad creciente en la bulimia a nivel hospitalario se impondrá una dieta de 1000-1700 calorías. Debe evitarse que participen en la preparación de comidas, que hablen con otras pacientes del peso y que conozcan el suyo propio (14).

Aquellas personas con BN que vomitan frecuentemente y abusan de laxantes pueden tener alteraciones en el equilibrio electrolítico.

Cuando se detecta un desequilibrio electrolítico, en la mayoría de los casos es suficiente eliminar la conducta que lo produjo. En un pequeño número de casos es necesaria la administración oral de aquellos electrolitos cuyo nivel plasmático sea insuficiente a fin de restaurarlo, excepto en aquellos casos en los cuales existan problemas de absorción intestinal (13).

En ambas patologías a nivel ambulatorio y hospitalario se realizarán las comidas programadas con una dieta equilibrada (evitando que se salten alguna toma), deben vigilarse los atracones y los vómitos. Si es necesario, se registrarán los armarios por si han escondido comida, laxantes, diuréticos, etc (14).

A veces, ante la resistencia del paciente con malnutrición moderada a reiniciar una alimentación normal se puede reducir la dieta en 500-700 kcal y añadir en igual cantidad nutrición enteral oral complementaria que debe ser administrada después de las comidas y no en lugar de las comidas.

En caso de malnutrición grave, extrema inanición, mala evolución o nula colaboración a la ingesta por parte del paciente, estará indicado el tratamiento con nutrición artificial. Antes, si es posible, se inicia siempre dieta oral unida o no a nutrición enteral oral y se espera entre 3 y 6 días para evaluar el grado de colaboración y la evolución médico-nutricional (13).

Por otro lado, en condiciones de bajo peso, debe establecerse el rango de normalidad de la ingesta proteica, con relación a las IR, en g/kg de peso ideal (Schebendach y Nussbaum, 1992).

Según Fernstrom y col. (1994), dicha ingesta proteica sólo está ligeramente disminuida y permite una compensación fisiológica adecuada. Este autor propone la existencia de una causa fisiológica que aumenta el consumo proteico, como así lo sugieren estudios realizados con animales (Ashley, 1985). A este respecto, es importante tener en cuenta que de los 10 a los 16 años la proteína puede ser el nutriente limitante para el crecimiento (Hernández, 1993).

No obstante Forbes y col. (1984) determinan que es indiferente utilizar en la realimentación de las pacientes con AN una dieta rica en proteína (20% de la ingesta energética) o baja (10% de la ingesta energética), pues ambas modifican de la misma forma la composición corporal.

Debido a la baja ingesta de grasa en AN durante la etapa más grave de la enfermedad (sólo 10g de grasa) hace que aumente el riesgo de deficiencia de

ácidos grasos esenciales. Por esta razón se recomienda una ingesta diaria relativamente alta de ácidos grasos esenciales para estas pacientes, de un 5% a un 7% de las calorías totales en forma de linoleico.

Se han referido ingestas de calcio de alrededor de 300 mg/día en AN (Rock y Yager, 1987; Thibault y Roberge, 1987) siendo las RDA americanas de 1200 mg entre los 11 y los 24 años y de 1000 mg las IR españolas entre los 10 y los 19 años. Aunque se han encontrado valores que alcanzan los 687 mg/día, aún se encuentran muy por debajo de las necesidades para la edad de las pacientes (Moreiras-Varela y col., 1990).

Las deficiencias nutricionales detectadas en la dieta de pacientes con AN afectan al hierro, magnesio y zinc (Núñez y col., 1995).

Algunos autores han señalado que la concentración de este mineral en plasma se encuentra disminuida y por tanto se recomiendan suplementos de zinc en la dieta de estas pacientes (Safai-Kutti y Kutti, 1984,1986; McClain y col., 1992). Sin embargo existen resultados dispares al respecto (4).

Todos los pacientes con AN deben recibir multivitaminas con hierro y calcio. Los suplementos de zinc a 50 mg/día (14 mg de zinc elemental) son bien tolerados y pueden facilitar el aumento de peso y mejorar los síntomas afectivos (12).

Las vitaminas cuyas tasas plasmáticas parecen ser deficientes en mayor proporción en estas pacientes con tiamina, riboflavina y vitamina B₆ (Rock y col., 1987; Philipp y col., 1988; Núñez y col., 1995). Rock y Vasantharajan (1995) han encontrado déficits de vitamina B₆ y riboflavina en un tercio de un grupo de pacientes con AN o BN recién admitidos a un programa de

tratamiento, presentando una asociación entre un bajo porcentaje del peso correcto y un estado deficitario en riboflavina.

Con todo, en general se puede señalar, de acuerdo con Rock y Curran-Celentano (1994) que si la realimentación se lleva a cabo con un incremento de la energía dietaria a partir de alimentos de uso habitual y en variedad suficiente, es muy probable que se aporten las cantidades de vitaminas y minerales necesarias para corregir las deficiencias sin necesidad de administrar ningún tipo de suplementación. De hecho se ha indicado que dosis altas de suplementos pueden ser perjudiciales, tanto por el efecto que puede causar, un exceso de un determinado micronutriente como por interacciones adversas con otros elementos (como ocurre entre zinc y cobre) (Sufai-Kutti y Kutti, 1986; Kreipe y Higgins, 1995). A pesar de ello, se ha recomendado utilizar dosis bajas de suplementos vitamínicos, con minerales al nivel de las RDA, para los enfermos crónicos (Rock y Curran-Celentano, 1994).

La llamada “fase experimental” se basa en preparar las estrategias para modificar su comportamiento frente a la comida y el peso. El plan nutricional diseñado para cada paciente debe especificar la ingesta calórica diaria, la tasa de ganancia ponderal, un rango establecido de peso al alta, limitación en la elección de alimentos si es necesario, e indicaciones sobre si el paciente debe ser vigilado durante las comidas o después y también en relación con el ejercicio que realiza (Tolstmp, 1975; Krause y Mahani, 1992; American Dietetic Association Reports, 1994). Se recomiendan comidas frecuentes y pequeñas con densidades relativamente altas de nutrientes, ricas en carbohidratos y desde primera hora del día (Kreipe y Higgins, 1995). Comenzar con un buen desayuno facilita enormemente que el aporte calórico diario sea el

adecuado. De otra forma, las pacientes tienden a posponer la ingestión de alimentos hasta el último momento y se sienten incapaces de completar la alimentación prescrita sin sufrir un atracón (Kreipe y Higgins, 1995). Para alcanzar la elevada ingesta calórica requerida se recurre a la adición de cantidades variables de nata en los postres y a aperitivos como las patatas fritas o suplementos nutricionales con alta densidad energética (Ddyle, 1995). Para algunos pacientes Con todo, en general se puede señalar, de acuerdo con Rock y Curran-Celentano (1994) que si la realimentación se lleva a cabo con un incremento de la energía dietaria a partir de alimentos de uso habitual y en variedad suficiente, es muy probable que se aporten las cantidades de vitaminas y minerales necesarias para corregir las deficiencias sin necesidad de administrar ningún tipo de suplementación. De hecho se ha indicado que dosis altas de suplementos pueden ser perjudiciales, tanto por el efecto que puede causar, un exceso de un determinado micronutriente como por interacciones adversas con otros elementos (como ocurre entre zinc y cobre) (Sufai-Kutti y Kutti, 1986; Kreipe y Higgins, 1995). A pesar de ello, se ha recomendado utilizar dosis bajas de suplementos vitamínicos, con minerales al nivel de las RDA, para los enfermos crónicos (Rock y Curran-Celentano, 1994).

La llamada “fase experimental” se basa en preparar las estrategias para modificar su comportamiento frente a la comida y el peso. El plan nutricional diseñado para cada paciente debe especificar la ingesta calórica diaria, la tasa de ganancia ponderal, un rango establecido de peso al alta, limitación en la elección de alimentos si es necesario, e indicaciones sobre si el paciente debe ser vigilado durante las comidas o después y también en relación con el ejercicio que realiza (Tolstmp, 1975; Krause y Mahani, 1992; American

Dietetic Association Reports, 1994). Se recomiendan comidas frecuentes y pequeñas con densidades relativamente altas de nutrientes, ricas en carbohidratos y desde primera hora del día (Kreipe y Higgins, 1995). Comenzar con un buen desayuno facilita enormemente que el aporte calórico diario sea el adecuado. De otra forma, las pacientes tienden a posponer la ingestión de alimentos hasta el último momento y se sienten incapaces de completar la alimentación prescrita sin sufrir un atracón (Kreipe y Higgins, 1995). Para alcanzar la elevada ingesta calórica requerida se recurre a la adición de cantidades variables de nata en los postres y a aperitivos como las patatas fritas o suplementos nutricionales con alta densidad energética (Ddyle, 1995). Para algunos pacientes los suplementos líquidos son muy útiles pues ocupan un volumen pequeño y tienen un tránsito más rápido que las comidas sólidas (Kreipe y Higgins, 1995) (4).

En otro estudio (17), para superar el miedo a los alimentos se hizo una medición objetiva de la ingesta en un entorno observado. En la mañana de la comida de prueba, los participantes recibieron un desayuno estandarizado (yogur, fruta y jugo; ~ 300 Kcal) a las 8 de la mañana y no tenían que comer ni beber nada entre el desayuno y la comida de prueba al mediodía. Para la comida de prueba, se les proporcionó una bandeja que consiste en un sándwich grande (600 Kcal, con pavo, pavo y queso o pollo a la parrilla), un tazón grande de papas fritas (455 Kcal), y una pequeña botella de agua.

Según otro estudio (18), la prescripción diaria para los pacientes fue de 3 comidas y 1 snack que juntos tenía suficiente contenido calórico para que los pacientes obtuvieran ≥ 1 kg / semana. Si los pacientes no fueron capaces de ganar peso con los alimentos por sí sola, se prescribieron las calorías

adicionales en forma de un suplemento nutricional líquido. El ejercicio no estaba permitido en la unidad en cualquier momento durante el aumento de peso. Además del protocolo de comportamiento, los pacientes fueron vistos en la terapia individual, con elementos de apoyo y cognitivo-conductuales, 3-5 veces/semana, y también participó en el grupo y terapia familiar. La recuperación del peso continuó hasta que el paciente alcanzó el 90% del peso corporal ideal (PCI), según la definición de las tablas actuariales Metropolitan Life; este peso sería aproximadamente igual a un índice de masa corporal de 20.

Inicialmente, todos los pacientes recibieron una dieta de calorías prescrita con un 30% de energía de la grasa que fue seleccionado por el dietista del hospital (RD); todas las comidas y aperitivos se consumieron en un entorno supervisado. Los pacientes se iniciaron con una ingesta de 1800 Kcal/día, que se aumentó gradualmente hasta un máximo de 3000 Kcal/día. A \approx 80% del PCI, los pacientes continuaron recibiendo una dieta baja en calorías prescrita para ser comido bajo supervisión, pero también se les permitió elegir los alimentos en el menú del hospital. Después de alcanzar y mantener el 90% del PCI, a los pacientes se les anima a comer comidas fuera del hospital. Estas comidas fueron revisadas previamente por el dietista personal y aprobadas por el equipo de tratamiento, sin embargo, el cumplimiento de la dieta prescrita no se controló cuando se comían las comidas fuera del hospital.

Los alimentos consumidos en múltiples ocasiones se cuentan una sola vez independientemente de la cantidad. Un alimento específico se contó como un elemento distintivo si se preparó de una manera evidentemente diferente (por ejemplo, papa al horno, puré de patatas o papas fritas) o era de una variedad diferente (por ejemplo, arroz integral, arroz blanco o arroz salvaje). Cada

vegetal se contó como un elemento distintivo, sin embargo, se contabiliza una vez si se prepara de una manera libre de grasa (por ejemplo, hervidas, al vapor o en el microondas) y una segunda vez si se han preparado con la adición de grasa (por ejemplo, salteado o frito). Del mismo modo, un corte específico de carne o de aves de corral o de un determinado tipo de peces se contabiliza una vez si se prepara de una manera libre de grasa (por ejemplo, a la plancha, a la parrilla o al vapor) y una segunda vez si se preparan con la adición de grasa (por ejemplo salteado o frito). Las diferentes variedades de zumo eran distintas, como eran diferentes formas de la misma fruta (por ejemplo, melocotón fresco, melocotón en conserva, o melocotón seco). Diferentes sabores del mismo tipo de yogur (por ejemplo, de fresa bajo en grasa o arándano bajo en grasa) se cuentan una sola vez debido a que el departamento de servicio de alimentos del hospital determina el tipo de yogur de fruta suministrada. La combinación de alimentos (por ejemplo, la pizza) se cuenta como una unidad completa y no se descomponen a los ingredientes de los componentes (por ejemplo, masa de pizza, queso y salsa de tomate). Los líquidos no calóricos (por ejemplo, bebidas de dieta o agua), edulcorantes no nutritivos (por ejemplo, aspartamo o sacarina) y condimentos (por ejemplo, sal, pimienta, especias, hierbas, salsa de tomate y mostaza) no se incluyeron en la DVS (media de puntuación diaria de variedad de la dieta).

DISCUSIÓN

En otro estudio (19) se indicó que las tasas esperadas de la ganancia de peso controlada en anorexia era de 2 libras a 3 libras por semana para la mayoría de los pacientes hospitalizados y 0,5 libras a 1 libra por semana para la mayoría de los pacientes ambulatorios. Los niveles de ingesta por lo general comenzaban en 1000 a 1600 calorías por día y se avanzaban progresivamente. Durante la fase de aumento de peso, la ingesta podía llegar de 70 Kcal/Kg a 100 Kcal/Kg por día. Algunos autores abogaron por un programa que se inicia con 1800 calorías por día en alimentos sólidos.

Cuando el paciente estaba médicamente estable (generalmente de 2 a 7 días después de la admisión), la dieta se incrementó en 400 calorías por día cada 48 a 72 horas hasta que se alcanzó las 3800 calorías por día. Aproximadamente 3000 calorías se proporcionaron en forma de alimento sólido, y el resto siempre como un suplemento líquido.

Los pacientes se pesaron tres veces por semana, y el objetivo era ganar al menos 0,75 libras sobre su peso anterior.

En otro de los estudios encontrados, (20) la pauta de alimentación en AN era de un aporte calórico mayor a lo que la paciente ingería, en general entre 1000 y 1600 calorías. El objetivo era detener la bajada de peso e ir incrementando semanalmente las calorías de manera que se iniciara la recuperación nutricional.

La recuperación nutricional era de 1 kg/semana en hospitalizados y 0,5 kg en pacientes a nivel ambulatorio.

En BN, el objetivo era implantar horarios, con el objetivo de disminuir los atracones y vómitos, para mantener un estado nutricional adecuado. Además, también se trataba de normalizar la conducta alimentaria en cuanto a la cantidad y variedad de alimentos, el tiempo que tardaba en comer y la conducta social.

Según otro estudio (15), en el paciente con control ambulatorio se podía comenzar con 1500 calorías en mujeres y 1750 en hombres, pero en pacientes muy comprometidos se debía iniciar sólo con un 20% más de las calorías que ingería, previo al ingreso con la finalidad de disminuir el riesgo del síndrome de realimentación. Luego se podía aumentar 250 calorías por día, hasta alcanzar la meta calórica. En general se respetaron las comidas de los vegetarianos y no se permitieron los productos dietéticos.

Con respecto a los suplementos, si la comida no estaba acabada a los 30 minutos, se ofrecía un equivalente suplementario, que igualase el contenido calórico de la comida. Si no se tomaba el suplemento en 10 minutos, se podía instalar una sonda nasogástrica.

CONCLUSIÓN

Podría decirse que los pacientes tras recibir varias sesiones de tratamiento nutricional mejoraban 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.

A pesar de los estudios realizados, no parecen existir suficientes trabajos que establezcan claramente cuáles deberían ser las ingestas recomendadas de energía y nutrientes en este grupo de pacientes, teniendo en cuenta su deteriorada composición corporal, su estado metabólico y la necesidad de recuperar el peso perdido de forma duradera.

Además, sobre la dieta en TA no existen estudios suficientes que nos permita conocer mejor cómo es la dieta en estos pacientes, sólo se dice que tiene que ser una dieta hipocalórica al igual que en pacientes con obesidad pero hay que tratar primero los aspectos psicológicos para disminuir la ansiedad al restringir los distintos grupos de alimentos.

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de la Salud Mental. (2011). Trastornos de la Alimentación. NIH Num. SP 11-4901.
2. David S. Rosen, M. M. (2010). Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. *PEDIATRICS* Vol. 126 N ° 6 , 1240 -1253 .
3. M.I. Gil Canalda, J. C. (2003). Atención primaria y trastornos de la alimentación (I). *Aten Primaria* 2003;31(3):178-80 .
4. Rebato, T. D. (1999). Evolución del estado nutritivo en pacientes con anorexia nerviosa. Aspectos dietéticos, antropométricos y bioquímicos. Universidad Complutense de Madrid.
5. Cruz, B. A. (2012). Tratamiento dietético-nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: proceso de progresiva autonomía en el diseño de una dieta adecuada. *Trastornos de la Conducta Alimentaria* 15 , 1691-1708 .
6. ita. Institut de trastorns alimentaris [Internet]. Cataluña.
7. Campo, et al. (October 2003). Relation Between Dieting and Weight Change Among Preadolescents and Adolescents. *PEDIATRICS* , Vol. 112 No. 4 pp. 900-906.
8. Bolaños-Ríos, I. J.-L. (2012). Revisión del tratamiento dietético-nutricional de la anorexia nerviosa. *Rev Med Chile* , 140:98-107.

9. Madhusmita Misra, P. T. (2006). Nutrient intake in community-dwelling adolescent girls with anorexia nervosa and in healthy adolescents. *Am J Clin Nutr* , 84(4): 698–706.
10. Prieto, I. R. (2011). Elección dietética de familiares de pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria* 13 , 1384-1415 .
11. Torre, A. M. (2004). Nutrición y metabolismo en trastornos de la conducta alimentaria. Barcelona: Editorial Glosa.
12. Judith M. E. Walsh MD, M. M. (2000). Detection, Evaluation, and Treatment of Eating Disorders: The Role of the Primary Care Physician. *Journal of General Internal Medicine* , Volumen 15 , Número 8 , páginas 577 a 590.
13. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. (2007). Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria.
14. Borrego Hernando O. Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2000;24(2).
15. B., V. M. (Agosto 2002). Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Rev Chil Nutr* , Vol. 29, N°2.
16. Kaye WH , Gwirtsman HE , Obarzanek E , George DT . Importancia relativa de la ingesta de calorías necesarias para aumentar de peso y nivel de actividad física en la anorexia nerviosa. *Am J Clin Nutr* 1988 ; 47 : 989 94

17. Joanna Steinglass, A. M. (Mayo 2012). Fear of food as a treatment target: Exposure and response prevention for anorexia nervosa in an open series. *International Journal of Eating Disorders* , Volumen 45 , Número 4 , páginas 615 a 621.
18. Janet E Schebendach, L. E. (2008). Dietary energy density and diet variety as predictors of outcome in anorexia nervosa. *Am J Clin Nutr* , vol. 87 no. 4 810-816.
19. McClendon, C. A. (Febrero de 2011). Eating disorder in a young woman: Application of APA guidelines. *ADVANCE for NPs & PAs* .
20. Sara F Forman, MD (2010) *Eating disorders: Treatment and outcome.*