

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

**TREATMENT: STABLISHMENT OF A PROPER DIET IN
EATING DISORDERS. METHODOLOGY**

**Marta Avellán Mancha¹, Victoria Comesaña del Río¹, Cristina Sánchez
Sánchez¹, M^a Dolores Sousa Márquez¹**

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

Correspondencia: Marta Avellán Mancha, m.avellan.mancha@gmail.com

Universidad Pablo de Olavide

Carretera Utrera Km 1, CP: 41013, Sevilla

RESUMEN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son alteraciones psicológicas relacionadas con los alimentos, la figura y el peso corporal. Los pacientes con TCA habitualmente tienen comportamientos alterados relacionados con la comida, tales como la restricción de la ingesta en Anorexia Nerviosa (AN), episodios de atracones en Bulimia Nerviosa (BN) y Trastorno por Atracón (TA) y conductas compensatorias en BN. Los TCA son patologías complejas que deben ser tratadas por un equipo interdisciplinar.

Palabras claves: Trastornos de la Conducta alimentaria, Bulimia Nerviosa, Anorexia Nerviosa, Trastorno por Atracón, tratamiento, dieta, educación nutricional.

ABSTRACT

Eating Disorders (ED) are psychological disturbances related to food, figure and body weight. Patients with eating disorders often have unusual behaviours related to food, such as restricting the intake in Anorexia Nervosa (AN), episodes of binge eating in bulimia nervosa (BN) and Binge Eating Disorder (BED) and compensatory behaviours in BN. Eating disorders are complex conditions that must be treated by an interdisciplinary team.

Key words: Eating Disorders, Bulimia Nervosa, Anorexia Nervosa, Binge Eating Disorder, treatment, diet, nutritional education.

INTRODUCCIÓN

Concepto de TCA

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son trastornos psicológicos que se manifiestan con múltiples alteraciones en el comportamiento alimentario y que pueden producir un serio deterioro nutricional con complicaciones médicas. Los pacientes presentan distorsiones cognitivas relacionadas con los alimentos, la figura y el peso corporal. (1)

Para diagnosticar estos trastornos existen unos criterios universales, los cuales están recogidos en las dos clasificaciones de trastornos mentales (o psicopatológicos) más importantes, el DSM-V-TR (Asociación de Psiquiatras Americanos, APA) y la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, OMS). (2) Mientras que la DSM- IV recogía la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN) y los Trastornos No Especificados (TANE), la quinta edición del DSM (DSM V), incluye como nuevo diagnóstico el Trastorno por Atracón (TA), que se diferencia de la bulimia por la ausencia de conductas compensatorias (purga, ejercicio excesivo e irracional, etcétera). Además, en el DSM-V la amenorrea se ha excluido como criterio para el diagnóstico de la AN. (3)

La AN se caracteriza por la “restricción de la ingesta energética con relación a los requerimientos que conlleva a una significativa pérdida de peso teniendo en cuenta la edad, sexo, etapa de desarrollo y salud física”. Existen dos tipos: tipo restrictivo y tipo compulsivo/purgativo. (3)

La BN se caracteriza por episodios recurrentes de atracones y conductas compensatorias inapropiadas como el vómito autoprovocado, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. (3)

El TA se describe como un cuadro muy similar a la BN, es decir, el sujeto oscila entre períodos de restricción y períodos de sobreingesta de grandes cantidades de comida, acompañados de una sensación de pérdida de control, en intervalos discretos de tiempo, frente a los que no se dan compensaciones con purgas o con ejercicio. (4)

Los TCA, se encuentran estrechamente relacionados con las modificaciones de la imagen corporal, que son consideradas como causa y /o efecto, salvo en el TA. (5)

La etiopatogenia es multifactorial, puesto que intervienen factores genéticos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales que actúan como factores predisponentes, desencadenantes o mantenedores de la enfermedad. (6)

Epidemiología

Hoy en día los TCA constituyen la alteración psiquiátrica con repercusión orgánica más frecuente. (5) La AN y la BN son los que tienen mayor prevalencia. (3) En España, en 2014, el 0,5-1% y el 2-3% de la población presentaban AN y BN respectivamente, mientras que la prevalencia de los TCANE era de un 2,7%. (5)

Comportamiento Alimentario En Pacientes Con TCA

Es bien conocido que los pacientes con AN, en comparación con población sana, tienden a comer significativamente menos calorías mediante la

restricción de la ingesta y evitando alimentos densos en calorías. (7) La ingesta de fibra es mayor y no hay consenso en el consumo de cantidad de proteínas e hidratos de carbono. (8)

También se ha observado que tienen comportamientos inusuales en la alimentación ya que, suelen comer lento e irregular, elegir comida vegetariana y un estrecho rango de alimentos. Estas pautas pueden causar un déficit en la ingesta de nutrientes esenciales. Además, pueden persistir durante la recuperación y afectar al resultado del tratamiento. (8)

Los pacientes con TA, tanto en los atracones como en el resto de comidas, consumen una gran cantidad de calorías. Ingieren mayor cantidad de comida y con mayor contenido graso que los pacientes con BN. (4,7)

Tratamiento general en TCA

Los TCA son difíciles de tratar y presentan bajas tasas de recuperación con un alto riesgo de recaída. (7). Predisponen a los sujetos a la desnutrición o a la obesidad, y se relacionan con una baja calidad de vida, altas tasas de comorbilidad psicosocial y riesgo de mortalidad prematura. Frecuentemente, se asocian con otras morbilidades, especialmente con la depresión, ansiedad y el consumo de sustancias. (9). Por consiguiente, el tratamiento de los pacientes con TCA se debe abordar desde un equipo interdisciplinar. (10). Este equipo debe de estar compuesto por un Psiquiatra, un Psicólogo y un Dietista-Nutricionista. Puesto que, aunque tengan un origen psicógeno, en su génesis suele haber factores nutricionales. De hecho, sin la terapia nutricional, el tratamiento es ineficiente e ineficaz a largo plazo. (5, 11, 12, 13).

La terapia dietético-nutricional trabaja distintos aspectos como son: el restablecimiento ponderal, el logro de una ingesta que cubra los requerimientos y una adecuada educación nutricional. (14) Un aspecto importante en este tratamiento es involucrar a la familia, ya que mejora la evolución, sobre todo en pacientes menores de 16 años. (5, 15)

Según el estado nutricional del paciente, el ámbito asistencial puede ser distinto: ambulatorio, hospital de día, hospitalización, programas de post alta, tratamiento residencial, programa de prevención de recaídas, programas específicos para pacientes resistentes a tratamiento. La primera cuestión a resolver es si el paciente necesita hospitalización o puede ser tratado ambulatoriamente. (6)

El tratamiento inicial de pacientes con gran pérdida de peso y que requieren hospitalización debe ser prudente para evitar el SR. Este síndrome es una de las complicaciones más graves que suele darse, debido a una realimentación excesivamente rápida o desequilibrada con efectos adversos, tales como, la hipofosfatemia, hipomagnesemia, hipopotasemia, intolerancia a la glucosa, sobrecarga de líquidos y la deficiencia de tiamina. (8, 12, 14, 16, 17, 18, 19).

Objetivos

- Objetivo general
 - Revisión de la bibliografía para el establecimiento de una dieta adecuada en TCA en pacientes ambulatorios.
- Objetivos específicos

- Establecer el lugar del tratamiento.
- Evitar las consecuencias de una inadecuada alimentación.
- Establecer las necesidades nutricionales del paciente.
- Ejercer educación nutricional sobre el paciente y familiares.
- Involucrar a la familia en el tratamiento.

MÉTODO

El presente estudio se centra en la revisión de la literatura científica sobre tratamiento dietético en los TCA. Para ello, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos científicas: PubMed, SciELO, Medline, Cochrane, Dialnet.

Para recuperar los estudios más relevantes se diseñaron distintas estrategias de búsqueda combinando las palabras clave según el tipo de estudio que se deseaba encontrar, con la mayor evidencia científica posible. La búsqueda se limitó a un periodo de manuscritos publicados que, en su mayoría, no superan los diez años. La estrategia de búsqueda en PubMed fue la siguiente: [“Diet” AND “Eating disorder” (MeSH Terms)]. Esto fue adaptado a cada motor de búsqueda de las bases de datos analizadas, expuestas anteriormente.

RESULTADOS

Una vez revisada una amplia bibliografía se incluyeron 22 artículos científicos, 2 guías alimentarias y 1 libro. Todos ellos relacionados directamente con tema abordado en el estudio. Por otro lado, fueron excluidos, 38 artículos científicos además de 12 guías, manuales y libros, por no ser artículos tan actuales.

Tratamiento de los TCA

En general, el tratamiento nutricional tiene dos fases:

1ª Fase: fase educativa: Elaboración de un plan de educación nutricional para aumentar los conocimientos de nutrición.

2ª Fase: fase experimental: Modificar la conducta alimentaria, poniendo en marcha el plan de educación nutricional previamente diseñado: ingesta calórica diaria, ganancia ponderal, peso al alta, limitación en elección de alimentos, indicar si el paciente debe ser vigilado en comidas. (6, 12, 20)

Tratamiento dietético nutricional en AN

La mayoría de los pacientes con TCA que requieren hospitalización padecen AN. Las indicaciones para el ingreso son: según el IMC, aquellos pacientes con $IMC < \text{o igual de } 13,9$ requerirán ingreso hospitalario mientras que, $IMC > \text{o igual de } 16$, será tratado ambulatoriamente. No siempre el elemento de decisión es el IMC, un peso inferior al 75% del estimado normal o una aguda pérdida de peso con rechazo a comer también son criterios válidos. (14)

El inicio del tratamiento de la AN suele comenzar con una alimentación orientada a la mejora del estado general y de la tolerancia a la ingesta del paciente (1-2 semanas). En situación de ingreso hospitalario, el aporte energético será inferior a 1000 Kcal/día, con una adecuada reposición electrolítica. En esta primera fase no suele haber una ganancia sustancial de peso, ya que, se irá incrementado en fases posteriores. (14).

El tratamiento ambulatorio es factible cuando el paciente presenta estabilización clínica segura, es decir, se encuentra médicamente estable. (14). Deben establecerse una serie de objetivos para garantizar la efectividad del mismo. Estos objetivos son (6, 12, 13, 14, 20):

- Recuperación de un peso saludable. La recuperación ponderal es un objetivo primordial.

- Plan dietético personalizado.

- Corrección de la ingesta inadecuada.

- Corrección de la percepción de los pacientes sobre lo que es una dieta saludable.

- Instauración de la percepción normal de la sensación de hambre y saciedad.

- Corrección de secuelas biológicas y psicológicas de la malnutrición.

Los requerimientos energéticos se establecerán en función de parámetros antropométricos (IMC, grasa corporal). El aporte energético inicial recomendado para pacientes hospitalizados es de 30-40 Kcal/Kg/día, pudiendo

alcanzar 70-100 Kcal/Kg/día a lo largo del tratamiento. Para los pacientes ambulatorios, la ingesta calórica inicial debe ser de aproximadamente 20 kcal / kg / día. Una dieta de entre 800 a 1200Kcal/día no se debe mantener más de 2 semanas. (5, 8, 14). Las kcal suministradas deben ser controladas para evitar el SR ya que cerca del 6% de los pacientes hospitalizados lo padecen. (6) Una vez conseguido mejorar el estado general del paciente y la tolerancia a la ingesta, lo siguiente es un aumento progresivo semanal de 500 Kcal. Finalmente, se recomienda un aporte calórico de 30-40 Kcal/Kg/día para una recuperación ponderal adecuada. (14)

El reparto calórico de los macronutrientes en pacientes con AN es igual que la población sana: 50-55% de hidratos de carbono, 12-15% proteínas y 30-35% grasas. (21).

Las directrices Psychiatric Association (APA) y NIZA especifican claramente cómo el primer objetivo del tratamiento es la recuperación del peso. (8). Generalmente el aumento de peso será muy gradual y no excederá de 0,5-1 Kg/semana en pacientes ambulatorios. (11, 12, 22). Sin embargo, otros estudios revisados establecen una ganancia de 0,5 Kg/semana como máximo. (5, 6, 14). En cuanto a la ganancia de peso recomendada en pacientes hospitalizados es de 1-1,5 Kg a la semana. (5, 6, 8)

Es común, al comienzo del tratamiento, una ganancia de peso debida a la retención de líquidos cuando se abandona el uso de diuréticos, laxantes y vómitos autoprovocados. Es necesario explicar al paciente que este aumento es transitorio y no se corresponde con un aumento de la adiposidad. También que

el peso ideal se determina sobre la base de su salud y no por estándares de belleza. (20).

Una vez alcanzado el peso corporal saludable, el aporte energético sigue siendo insuficiente, por tanto, se necesita una mayor ingesta de kcal (50-60 kcal/kg/día) para mantener el peso restaurado. Si no se produce este incremento de kcal, a menudo, se produce una rápida pérdida de peso, lo que puede explicar en parte, la alta tasa de recaídas. De hecho, hasta el 50% de pacientes con AN, tienden a regresar de nuevo a un bajo peso al año de seguimiento después de la hospitalización. (8).

Además de la recuperación ponderal adecuada mediante alimentación normal y soporte nutricional adecuado, los pacientes deben recuperar un patrón normal de alimentación, introduciendo gradualmente los alimentos de los principales grupos en las proporciones adecuadas. El uso de suplementos se debe hacer en caso de carencias nutricionales por rechazo o escasa ingesta de los alimentos que aportan estos nutrientes. En ningún caso se debe sustituir la alimentación normal por los suplementos dietéticos. (14).

El registro diario de comida y la monitorización por parte de un dietista-nutricionista es esencial en el tratamiento de los TCA. (5, 6, 11, 12, 13). Además, hay que tener en cuenta diversos aspectos en el tratamiento de la AN, tales como, la empatía, el reposo tras las comidas, dejar claro qué es negociable y que no, evitar realizar ejercicio hasta no alcanzar un peso saludable, etc. (5, 13,14).

En AN hay que evitar dietas que requieran pesar los alimentos. (12, 20). Hay que respetar las creencias pero indagar si son hábitos adquiridos

recientemente, pues puede disfrazar una conducta anoréxica. (5). Lo ideal es usar medidas caseras para no reforzar la idea de dieta especial para su enfermedad. Se incide en una alimentación variada y equilibrada con recomendaciones generales, donde se haga hincapié en la distribución de comidas que incluyan los distintos grupos de alimentos, intentado que el paciente aumente los requerimientos de forma progresiva y variando los alimentos (12). Se deben respetar las 5 comidas al día: tres tiempos más dos colaciones. La alimentación tiene que basarse en alimentos que le gusten al paciente y que sean nutritivos. El consumo de proteínas de alto valor biológico (de origen animal) puede asegurar una recuperación más rápida. Además la principal fuente de hidratos de carbono, procederá de los complejos, tales como la patata, el arroz, pan, pasta; y simples, como jugo de frutas y verduras, Por último la dieta debe incluir alimentos ricos en los ácidos grasos omega-3 y omega-6. (8).

Tratamiento dietético nutricional en BN

La mayoría de las personas que tienen Bulimia Nerviosa no complicada, no requieren tratamiento hospitalario. Cuando requieren hospitalización, se trata de una admisión para corregir el estado de deshidratación y desequilibrio hidroelectrolítico, conductas suicidas, y, alteraciones psiquiátricas que justifican hospitalización. (6).

En algunas investigaciones, se señala para el tratamiento de pacientes con BN, la terapia cognitiva-conductual, la cual ha tenido éxito en la recuperación de la enfermedad, junto con el medicamento Fluoxetina. (7,10). La terapia cognitiva conductual de Fairburn, es una de las más utilizadas para el

tratamiento de la Bulimia nerviosa. Este tratamiento va bien en la mayoría de los casos, sin embargo, debe ser adaptado a las necesidades de cada paciente de forma individualizada. (23). Además, éste debe acompañarse de la ayuda de un dietista-nutricionista, quien trata de enseñar al paciente a desarrollar un plan controlado y organizado de consumo de alimentos. Según la American APA, la actuación nutricional resulta útil y necesario como coadyuvante de otras modalidades terapéuticas ya que minimiza la restricción de alimentos, incrementa la variedad de la comida y fomenta el ejercicio moderado. (6, 24).

Entre los objetivos del tratamiento Dietético-Nutricional está disminuir la frecuencia de los atracones, las conductas de purga y las restricciones alimentarias. Así como conseguir que el paciente consuma de forma adecuada, variada y equilibrada, todos los grupos de alimentos y en todas las formas de cocinado. Además la normalización y mantenimiento de IMC $>18.5 \text{ kg/m}^2$ y de la masa grasa corporal dentro de valores normales. (12).

La educación nutricional es una parte fundamental del tratamiento, ya que contribuirá a que el paciente modifique sus actitudes hacia la comida, elimine fobias y recupere un patrón de alimentación normal, favoreciendo de este modo su correcta recuperación nutricional. (7, 24).

Las recomendaciones nutricionales están orientadas a enseñar al paciente lo que es una dieta equilibrada y adecuada, con una adecuada organización, variedad de alimentos y enseñándoles las cantidades adecuadas. Éstas se deben explicar al paciente durante la primera visita. (20).

1. Se ha de estructurar la alimentación, organizando las ingestas principales y sus horarios. Incorporar un hábito regular de ingesta con 3

comidas principales (desayuno, almuerzo y cena) y 2- 3 tomas intermedias (media mañana y merienda) para evitar largos ayunos que propicien atracones.

2. Se recomienda informar al paciente sobre conceptos como «peso adecuado», «nutrientes», «alimento», «dieta equilibrada», efectos negativos de las conductas compensatorias, raciones, beneficios de eliminar el “picoteo”, etc.

3. Desaconsejar dietas restrictivas, y el uso de productos dietéticos, porque favorecen la ingesta compulsiva.

4. Controlar ritmo de la ingesta (disminuir ritmo).

5. Incluir la mayor variedad de alimentos, dando preferencia a los de mayor poder saciante, reforzando la ingesta de fibra y evitando comidas pobres en grasa.

6. Corregir deficiencias nutricionales.

7. Aconsejar disminuir la frecuencia y cuantía de los atracones para reducir el aporte calórico global.

8. No acudir al baño tras las comidas (1 hora y media).

9. Incluir todos los grupos de alimentos y técnicas alimentarias. Eliminar Food Craving.

10. Incorporar progresivamente los alimentos considerados «peligrosos» por el paciente de forma que no se provoquen el vómito posterior.

11. Realizar las comidas en el entorno familiar habitual acompañadas de familiares y/o amigos, respetando los gustos y hábitos familiares.

12. Informar al paciente de las posibles molestias digestivas que en principio podría padecer como, distensión abdominal y sensación de plenitud.

13. Intentar que el paciente no elabore las comidas.

14. Evitar pesarse con mucha frecuencia. Se debe informar al paciente que pesarse con regularidad sólo hace que piense más en la comida, en dietas y cómo bajar de peso. De hecho, muchos profesionales recomiendan quitar la báscula de casa.

Se le indica también la estructura de los almuerzos y cenas, los cuales deben constar de un primer plato, segundo plato, un trozo de pan, postre y acompañarlos habitualmente de agua. Además de recomendar la práctica de ejercicio físico regular.

Para evitar el atracón existen una serie de medidas de control de estímulos que ayudan al paciente, tales como, no realizar otra actividad (ver la TV, usar el móvil, leer, etc.) durante las comidas; comer siempre en el mismo lugar de la casa; limitar cantidad de los alimentos mientras come; limitar la exposición a comidas “peligrosas” al inicio del tratamiento; planificar la compra y la lista de la compra después de hacer alguna comida; salir a la calle sin dinero.(23). Todos estos cambios, se deberán realizar por etapas, introduciendo los alimentos y pautas lentamente. (12).

Las técnicas conductuales, como las comidas planificadas y auto registros, también contribuyen al control inicial de los síntomas y a la interrupción de atracones y purgas. (6). Así, el paciente deberá completar un registro dietético semanal, donde especifique las comidas realizadas a lo largo del día, alimentos, cualquier irregularidad alimentaria, así como especificar si

se ha llevado a cabo algún método compensatorio. Estos registros se deben revisar semanalmente por los profesionales, especialmente el Dietista-Nutricionista, indicándole al paciente los fallos y cómo mejorarlos. Así se consigue realizar un seguimiento de su alimentación. (25).

Tratamiento dietético nutricional en TA

En este trastorno, la imagen corporal no es un foco específico del tratamiento. Desde el punto de vista psicológico el tratamiento incluye: aprendizaje de conductas alternativas al atracón (mencionado anteriormente en BN), tratamiento de la comorbilidad, casi siempre ansiedad y depresión y el tratamiento con fármacos (Fluoxetina y Topiramato). (4).

El tratamiento Dietético-Nutricional consiste en la instauración de una dieta hipocalórica y evitar los atracones. La disminución del peso mejora el estado anímico, disminuye la ansiedad y mejora la autoestima, lo que conlleva a una disminución del número de atracones. (4).

El tratamiento psicológico y dietético, logra reducir en muchos casos los atracones alimentarios, sin embargo, continúa siendo un problema la pérdida significativa y duradera de peso. El primer paso de la intervención es la identificación de los factores mantenedores del trastorno. Según el tipo de factor desencadenante, el foco del tratamiento será distinto. Si el atracón ocurre como consecuencia de un estado de ánimo adverso, la intervención se dirigirá al entrenamiento de la solución al problema y la generación de habilidades para su manejo; Si es consecuencia de una ruptura de una restricción dietética, la intervención irá dirigida a la moderación de la restricción; Y en el caso de un estado emocional extremo, la intervención irá dirigida al control de los

impulsos; Finalmente, si es causa de una falta de autoestima el tratamiento se centrará en resolver ésta. (4).

DISCUSIÓN

Los TCA son un grupo de patologías desencadenadas por una amplia gama de factores causales, por lo que requieren un manejo interdisciplinar para su abordaje. Durante todo el proceso, el paciente será controlado por un psiquiatra, un psicólogo y un Dietista-Nutricionista, llevando a cabo un método consensuado entre los profesionales. La terapia desde el punto de vista nutricional comprende distintos aspectos, como restaurar el equilibrio hidroelectrolítico, el restablecimiento ponderal del peso y una adecuada educación nutricional.

La primera cuestión a decidir es el lugar de tratamiento del paciente. Es importante saber identificar la gravedad del paciente para derivarlo al ámbito de tratamiento más adecuado: hospitalización, hospital de día o ambulatorio. Además, identificar el trastorno de comportamiento alimentario en cuestión de cada paciente, es fundamental para instaurar su adecuado tratamiento. (6).

Las personas con TCA suelen tener un comportamiento anormal en relación a la comidas, y como consecuencia de ello, pueden tener deficiencias nutricionales. Por eso, la reeducación alimentaria corrigiendo estos comportamientos inusuales, es parte fundamental para una mejor eficacia del tratamiento.

Generalmente, los pacientes con AN tienden a elegir comidas de baja densidad calórica, lo que hace que disminuyan peso de forma excesiva, llegando incluso, a desnutrición extrema en muchos casos. Por este motivo la

instauración de una dieta hipercalórica es fundamental para que aumenten de peso y alcancen un IMC saludable. No obstante, hay que tener especial cuidado con la energía suministrada para evitar el SR, por lo que se recomienda aumentar paulatinamente las calorías totales de la dieta. Existen desacuerdos en cuanto a las kcal requeridas en pacientes con AN para evitar dicho síndrome. Algunos estudios recomiendan 10 kcal/kg/día, mientras que otros estudios recalcan que “start low, advance low” está cuestionado. El informe del Marsipan, publicado recientemente por el Real Colegio de Médicos, afirma que este problema no se ha resuelto. (19).

La total recuperación de pacientes con AN es muy difícil, por eso tiene una baja tasa de éxito y alta tasa de recaídas (6). Por el contrario, los pacientes con BN y TA seleccionan alimentos de alta densidad calórica, por lo que suelen presentar sobrepeso u obesidad, requiriendo para su tratamiento una dieta hipocalórica que le ayude a alcanzar un IMC saludable.

Es muy importante que se lleven a cabo cada uno de los objetivos que se establecen en el tratamiento, ya que, el incumplimiento de alguno de ellos dificultaría la efectividad del mismo. La duración del tratamiento va en función del estado del paciente al inicio del mismo y de su evolución.

Por tanto, en AN es muy importante cumplir las recomendaciones calóricas debido al grave estado catabólico en el que se encuentran, el cual se debe frenar, proporcionando para ello una dieta hipercalórica. En BN y en TA, también se deben de cumplir las recomendaciones energéticas establecidas por el Dietista-Nutricionista, sin embargo, el motivo no es el mismo que en AN,

sino disminuir la ingesta calórica, tanto en las comidas principales, como evitando los atracones, que en BN darán lugar a conductas compensatorias.

Un pilar fundamental en el tratamiento es la colaboración de los familiares, sobre todo en pacientes más jóvenes o menores de edad. Los familiares deben adherirse a los nuevos hábitos de alimentación indicados por el dietista-nutricionista y mantener la costumbre de comer en familia. Además hay que concienciar a los familiares de la importancia de su cumplimiento para el tratamiento del paciente, ya que en muchos casos éstos son factores implicados en el desarrollo de un TCA. Sin embargo, cada vez es más complicado debido al ritmo de vida y a la desestructuración familiar. (15).

Cada vez es más frecuente encontrar familias completas que tienen una alimentación desorganizada y desestructurada. Algunos hábitos erróneos pueden ser: no desayunar, saltarse comidas como la media mañana o la merienda, tomar sólo plato único, no tomar pan con la comida ni postre, beber refrescos en lugar de agua, comer solos, rápido y a veces incluso de pie, poner la televisión en cada comida, tener horarios irregulares o no cocinar abusando por tanto de la comida rápida o platos ya preparados. Por este motivo es necesario indicar pautas de alimentación no sólo dirigidas al paciente sino también a toda la familia. (15, 25).

Para realizar un adecuado tratamiento nutricional, el Dietista-Nutricionista debe:

- Dar información y consejo nutricional tratando de reducir la excesiva preocupación por las formas del cuerpo y su peso. (6).
- Enseñar al paciente las diferencias que existen entre el hambre,

apetito y saciedad para que éste pueda ser capaz de controlar estas sensaciones cuando aparezcan. (6).

- En relación al empleo de suplementos nutricionales, según el estudio de evaluación de la utilidad de un Programa de Educación Nutricional en Trastornos de la Conducta Alimentaria (24) representan una herramienta de gran utilidad en aquellos pacientes en los que no es posible completar la ingesta a través de alimentos naturales; mientras que otro estudio (14) declara que no aportan grandes beneficios porque puede reforzar conductas de evitación de alimentos normales.

En un programa de intervención nutricional, es necesario considerar algunos puntos básicos, tales como, grupos de alimentos, la composición y propiedades nutricionales, las frecuencias de consumo recomendadas, las técnicas culinarias más adecuadas, etc. Al mismo tiempo, aclarar y fundamentar mitos erróneos sobre la alimentación. (25). También se le indica al paciente la de frecuencia de consumo de los diferentes alimentos que debe seguir.

- Cereales: 4-6 veces/día
- Lácteos: 2-4 veces/día
- Verduras y hortalizas: 2 veces/día
- Fruta: 3 veces/día
- Carnes magras: 3-4 veces/semana
- Pescados: 4-5 veces/semana
- Legumbres: 2-4 veces/semana

- Agua: 1,5 litros/día
- Dulces, snacks, refrescos: ocasional y moderado

Además de recomendar la práctica de ejercicio físico regular, excepto en AN, donde la práctica de ejercicio no está indicada hasta que no llegue a un peso saludable.

La finalidad de estas recomendaciones es conseguir que en el futuro su alimentación sea la más adecuada posible a sus necesidades, tanto en cantidad como en calidad. Por tanto, deberá incluir todo tipo de alimentos, con tomas repartidas a lo largo del día y evitando periodos largos de ayuno. No obstante, en pacientes con AN, hay una gran dificultad para realizar los cambios en los hábitos alimentarios, ya que son los pacientes que presentan mayor aversión a gran variedad de alimentos, negándose a incluirlas en su alimentación. (13).

El uso de los registros plantea un inconveniente, son poco precisos, y aunque se puede conocer la frecuencia de consumo de los alimentos, no se sabe qué cantidad toma el paciente realmente, pudiendo esto plantear errores al estimar las raciones. Por esto, es recomendable el uso de fotos digitales antes (para ver la cantidad servida) y después de las comidas (para ver la cantidad restante al finalizar), conociendo de esta forma la cantidad exacta que toma el paciente. Se realizarán fotos de las cinco comidas, mostrando en una foto todo lo que el paciente vaya a comer, es decir, en un almuerzo, por ejemplo, en la misma foto aparecerán los dos platos, el trozo de pan, el postre y la bebida. Además de su utilidad para conocer la cantidad exacta de los platos, las fotos también se pueden utilizar para observar la presentación de los platos y mejorarla, facilitando al paciente el hecho de enfrentarse a la comida. Sólo la

circunstancia de tener que realizar una foto mejora la presentación, ya que lo tiene que ver otra persona ajena a la familia. (13, 25).

Es importante destacar que el objetivo de la educación nutricional no es informar al paciente, sino que persigue un cambio de comportamiento a través de la comprensión del problema y el conocimiento de los beneficios del cambio. (7). Para que el cambio de hábitos alimentarios se efectúe, es necesario que el paciente tenga una profunda convicción de que ese cambio es necesario para mejorar su salud. De hecho, para que la educación nutricional resulte efectiva, será fundamental que el paciente posea un estado nutricional mínimo que garantice el aprovechamiento de la educación, esté motivado y preparado para el cambio y comprenda la utilidad de la educación nutricional y esté de acuerdo en recibirla. (24).

Después de la revisión realizada, no hemos encontrado una dieta estándar para las distintas patologías que engloban los TCA, debido a que cada caso debe ser tratado de forma individual. Por lo tanto, hemos aportado recomendaciones, tanto a nivel nutricional directamente, como hábitos de vida generales, que pueden influir en la aparición y evolución de la enfermedad.

CONCLUSIONES

Tras la revisión realizada, se ha llegado a las siguientes conclusiones sobre la metodología del establecimiento de una dieta adecuada en TCA:

- La primera cuestión a resolver es el ámbito asistencial donde se va a llevar a cabo el tratamiento, que depende del estado nutricional del paciente. La mayoría de los pacientes con TCA que requieren hospitalización padecen

AN. En este ámbito el primer objetivo es la estabilización clínica. En BN la hospitalización se requiere en casos de desequilibrio hidro-electrolítico, conductas suicidas y alteraciones psiquiátricas que la justifiquen.

- El Tratamiento inicial en AN debe ser prudente para evitar el SR.
- El tratamiento dietético-nutricional de la AN busca la recuperación ponderal con un plan dietético personalizado en función de su estado nutricional y parámetros antropométricos como IMC y grasa corporal. Además se trabaja la corrección de la ingesta inadecuada, la precepción de los pacientes sobre dieta saludable, sensación de hambre-saciedad y secuelas biológicas-psicológicas de la malnutrición. El tratamiento dietético-nutricional en BN va orientado a disminuir la frecuencia de los atracones y purgas, corregir IMC y grasa corporal y normalizar la dieta. Para ello, un pilar fundamental del tratamiento es la educación nutricional. En TA la imagen corporal no es un foco específico del tratamiento. El primer paso es la identificación de los factores mantenedores del trastorno para entrenar la solución al problema. El tratamiento dietético-nutricional consiste en la instauración de una dieta hipocalórica y evitar los atracones. La disminución del peso es un refuerzo positivo en el control de los atracones.

- Finalmente, en el tratamiento dietético de los TCA, un pilar fundamental es la colaboración de los familiares. Debido a los actuales ritmos de vida y su influencia en la dinámica familiar, cada vez es más frecuente encontrar familias con una alimentación desorganizada y desestructurada. Por este motivo, es necesario indicar pautas de alimentación, no solo dirigidas al paciente, sino también a toda la familia.

REFERENCIAS

1. Patricia BR. Influencia del tratamiento nutricional en una paciente con desnutrición severa. *Trastor. conducta aliment.* [Internet]. 2013;17:1926-1941. Disponible en: http://www.tcasevilla.com/archivos/tratamiento_nutricional_en_desnutricion_severa.pdf
2. Víctor HE, Zulema CA. Recomendaciones Básicas para el Abordaje de Pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Ciencia y humanismo en la salud* [Internet]. 2014;1(1):28-39. Disponible en: <http://revista.medicina.uady.mx/revista/index.php/cienciayhumanismo/article/view/5>
3. Enrique E, Karmele S, Marisol CS. Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica [Internet]. *Ter Psicol.* 2014;32(1):65-74. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v32n1/art07.pdf>
4. Juanita GR. Binge- eating disorder: between eating disorders and obesity? Acognitive- behavioral effective. *Rev.colomb.psiquiatr* [Internet]. 2015; 34(2):242-250. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000200005
5. Luis CC. Satisfacción con el peso y rasgos del comportamiento del trastorno del comportamiento en secundaria. *An Pediatr* [Internet]. 2014. Disponible en: <http://analesdepediatria.org/es/satisfaccion-con-el-peso-rasgos/avance-resumen/S169540331400318X/>

6. Diana MA, Rosaura LT, Nilo LF. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. SEGHNPAEP [Internet]. 2013;325-339. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia_bulimia.pdf
7. Inmaculada RP, Patricia BR, Ignacio JL. Diet choice in weight-restored patients with eating disorders; progressive autonomy process by nutritional education. *Nutr Hosp* [Internet]. 2013;28(5):1725-1731. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v28n5/52original47.pdf>
8. Enrica M, Jennifer AN, Sami AH, Pei-an BS, Walter HK. Nutritional rehabilitation in anorexia nervosa: review of the literature and implications for treatment. *Bmc psychiatry* [Internet]. 2013;13:290. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/290.%5D>
9. Leticia MG, Tania FV, Antonio José MT, Carlos AP, Aurora BC, Rocío CA, et al. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: Proyecto UNHICOS. *Nutr hosp* [Internet]. 2014;30(4):927-934. Disponible en: <http://www.aulamedica.es/nh/pdf/7689.pdf>
10. María AM, Antonio PM, Verónica GM, Miriam QE. Evaluación de la eficacia de la terapia psicológica y nutricional a través de la composición corporal y somatotipo en pacientes afectadas por Trastornos de la Conducta Alimentario. *CUADERNOS DE PSICOLOGÍA DEL DEPORTE* [Intenet]. 2014;14(2):13-20. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S157884232014000200002&script=sci_arttext

11. Judith ME, Mary EW, Karen F. Detection, Evaluation, and Treatment of Eating- Disorder. The Roles of the Primary Care Physician. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2000;15:577-590. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495575/>
12. Alberto MT. *Nutrición y Metabolismo en Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Barcelona: Glosa. 2004
13. Santiago HO, Rocío MR, Rocío FC, María VV. Educación nutricional en el proceso de confección de una dieta en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Trastor. conducta aliment.* [Internet]. 2014;19:2070-2089. Disponible en: http://www.tcasevilla.com/archivos/educacion_nutricional_en_la_confeccion_de_la_dieta4.pdf
14. Ignacio JL, Patricia BR. Revisión del tratamiento dietético- nutricional de la anorexia nerviosa. *Rev Med de Chile* [Internet]. 2012;140:98-107. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012000100015&script=sci_arttext
15. Inmaculada RP. Elección dietética de familiares de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Trastor. conducta aliment.* [Internet]. 2011; 13:1384-1415. Disponible en: http://www.tcasevilla.com/archivos/eleccion_dietetica_de_familiares_de_pacientes_con_tca.pdf

16. Beatriz MS, Paz RR, Alicia CM, María SC, Sara AT, Alberto MT. Efecto de la realimentación en la composición corporal de mujeres con anorexia nerviosa restrictiva; antropometría frente a impedancia bioeléctrica. *Nutr Hosp* [Internet]. 2013;28(5):1717-1724. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112013000500051&script=sci_arttext
17. Graeme O, Dasha N. Refeeding Hypophosphatemia in Adolescents With Anorexia Nervosa: A Systematic Review. *NCP* [Internet]. 2013;28(3):358-364. Disponible en: <http://ncp.sagepub.com/content/early/2013/03/01/0884533613476892.short>
18. Alan R, Kevin W, Louise G, Dianne R, Nigel S. Occurrence of refeeding syndrome in adults started on artificial nutrition support: prospective cohort study. *BMJ Open* [Internet]. 2013;1-9. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/content/3/1/e002173.full>
19. Maria GG, Chiara L, Marina C. Metabolic and Nutritional Needs to Normalize Body Mass Index by Doubling the Admission Body Weight in Severe Anorexia Nervosa. *Clin Med Insights Case Rep* [Internet]. 2013;6:51–56. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3623609/>
20. Lucineia S, Márcia FN. Estudo sobre o comportamento alimentar de nutricionistas de foz do iguaçu (pr) e região com enfoque em transtornos alimentares. *Secnutri* [Internet]. 2010. Disponible en: <http://www.uniamerica.br/site/revista/index.php/secnutri/article/view/112>

21. David FR. Clinical Report-Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. *Am Acad Pediatrics* [Internet]. 2010;126(6):1240-1253. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/126/6/1240.short>
22. José MV. Nutrición y Alimentación Humana. II. Situaciones fisiológicas y patológicas. José MV, Adoración LR. Trastornos del comportamiento alimentario. Vol.2. 2ªEd. Madrid: Ergon; 2009
23. Elia R.T.C.C. Fairburn para la bulimia nerviosa. 1999.
24. Viviana LK. Evaluación de la utilidad de un Programa de Educación Nutricional en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Nutr hosp* [Internet]. 2009;24(5):558-567. Disponible en: http://www.nutricion.org/publicaciones/revistas/NutrClinDietHosp07_%2827%29_3_137_147.pdf
25. Patricia BR. La educación nutricional como factor de protección en los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastor. conducta aliment.* [Internet]. 2009;10:1069-1086. Disponible en: http://www.tcasevilla.com/archivos/educacion_nutricional_en_la_confeccion_de_la_dieta4.pdf