



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesis de Belgrano

**Facultad de Ciencias de la Salud
Carrera de Licenciatura en Nutrición**

**Abordaje nutricional del adolescente con
trastornos en la conducta alimentaria**

Nº 89

Mónica Coqueugnot

Tutora: Marisa Vázquez

Departamento de Investigación
Julio 2003

A mis tres hombres

Agradecimientos

A la Lic. Marisa Vázquez que con su exigencia profesional me incentivó a mejorar mi tarea.

A la Lic. Silvia Hernández, que compartió conmigo su experiencia con pacientes con trastornos en la conducta alimentaria.

A la Dra. Silvia Rondinone, al Nut. Sergio Scacchia y a la Dra. Claudia Degrossi que leyeron mis borradores, dando cada uno su invaluable opinión.

A Ana, que me ofreció su testimonio de lucha contra la anorexia con el fin de ayudar a evitar otros casos.

Al equipo de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital de Clínicas que con generosidad me abrió las puertas para que observara su trabajo.

Índice

1. Resumen y palabras clave	7
1.1 Resumen	7
1.2 Palabras clave:	7
2. Introducción	7
3. Trastornos de la conducta alimentaria - Presentación	7
3.1 Anorexia Nerviosa	8
3.1.1 Generalidades	8
3.1.2 Criterio diagnóstico	9
3.1.3 Síntomas	9
3.1.4 Complicaciones físicas y clínicas	10
3.2 Bulimia Nerviosa	11
3.2.1 Generalidades	11
3.2.2 Criterio Diagnóstico	12
3.2.3 Síntomas	12
3.2.4 Complicaciones físicas y clínicas	13
3.3 Trastorno alimentario no específico	13
3.3.1 Trastorno por atracón	14
3.3.2 Criterio diagnóstico	14
3.3.3 Síntomas	15
3.3.4 Complicaciones físicas y clínicas	15
4. Abordaje nutricional	15
4.1 Anorexia nerviosa	16
4.1.1 Valoración nutricional	17
4.1.2 Asistencia nutricional	17
4.1.3 Plan de alimentación	18
4.1.4 Mantenimiento	20
4.2 Bulimia Nerviosa	20
4.2.1 Valoración nutricional	21
4.2.2 Asistencia nutricional	21
4.2.3 Plan de alimentación	21
4.2.4 Mantenimiento	21
4.3 Trastornos alimentarios no específicos	21
4.4 Medicación, interacción fármaco-nutriente.	22
4.4.1 Tranquilizantes, neurolépticos, ansiolíticos o antipsicóticos	22
4.4.2 Antidepresivos	22
5. Prevención	22
6. Conclusión	23
7. Epílogo	24
8. Apéndices	25
8.1 Testimonios	25
8.1.1 Pacientes	25
8.1.2 Profesionales	28
8.2 Hoja de registro alimentario	30
Referencias bibliográficas	31
8.3 Libros	31
8.4 Revistas	31
8.5 Ilustraciones	31

1. Resumen y palabras clave

1.1 Resumen

Revisión de la bibliografía actual sobre la intervención nutricional en la prevención y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes, complementada con entrevistas a pacientes y equipos de salud especializados en estas patologías.

Descripción y análisis de las principales características de cada uno de los trastornos, la valoración nutricional de los pacientes, el plan de alimentación indicado y las estrategias de prevención.

Review of current bibliography relevant to the nutritional intervention in the prevention and treatment of adolescents with eating disorders, supplemented by interviews held with patients and health teams specialized in these pathologies.

Description and analysis of the main characteristics of each of the disorders, nutritional assessment of patients, nutrition re-education and prevention strategies.

1.2 Palabras clave:

Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón, plan de alimentación, prevención.

Anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, diet plan, prevention.

2. Introducción

Los **trastornos en la conducta alimentaria (TCA)** se caracterizan por alteraciones graves del comportamiento alimentario, disturbios severos de la imagen corporal y distintos grados de deterioro psicofísico. Sus consecuencias ponen en riesgo la vida del que las padece y afectan a su familia y amigos.

En la actualidad se reconoce tres tipos de TCA: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y Trastornos Alimentarios No Específicos (TANE). El DSM-IV no incluye la obesidad ya que no se estableció su asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales (2, 6).

La AN se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales, acompañado de una alteración de la percepción de la forma y del peso corporales. La BN consiste en episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de laxantes, diuréticos o ambos, el ayuno o el ejercicio excesivo, también con alteración de la imagen corporal. Los TANE agrupan a una serie de trastornos que no cumplen los criterios específicos de los anteriores pero que tienen características afines.

Es extensa la bibliografía que los estudia, pero por lo general profundiza sobre el abordaje psicoterapéutico y no sobre la función del Licenciado en Nutrición en la atención de estos pacientes.

El propósito de este trabajo es presentar una revisión de la bibliografía actual, complementada con entrevistas a pacientes y equipos de atención, describiendo y analizando los aportes que el Licenciado en Nutrición puede hacer al tratamiento. Se busca resaltar la importancia del trabajo multidisciplinario y destacar el papel del Nutricionista dentro del equipo y en la prevención y detección temprana de la enfermedad.

Se incluyen algunos aspectos psicológicos que pueden ayudar a la comprensión de estas patologías y a la relación nutricionista-paciente, se analiza la correcta valoración nutricional, el abordaje del paciente, y la reeducación alimentaria.

Con el fin de acotar la investigación, se la enfoca en el tratamiento del paciente adolescente. Para ello, se considera adolescencia al período desde los 12 a los 20 años de edad, y se excluye a la adolescente embarazada que presenta una problemática diferente.

3. Trastornos de la conducta alimentaria - Presentación

Los TCA se desarrollan sobre todo en la adolescencia o juventud, aunque en algunos casos aparecen después de los 40 años o en la infancia. Las mujeres constituyen el grupo más vulnerable.

Se necesita de una conjunción de factores, individuales, familiares, interpersonales, biológicos y socio-culturales que interactúen para que se ponga de manifiesto alguno de estos trastornos en un determinado individuo. Ningún factor etiológico en forma aislada es suficiente para que se desarrolle un TCA. Es por ello que los autores consultados coinciden en la importancia de mirar al paciente como unidad biopsicosocial y en que el tratamiento requiere del trabajo interdisciplinario.

Los enormes cambios físicos, psicológicos y sociales que se llevan a cabo entre los 12 y los 20 años, hacen de los adolescentes un grupo especial de riesgo.

Habitualmente no están conformes con su cuerpo, sin importar cómo los vean los demás.

La baja autoestima y el perfeccionismo son factores de riesgo ya que hacen que la dieta y el adelgazamiento se conviertan en una forma de aumentar el control que quieren tener sobre sus vidas. Esto hace que el alimento adquiera un valor atractivo y peligroso, evacuador y creador de tensiones, ajeno a la serie hambre-saciedad.

Existen factores predisponentes, desencadenantes y perpetuadores:

☞ Predisponentes: los que se encontraban presentes antes de la aparición del TCA y que aumentan el riesgo de su desarrollo sin hacerlo inevitable.

‡ Individuales: biológicos (genéticos, neuroquímicos) y/o psicológicos.

‡ Culturales

☞ Desencadenantes:

‡ estrés, situaciones de cambio (separaciones, mudanzas, escolaridad, muerte de un ser querido, ruptura de noviazgo), comentarios sobre el peso, etc.

‡ disturbios en la imagen corporal (insatisfacción, anhelo irreal de delgadez)

‡ dieta

‡ conflictos interpersonales

☞ Perpetuadores

‡ desnutrición

‡ interacción social perturbada

‡ experiencia corporal negativa

En la anamnesis alimentaria de estos pacientes, se observa una alimentación insuficiente en la anorexia y excesiva en la bulimia. En todos los trastornos puede verse una alimentación incompleta, disarmónica e inadecuada.

El 60% de los casos se recupera, un 20% lo hace en forma parcial, un 15% no mejora y un 5% fallece (1).

3.1 Anorexia Nerviosa

3.1.1 Generalidades

El término anorexia deriva del griego an: sin y orexis: deseo.

Fue identificada por primera vez en 1873 por el Dr. Charles Lasègue. Se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal mínimo normal, un miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo.

Es una enfermedad característica de la pubertad y se manifiesta en su mayor parte en adolescentes mujeres de clase media o alta (6), aunque se han detectado casos entre los varones (1).

El individuo con este trastorno presenta una pérdida de peso considerable lograda con una conducta ingestiva muy anómala. Su peso corporal suele estar debajo del nivel mínimo normal para su edad y su talla. Si se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso.

El miedo a ganar peso o convertirse en obesos, por lo general no desaparece aunque el paciente adelgace, sino, por el contrario va en aumento aunque el peso disminuya.

La distorsión de la imagen corporal hace que se vean obesos a pesar de estar delgados, o que se den cuenta de que están delgados, pero continúen preocupados porque algunas partes de su cuerpo les parecen demasiado gordas (en especial el abdomen, las nalgas y los muslos). Suelen pesarse constantemente, medirse en forma obsesiva y mirarse repetidas veces al espejo para observar las zonas consideradas obesas. Su autoestima depende de la forma y el peso de su cuerpo. Ven el aumento de peso como un fracaso de su autocontrol.

No hay acuerdo sobre si se trata de un cuadro psicológico primario, un trastorno físico de la función hipotalámica o hipofisaria o una combinación de ambos. Es posible que exista una predisposición hipotalámica que se activaría con los cambios endocrinos de la pubertad (1).

En los últimos 20 años su incidencia se incrementó de modo notable (6). Se la relaciona con la influencia de los medios de comunicación y de la imagen de mujeres muy delgadas como el "cuerpo ideal".

La anorexia se divide en dos tipos: restrictiva y compulsiva/purgativa. Esta clasificación se basa en la presencia de síntomas bulímicos. En el tipo restrictivo, el descenso de peso se logra con disminución de la ingesta total y el ejercicio intenso, sin atracones ni purgas. El paciente comienza por excluir de su dieta todos los alimentos de alto contenido calórico y llega a una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos. Dentro del tipo compulsivo/purgativo, encontramos pacientes que incurren en atracones y purgas

(vómitos autoinducidos, uso inadecuado de diuréticos, laxantes o ambos) y otros que sólo presentan purgas, sin atracones.

Los pacientes con AN pueden alternar períodos con el subtipo restrictivo y otros con el bulímico (9).

En general, los adolescentes con este trastorno niegan las implicaciones clínicas de su bajo peso. Tienen escasa conciencia de su alteración y a menudo son llevados a la consulta por familiares que notan su acentuada pérdida de peso (1, 11). Se necesita gran habilidad para convencerlos de que necesitan ayuda profesional (7). Es necesario obtener información de padres, hermanos o amigos para evaluar las características del caso.

El método terapéutico más efectivo es el enfoque multidisciplinario con psicoterapia individual y familiar, cuidados nutricionales y control médico. La psicoterapia por lo general no es eficaz mientras el paciente no se realimente.

Si la intervención es oportuna, en pocos casos se requiere internación, pero las formas más severas o tratadas en forma tardía exigen hospitalización y pueden llevar a la muerte (6).

El porcentaje de individuos con AN que se recupera por completo es escaso (9). Una importante proporción, si bien mejora, continúa padeciendo alteraciones de la imagen corporal, amenorrea parcial, fobia social, afectación menor de la conducta alimentaria y abuso de sustancias (3).

Se considera una evolución satisfactoria cuando el peso se recupera en el 85% del recomendado y se reestablece la menstruación en el caso de las mujeres.

Los estudios de prevalencia realizados en adolescentes mujeres revelaron un porcentaje del 0.5-1 % para los cuadros que cumplen con todos los criterios diagnósticos. Existen pocos datos referentes a la prevalencia en varones. En los últimos años, la incidencia de la enfermedad parece haber aumentado (2).

La edad promedio de inicio es de 17 años. El comienzo de la enfermedad se relaciona con algún acontecimiento estresante. La evolución y el desenlace del trastorno son variables. Algunas personas se recuperan luego de un único episodio, otras fluctúan entre ganancia de peso y recaídas y otras sufren un deterioro crónico a lo largo de los años. La mortalidad a largo plazo en pacientes hospitalizados es del 10% (2). La muerte se produce en su mayor parte por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico.

3.1.2 Criterio diagnóstico

Según el DSM-IV, el criterio para diagnosticar anorexia nerviosa es la presencia de las siguientes características:

- a) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal de acuerdo a la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperado, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el crecimiento, que da como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).
- b) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso con un peso actual por debajo del peso normal.
- c) Alteración de la percepción del peso o de la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- d) En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen sólo con tratamientos hormonales.)

Para especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas.

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas.

3.1.3 Síntomas

La sintomatología de la AN se caracteriza por el miedo aterrador a la gordura y el deseo de estar más delgado, con una pérdida de peso importante en poco tiempo y distorsión de la imagen corporal.

3.1.3.1 Psicológicos y conductuales

Por la gran disminución de peso, los adolescentes con este trastorno pueden presentar estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo.

La imagen corporal está distorsionada y hay sentimiento de culpa por haber comido. Esta distorsión deriva en la obsesión por pesarse cada vez con mayor frecuencia y en el uso de ropa amplia para esconder el cuerpo.

Existen pensamientos obsesivos referidos a la comida y conteo también obsesivo de calorías ingeridas, con una notable selección de productos light. Algunos coleccionan recetas de cocina y se deleitan preparando recetas exóticas para los demás. Conocen mucha información nutricional. Suprimen cada vez más alimentos, en ocasiones se vuelven vegetarianos, suprimen los postres. Niegan la sensación de hambre. Tampoco sienten saciedad, fatiga o debilidad física. Suelen masticar y luego escupir los alimentos, así como esconderlos. Beben gran cantidad de agua.

El carácter se torna irritable y hostil y se acentúa el aislamiento social y la introversión. Pueden presentar preocupación por comer en público, poca espontaneidad social y restricciones en su expresividad emocional y en su iniciativa. Tienen problemas de relación con miembros de la familia, en especial con la madre. Poseen una fuerte tendencia a manipular al entorno y ejercen conductas de engaño.

Tanto la familia como el paciente, sobre todo al principio de la evolución, no tienen conciencia de la enfermedad.

Suelen ser inseguros, perfeccionistas y autoexigentes en sus actividades físicas e intelectuales, buenos estudiantes y responsables trabajadores, en muchos casos, hiperactivos. En algunos pacientes aparecen conductas rituales. Toleran mal los cambios y la frustración. Sienten necesidad de aprobación y son incapaces de discriminar sus necesidades internas.

Pueden sufrir insomnio u otras alteraciones del sueño. También, retraso en el tiempo de reacción, trastornos en la memoria visual y fallos en la recuperación de información.

La familia del paciente con AN suele ser controladora, rígida y sobreprotectora, con preocupación por la apariencia. Elude los conflictos mostrándose como núcleo familiar perfecto. Es común el padre ausente y la madre inmadura, aprensiva, tolerante, incapaz de brindar apoyo.

3.1.3.2 Físicos

Son pacientes delgados, con piel seca y fría, en ocasiones con lanugo. Suelen quejarse de tener las extremidades frías. Pueden presentar deformaciones en las articulaciones de los dedos y en las uñas por deficiencias circulatorias.

Refieren inapetencia, intolerancia a ciertos alimentos, dolor abdominal, flatulencia, estreñimiento, pesadez postprandial, náuseas y vómitos. El abdomen está hundido.

Los dientes presentan lesiones en el esmalte, caries y erosiones.

En los que se provocan vómitos, puede haber ulceraciones en la boca por acción del jugo gástrico, hipertrofia de glándulas parótidas y callosidades en el dorso de las manos.

Aparecen cambios hormonales debidos a la escasa ingesta y amenorrea, que, si es prolongada, puede conducir a la osteoporosis.

En las pruebas de laboratorio suele encontrarse anemia (por deficiencia de hierro y ácido fólico), leucopenia, trombocitopenia, aumento del cortisol, disminución de LH, FSH, T3, T4 y estrógenos (en mujeres).

3.1.4 Complicaciones físicas y clínicas

La semiinanición característica de la AN, así como los métodos de purga, pueden afectar a la mayoría de los órganos y producir gran variedad de alteraciones, como se describe en el cuadro siguiente:

Sistema	Síntomas	Signos	Pruebas de laboratorio
Todo el cuerpo SNC	Debilidad, lasitud Apatía, escasa concentración, alteraciones del sueño.	Desnutrición, emaciación. Deterioro cognitivo, humor humor depresivo, irritable	IMC bajo % grasa corporal bajo RM: disminución de materias gris y blanca Puede haber anomalías electroencefalográficas como consecuencia de alteraciones en líquidos y electrolitos. Disminución de noradrenalina y serotonina. Aumento de opiáceos endógenos. Melatonina elevada.
Cardiovascular	Palpitaciones, debilidad, mareo, respiración acortada, frío en las extremidades	Pulso irregular, débil, lento, hipotensión, vasoconstricción.	ECG: bradicardia, arritmias, aumento del intervalo QT.
Esquelético	Dolor óseo con el ejercicio	Fragilidad, estatura reducida, detención en el crecimiento. Osteoporosis secundaria a desnutrición y deficiencia hormonal.	Rx. para explorar fracturas y densitometría ósea para evaluar ostopenia u osteoporosis

Muscular	Debilidad, dolores	Desgaste muscular	Anormalidades enzimáticas en desnutrición grave
Reproductor	Detención de la madurez psicosexual, pérdida de libido	Amenorrea, detención del desarrollo sexual o regresión de las características sexuales secundarias, problemas de fertilidad. Disminución del volumen de los ovarios y atrofia de la mucosa vaginal en la mujer. Volumen testicular disminuido en el hombre.	Hipoestrogenia, patrones prepuberales de LH, FSH, ausencia de desarrollo folicular (observado por ultrasonido pélvico), en mujeres. Niveles bajos de testosterona en varones.
Endocrino, metabólico	Fatiga, intolerancia al frío, diuresis, vómitos	Hipotermia	Niveles elevados de cortisol plasmático, aumento de T3 inversa, T3 y T4 disminuidas, anomalidades electrolíticas, deshidratación, hipofosfatemia (en realimentación), hipomagnesemia, hiperamilasemia, hipoglucemia. Si hay vómitos: alcalosis metabólica (bicarbonato sérico aumentado), hipocloremia e hipopotasemia. Niveles bajos de Insulina. Si hay abuso de laxantes: acidosis metabólica.
Hematológico	Fatiga, intolerancia al frío	Hematomas, anomalías en la coagulación	Anemia, leucopenia, trombocitopenia, baja sedimentación eritrocitaria, raramente anomalías en factor de coagulación. Aumento de urea en sangre por la deshidratación.
Gastrointestinal	Vómitos, dolor, sensación de plenitud, estreñimiento	Distensión abdominal postprandial	Vaciado gástrico retrasado, resultados anormales en pruebas de función hepática.
Genitourinario		Edemas con fóvea. Micción nocturna frecuente.	Baja tasa de filtración glomerular, mayor formación de cálculos renales, nefropatía hipovolémica.
Piel y faneras	Cambios en el cabello	Lanugo, cabello y uñas quebradizos, Petequias, signo de Russell.	

Cuadro 1- Complicaciones físicas y clínicas de la Anorexia Nerviosa (1,3,5,9)

Es conveniente tener en cuenta que los exámenes de laboratorio por lo general, son normales y por lo tanto no contribuyen al diagnóstico, sino que por el contrario pueden inducir a error (11).

3.2 Bulimia Nerviosa

3.2.1 Generalidades

El término bulimia deriva del griego *bous*: buey y *limos*: hambre.

La BN se caracteriza por la presencia de atracones, con sensación de falta de control, acompañados de métodos compensatorios inapropiados para evitar el aumento de peso.

Para entender correctamente esta definición, es necesario hacer algunas aclaraciones:

‡ “atracon” es el consumo a lo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que comería la mayoría de los individuos (2).

‡ “período de tiempo corto” significa, en general, menos de dos horas.

El 90 % de las personas que la padece son mujeres y la prevalencia entre adolescentes es del 1-3 % para las mujeres y diez veces menor para los varones. Se inicia en general al final de la adolescencia y persiste durante varios años. La evolución puede ser crónica o intermitente (2).

Los pacientes con este trastorno suelen sentirse avergonzados e intentan ocultar sus síntomas. Por lo común, comen a escondidas o en forma disimulada. El atracón puede durar hasta que la persona siente dolor por la plenitud.

La alteración del control durante los atracones no es absoluta; pueden, por ejemplo, continuar comiendo mientras suena el teléfono pero parar de inmediato ante la presencia de alguien.

Los atracones pueden ser causados por situaciones de estrés, estados de ánimo disfóricos, hambre luego de una dieta estricta o diversos sentimientos relacionados con el peso y la silueta.

Entre las conductas compensatorias, la más común es el vómito que además de disminuir el miedo a la ganancia de peso, hace desaparecer el malestar físico. Pero, en algunos casos, el vómito es el objetivo, y lo logran luego de ingerir pequeñas cantidades de comida. Para ello, utilizan variadas técnicas con los dedos u otros instrumentos.

Otras formas de purga son: uso excesivo de laxantes y diuréticos, en algunos casos enemas, uno o dos días sin comer o realizar ejercicio excesivo. Se considera que el ejercicio físico es excesivo cuando interfiere con las actividades normales, cuando se realiza en horarios inadecuados, en lugares inapropiados o cuando continúan realizándolo a pesar de estar lesionados o enfermos.

En casos excepcionales utilizan hormonas tiroideas para no ganar peso, y los diabéticos con BN pueden llegar a suprimir o disminuir la insulina para reducir el metabolismo de los alimentos ingeridos (2).

La BN es similar a la anorexia nerviosa en el énfasis puesto en el peso y la silueta corporal y en la insatisfacción por el propio cuerpo.

Este trastorno se divide en dos tipos: purgativo, cuando hay provocación de vómitos o uso inadecuado de laxantes y diuréticos; y no purgativo, cuando las técnicas compensatorias son el ayuno o el ejercicio intenso.

3.2.2 Criterio Diagnóstico

Según el DSM-IV, el criterio para diagnosticar bulimia nerviosa es la conjunción de las siguientes características:

- a) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 - 1) ingesta de alimento durante un corto período de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un tiempo similar y en las mismas circunstancias
 - 2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ej. sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida ingerida)
- b) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
- c) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.
- d) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- e) La alteración no aparece sólo en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Para especificar el tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca de manera regular el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre en forma regular a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

3.2.3 Síntomas

Los individuos con BN suelen tener el peso adecuado, con alguna tendencia al sobrepeso.

3.2.3.1 Psicológicos y conductuales

Entre las personas con BN, es frecuente la presencia de síntomas depresivos, trastornos en el estado de ánimo y trastornos de ansiedad, que desaparecen cuando se trata la enfermedad (2, 11). En ocasiones, el trastorno en el estado de ánimo, precede a la bulimia.

Presentan problemas psicosociales y son incapaces de tolerar la frustración. Tienden a tener escasos impulsos de control. Sienten culpa y vergüenza por sus atracones y purgas.

Es común el consumo de sustancias estimulantes con el objeto de controlar el apetito. Esto puede desencadenar la dependencia y el abuso.

3.2.3.2 Físicos

En la BN los síntomas físicos se relacionan con las conductas compensatorias.

El abuso de diuréticos puede causar: debilidad, hipotensión, náuseas, palpitaciones, constipación, deshidratación, hipocalemia, hiponatremia, hipomagnesemia, alcalosis metabólica, arritmia cardíaca, nefropatía, dislipidemia e hiperuricemia.

La deshidratación provoca hiperaldosteronismo, que se manifiesta por edemas, cuya aparición desencadena un círculo vicioso de incremento de conductas de purga.

La pérdida de ácido clorhídrico provocada por los vómitos puede determinar alcalosis metabólica (con hipopotasemia, hipocloremia y aumento de bicarbonato sérico).

Los vómitos recurrentes llevan a la pérdida del esmalte dental, dientes resquebrajados o rotos, aumento de tamaño de las glándulas parótidas y callos o cicatrices en el dorso de la mano (signo de Russell). También provocan pirosis, odinofagia y dolor abdominal.

Puede haber síntomas más graves como desgarramiento esofágico y rotura gástrica.

Con frecuencia se observa nefrolitiasis por oxalato cálcico que se explica por los vómitos autoprovocados y el abuso de laxantes.

Hay un retraso en el vaciamiento gástrico y una prolongación del tránsito intestinal, que provocan sensación de plenitud y constipación. Esto lleva al rechazo del alimento e intensifica las conductas de purga.

El abuso de laxantes puede provocar: deshidratación, hipotensión, hiponatremia, constipación, alteraciones colónicas como el llamado colon catártico (con interrupción de la función colónica por degeneración de las células de los plexos de Auerbach), esteatorrea, melanosis colónica, disfunción pancreática, osteomalacia, hipomagnesemia, hipocalemia y acidosis metabólica hiperclorémica.

Las mujeres pueden presentar irregularidades menstruales o amenorrea. No está claro si esto se debe a las fluctuaciones de peso, a déficit nutricional o a estrés emocional.

3.2.4 Complicaciones físicas y clínicas

La mayoría de las complicaciones de la BN se deben a las conductas compensatorias. En el siguiente cuadro se resumen las principales:

Sistema	Síntomas	Signos	Pruebas de laboratorio
Metabólico	Debilidad, irritabilidad	Escasa turgencia en la piel.	Deshidratación, hipocalemia, alcalosis hipoclorémica en los que vomitan, hipomagnesemia e hipofosfatemia en quienes abusan de los laxantes.
Gastrointestinal	Dolor abdominal en los que vomitan, vómitos automáticos, estreñimiento, hinchazón e irregularidades intestinales en quienes abusan de laxantes. Retraso en el vaciamiento gástrico y prolongación en el tránsito intestinal. Filtrado glomerular reducido.	En los vomitadores: gastritis, esofagitis, erosiones gastroesofágicas (reflujo, desgarramientos de Mallory-Weiss o gástricos), pancreatitis, hematemesis. En los que utilizan laxantes: dismotilidad, melanosis del colon, esteatorrea, malabsorción o colon catártico. Nefropatía.	Enzimas hepáticas anormales. Hiperamilasemia. Hematuria, proteinuria, piuria.
Reproductor	Problemas de fertilidad	Menstruaciones oligomenorrrágicas. Irregularidades en el ciclo menstrual.	Hipoestrogemia
Orofaringeo	Deterioro dental, dolor faríngeo, engrosamiento de mejillas y cuello	Caries dentales con erosión del esmalte, úlceras bucales, eritema faríngeo, hipertrofia de glándulas parótidas, disfonía.	Rx que confirman erosión de esmalte dental, amilasa pancreática elevada asociada a hiperplasia parotídea benigna.
Piel y mucosas		Signo de Russell: cicatrización en el dorso de la mano.	
Cardiomuscular (en quienes abusan de ipecacuana)	Debilidad, palpitaciones	Anormalidades cardíacas, debilidad muscular	Miocardopatías y miopatía periférica

Cuadro 2 – Complicaciones físicas y clínicas de la Bulimia Nerviosa (1,3,5,9)

3.3 Trastorno alimentario no específico

El grupo de trastornos alimentarios no específicos (TANE) incluye a una serie de trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen con los criterios de diagnóstico para anorexia o bulimia.

Algunos ejemplos son:

- Mujeres que cumplen la mayoría de los criterios diagnósticos para anorexia nerviosa, pero con menstruaciones regulares.

- b) Criterios para anorexia pero el peso se encuentra dentro de límites normales.
- c) Criterios para bulimia nerviosa, pero los atracones o las conductas compensatorias aparecen con regularidad menor a dos veces por semana o durante menos de tres meses.
- d) Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida, en individuos de peso normal.
- e) Masticar y expulsar, sin tragar, cantidades importantes de comida.
- f) Rumiación, que consiste en la regurgitación repetida de comida del estómago a la boca, desde donde es expulsada o masticada de modo indefinido.
- g) Pica, que se define como ingestión persistente de sustancias que no constituyen alimento como tierra, trozos de cal, etc.
- h) Trastorno por atracón: atracones recurrentes sin conductas compensatorias.
- i) Síndrome del comedor nocturno, que come durante la noche y presenta anorexia y restricción alimentaria durante el día.

Los TANE no constituyen siempre un paso previo a la AN o a la BN, pueden ser una forma clínica diferente.

Entre ellos, el trastorno por atracón o Síndrome de Descontrol Alimentario, ya fue incluido en el DSM-IV.

3.3.1 Trastorno por atracón

También conocido por su nombre en inglés: *Binge Eating Disorder* (BED), se caracteriza por atracones recurrentes asociados a falta de control sobre la alimentación y malestar significativo, sin estrategias compensatorias. Fue agregado en el apéndice del DSM-IV como trastorno de la conducta alimentaria.

La falta de control se evidencia en comer muy deprisa, comer hasta sentir una desagradable plenitud, ingerir gran cantidad de alimentos sin sentir hambre y sentirse disgustado, culpable o deprimido luego de estos episodios.

El malestar se traduce en insatisfacción antes del atracón y durante el mismo y preocupación por los efectos en el peso y la imagen corporal.

La frecuencia de los atracones debe ser de al menos dos días por semana y durante un período de seis meses para que sea considerado un trastorno de la conducta alimentaria.

En algunos casos los atracones se desencadenan por estados de ánimo disfóricos, depresión o ansiedad. En otros, no hay causa específica más que una sensación de tensión emocional.

Los pacientes con trastorno por atracón presentan grados variables de sobrepeso u obesidad. Han realizado innumerables dietas y se sienten desesperados por las dificultades para controlar la ingesta de alimentos.

Les cuesta diferenciar un atracón de episodios menos importantes, pero recuerdan un atracón en un día y en un momento determinado. Por lo tanto es importante focalizar en la cantidad de días de atracones y no en la cantidad de atracones.

A diferencia de los bulímicos, los pacientes con BED no presentan ciclos de conductas de atracón seguidos de otros de gran restricción alimentaria. En los días sin atracones, su consumo calórico es elevado.

Como en los otros trastornos estudiados, están desconformes con la propia imagen y sienten una preocupación exagerada por su cuerpo. En muchos casos coexisten síntomas de depresión y ansiedad (13).

Su prevalencia es de 0.7-4 % y es 1,5 veces más frecuente en mujeres que en varones. Se inicia por lo general al final de la adolescencia y a menudo luego de un gran descenso de peso logrado tras una dieta (2). Su frecuencia aumenta en proporción a lo estricto del tratamiento hipocalórico (10).

3.3.2 Criterio diagnóstico

Según el DSM-IV, se diagnostica Trastorno Por Atracón a los individuos que cumplen con los siguientes criterios:

- a) Episodios recurrentes de atracones. El atracón se caracteriza de la misma forma que el de bulimia nerviosa (explicado en el punto 2.2.2.).
- b) Los episodios de atracón se asocian a tres o más de los siguientes síntomas:
 - 1) ingesta mucho más rápida de lo normal
 - 2) comer hasta sentirse desagradablemente lleno
 - 3) ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre
 - 4) comer a solas para esconder la voracidad
 - 5) sentirse a disgusto con uno mismo, con depresión, o gran culpabilidad después del atracón.
- c) Profundo malestar al recordar los atracones.

- d) Los atracones tienen lugar, en promedio, al menos dos días a la semana durante seis meses.
- e) El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas y no aparecen sólo en el transcurso de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa.

3.3.3 Síntomas

Los individuos que sufren BED por lo común son obesos o presentan un sobrepeso importante.

3.3.3.1 Psicológicos y conductuales

Suelen presentar trastornos afectivos, de la personalidad, pánico o ansiedad. Muestran con frecuencia comportamientos impulsivos como cleptomanía y compras compulsivas. Tienden a consumir todo tipo de sustancias, en particular marihuana y otras drogas. Su comportamiento se ve agravado por una baja autoestima y depresión.

3.3.3.2 Físicos

Todos los síntomas físicos dependen del grado de obesidad que presenten. Suelen tener más dificultades para perder peso que los obesos sin atracones.

3.3.4 Complicaciones físicas y clínicas

Son las mismas que en los obesos sin atracones y dependen del grado de obesidad. Entre ellas encontramos: dificultades para perder peso, hipertrigliceridemias, hipercolesterolemias, alteraciones en el sueño y mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares.

4. Abordaje nutricional

Las peculiaridades de los pacientes con TCA son muy diferentes, de acuerdo con el tipo de trastorno que predomina. En la anorexia nerviosa se suele encontrar desnutrición crónica, reducción de reservas energéticas y proteicas, desequilibrio electrolítico, carencias vitamínicas, deficiencias hormonales y aumento del colesterol. El aparato digestivo puede encontrarse afectado desde la boca hasta el recto, al igual que los riñones, el aparato genital y los huesos. La bulimia nerviosa presenta también desequilibrios electrolíticos y alteraciones digestivas con mayores riesgos por la distensión gástrica, además, carencias vitamínicas, lesiones cutáneas y de mucosas.

Para hacer una correcta evaluación de los pacientes con TCA, es importante conocer:

- ‡ antecedentes clínicos (enfermedades anteriores y actuales, antecedentes familiares y personales de TCA)
- ‡ hábitos alimentarios
 - ‡ comportamientos alimentarios previos
 - ‡ comportamiento alimentario actual
- ‡ datos antropométricos
- ‡ datos de laboratorio
- ‡ datos endocrino metabólicos.

El tratamiento debe ser personalizado teniendo en cuenta las características del paciente, la familia, el entorno, el riesgo clínico y los antecedentes de la enfermedad. Debe evaluarse permanentemente los resultados. Los objetivos deben ser explícitos y establecidos de acuerdo con la familia ya que es de suma importancia su colaboración (11).

Como primera opción se recomienda el tratamiento ambulatorio en el caso de pacientes con una buena red de sostén, que no presentan riesgo de muerte y cuando se puede garantizar su seguimiento (11).

En casos de trastornos psicológicos, cardiovasculares, digestivos o de desnutrición graves, puede ser necesaria la internación.

Es fundamental tener una actitud cálida, acogedora, no autoritaria; aumentar la relación de empatía (14).

Los cambios en el comportamiento alimentario de los pacientes con TCA son:

- ‡ ausencia del reconocimiento de necesidades alimentarias, nutricionales o ambas
- ‡ reducción cuantitativa
- ‡ reducción cualitativa
- ‡ alteración de la distribución de las comidas
- ‡ preocupación constante por la comida
- ‡ pérdida del placer de la comida
- ‡ vivencia penosa de la digestión

‡ alteración de la percepción del hambre-saciedad.

La relación con el paciente es una parte importante del proceso de rehabilitación nutricional. Si es buena, habrá mejor comunicación, mayor confianza y persuasión y será más fácil lograr un cambio de conducta. Por lo tanto, es imprescindible el entrenamiento del nutricionista para lograr una relación adecuada.

La consulta inicial será exhaustiva en cuanto a los antecedentes dietarios individuales y familiares, pero poco estructurada para evitar que el paciente se sienta interrogado. Se aconseja relacionar alguna de las manifestaciones somáticas del paciente con su conducta hacia la comida y explicar los riesgos a los que se expone. Para lograr su motivación se plantearán pequeños objetivos a corto plazo, que el paciente pueda cumplir.

4.1 Anorexia nerviosa

Los objetivos del tratamiento de la AN son: reestablecer un peso saludable, recuperar los ciclos menstruales en la mujer y establecer hábitos alimentarios sanos (1).

Los pacientes con AN no suelen estar dispuestos a colaborar y con frecuencia engañan, ocultan y desatienden prescripciones. Es necesario incluir estos hechos en el contexto del proceso patológico, ganar su confianza y trabajar en colaboración con el equipo psiquiátrico.

En general, desconfían del nutricionista que atenta contra su estado, del que temen salir. Se aconseja evitar la actitud de culpa o coercitiva y establecer una alianza basada en la confianza, la colaboración y la negociación.

Es de gran utilidad apoyarse en el testimonio de familiares o cuidadores para verificar la marcha del proceso. También se apela a pruebas específicas como análisis de laboratorio y medidas corporales que eludan los trucos de estos pacientes para encubrir su proceder.

Es fundamental entender que esta conducta no es voluntaria, sino impelida por el propio trastorno.

Según los autores consultados, es importante realizar un tratamiento basado en la reeducación alimentaria. Son pacientes que han estudiado dietética y nutrición a través de fuentes poco acertadas o que han malinterpretado la información recibida.

Se marcarán objetivos razonables y no muy distantes al principio, pero haciendo saber siempre al paciente cuáles son los mínimos recomendados y necesarios para recuperar un estado funcional aceptable. A medida que se logran mejoras, se irán ampliando los objetivos pactados.

Los individuos con AN evitan los alimentos que ellos consideran de mayor contenido calórico. En general, en su dieta falta más energía que proteínas. Suelen elaborar dietas insólitas, por lo limitadas y exóticas, sin ninguna base científica, y de las que se convierten en esclavos (3). Eligen vegetales, frutas, lácteos descremados y gran cantidad de líquidos, excluyen totalmente los alimentos con alto contenido de grasas así como pan, pastas y cereales, disminuyen el consumo de carnes hasta suprimirlas por completo.

La restricción alimentaria provoca una alteración en los tiempos de la nutrición, produciendo gastroparesia por modificación de la composición, consistencia, volumen y frecuencia de la ingesta. Los síntomas habituales son: náuseas, vómitos, sensación precoz de plenitud, dolor y distensión abdominal postprandial. La desnutrición a largo plazo provoca hipotrofia de la mucosa intestinal con dilatación yeyunal.

El uso de conductas purgativas lleva a desequilibrios hidroelectrolíticos, ácido básicos y depleciones de potasio con irritación de la mucosa esofágica y orofaríngea.

El empleo de diuréticos, además del desequilibrio hidroelectrolítico, compromete la función renal. Algunos pacientes recurren a la ingesta de grandes cantidades de agua antes de los controles, para aumentar su peso y hacer creer que están cumpliendo con los objetivos propuestos por sus terapeutas. Este hábito puede desencadenar un cuadro generalizado por una gran dilución electrolítica que se denomina intoxicación acuosa y puede provocar convulsiones y muerte (3). Por otra parte, cuando el riñón tiene que eliminar ese exceso de líquido, además de ahorrar en forma simultánea los nutrientes de los que carece por escaso aporte de la dieta, lo hace con una sobrecarga de su función (3).

Los laxantes provocan pérdida de minerales y alteración de la dinámica intestinal.

El organismo responde con una serie de medidas de ahorro y menor gasto, ante la carencia de nutrientes y produce cambios más o menos armónicos que modifican los parámetros de normalidad para volumen corporal, peso, masa grasa y muscular, tamaño de vísceras y masa ósea. Recurre a un proceso de autofagia, por el que se provee de proteínas musculares y viscerales y disminuye la masa grasa y la masa celular, con lo que reduce el gasto metabólico basal. El metabolismo hidrocarbonado se sustituye por el de las grasas, ante la falta de ingresos y se obtiene glucosa por gluconeogénesis a partir de aminoácidos musculares.

Cuando los cambios se producen en forma lenta, no se reflejan en las concentraciones plasmáticas de los parámetros usados habitualmente para detectar alteraciones. Suelen tener concentraciones normales o aumentadas de hemoglobina, hematíes, urea, glucosa y iones, cuando su peso es menos del 60 % del peso normal.

Nunca hay que reponer las pérdidas con rapidez, ya que se rompería este equilibrio logrado por el organismo, que no tendría capacidad para metabolizar y asimilar lo aportado y sufriría una descompensación.

4.1.1 Valoración nutricional

La valoración del estado nutricional se basa en los procedimientos habituales:

† Historia dietética:

- ✍ antecedentes personales y familiares de TCA
- ✍ tratamientos dietéticos anteriores
- ✍ cambios en el peso
- ✍ modificaciones en la ingesta (duración, intensidad y características de las restricciones)
- ✍ uso de conductas purgativas
- ✍ actividad física
- ✍ apreciación de imagen corporal
- ✍ síntomas gastrointestinales
- ✍ amenorrea
- ✍ observación de signos: pérdida de grasa subcutánea, lanugo, frialdad de extremidades, cabello y uñas quebradizos, piel seca, acné, deterioro de esmalte dental, prominencias óseas, etc.
- ✍ conducta social y familiar
- ✍ conocimientos sobre nutrición
- ✍ comportamiento alimentario: número de comidas diarias, cantidad, horarios, preferencias y/o aversiones de alimentos, alimentos excluidos, forma de preparación, etc.

† Antropometría:

- ✍ evaluación de peso y talla
- ✍ IMC y porcentaje de pérdida de peso
- ✍ perímetro braquial, de cintura, de cadera y de muslo
- ✍ pliegues cutáneos y/o bioimpedancia

† Datos bioquímicos

- ✍ hemograma
- ✍ ionograma
- ✍ perfil lipídico
- ✍ albúmina y prealbúmina séricas
- ✍ hierro sérico y transferrina
- ✍ glucemia
- ✍ creatinina en orina de 24 hs.
- ✍ LH, FSH, T3, T4 y estrógenos (en el caso de las mujeres)

Un peso inferior al 85% del peso normal para talla y edad y un IMC menor a 17,5 son indicadores de AN, pero se debe considerar todos los datos antropométricos y los antecedentes de peso.

El control del perímetro braquial, de cintura, de cadera y de muslo, servirá para evaluar los cambios corporales atribuibles a modificaciones en la masa magra o grasa.

La medición de pliegues cutáneos y la utilización de la bioimpedancia, permitirán cuantificar con mayor precisión, la grasa corporal (3).

Para calcular las necesidades nutricionales la fórmula más utilizada es la de Harris-Benedict (3), pero se la tomará como punto de partida que deberá corregirse en función de la situación de órganos, aparatos o sistemas afectados, así como de las carencias de elementos vitales y de las dificultades del trastorno de conducta.

4.1.2 Asistencia nutricional

El objetivo de la asistencia nutricional es ayudar al anoréxico a cambiar su idea acerca del alimento, y lograr un aumento en la ingesta y una disminución del gasto energético para obtener un balance positivo.

Esto depende en gran parte del éxito de la psicoterapia, pero, al mismo tiempo, muchos de los síntomas psicológicos de estos pacientes, tienen que ver con su estado de inanición, por lo que no se puede hacer un buen diagnóstico psicológico ni garantizarse resultados en el tratamiento psicoterapéutico, si no se logra la rehabilitación nutricional (6).

Se busca modificar el comportamiento a través de contratos con el paciente, que se reevalúan permanentemente y se otorgan privilegios a medida que se consiguen progresos.

No se habla de peso ideal sino de peso objetivo, cercano al normal. Éste es más realista y está determinado por los antecedentes de peso, como por el peso en el que se regularizan las funciones fisiológicas. El peso objetivo se va reevaluando cada vez que se alcanza, de acuerdo con la motivación del paciente.

En tratamientos ambulatorios hay que establecer pautas sobre actividad física, estudio, trabajo, entre otras.

El estado de deterioro físico determina la necesidad de la internación o no. Un IMC menor a 15, alteraciones electrolíticas graves, arritmias cardíacas graves, deshidratación grave o hipotermia, abuso persistente de laxantes, incontinencia familiar que imposibilita el tratamiento ambulatorio, con riesgo de la vida del paciente y conductas autoagresivas, son causas de internación. La atmósfera de internación debe ser protectora y no punitiva (6).

4.1.3 Plan de alimentación

4.1.3.1 Ambulatorio

El objetivo inicial es detener la pérdida de peso y establecer la regularidad en los hábitos alimentarios. El nivel energético del plan alimentario depende de la ingesta previa y del peso con el que el paciente llega a la consulta. Si el contenido calórico de la dieta inicial es demasiado elevado, puede rechazarla y resistirse al cambio.

Las expectativas de ganancia de peso se pueden establecer en límites de 200-800 g/semana durante la fase inicial (8-10 semanas).

Si el paciente está emaciado y con una ingesta de menos de 800 kcal/día, no se puede aumentar más que 200 kcal/semana en la etapa inicial. Si el grado de emaciación es menor y la dieta es regular, aunque hipocalórica, se puede comenzar aumentando 500 kcal/semana (1).

Siempre hay que utilizar la negociación para incorporar alimentos o aumentar el tamaño de las porciones o la cantidad de comidas diarias. Se trata de recomendar una alimentación normal, amplia y variada buscando el consumo de alimentos protectores. Se debería evitar el consumo de alimentos "light" aunque como los pacientes los prefieren, se aceptan en un comienzo, resaltando sus características nutritivas.

Con frecuencia es necesario recurrir a suplementos calóricos cuando no se puede lograr con alimentos la ganancia de peso necesaria.

El plan aconsejado incluye alimentos de cada uno de los grupos básicos, que sean aceptados por el paciente, en porciones crecientes. Se tratará de introducir en la dieta los nutrientes excluidos buscando nuevas fuentes en los casos de fobias a determinados alimentos. En cuanto a su composición en macronutrientes, es de distribución normal, con 50 a 55% del VCT en hidratos de carbono, 15 a 20% del VCT en proteínas y 25 a 30 % del VCT en grasas.

Este plan se indica como una guía y se explica al paciente que puede comer más de cualquiera de los alimentos indicados, pero nunca menos.

Se controla la ingesta de líquidos para evitar la plenitud gástrica prematura.

Con respecto a los micronutrientes, en la mayoría de los anoréxicos hay carencia de Fe y Ca.

La carencia de Fe tiene que ver con la ausencia de carnes en su dieta y con las prácticas alimentarias que inhiben su absorción. Para evitarla se promueve el consumo de carnes rojas y la combinación de vegetales de hoja con fuentes de vitamina C.

La carencia de Ca no se produce por aporte reducido ya que generalmente no eliminan totalmente el consumo de lácteos, sino por deficiencia de absorción y retención. Las causas son el bajo consumo de grasas que lleva a la mala absorción de vitamina D junto con la baja exposición al sol de estos pacientes que cubren con ropa todo su cuerpo.

Es preciso hacer una firme y continua educación alimentaria brindando información nutricional, tratando de erradicar creencias erróneas e indicando inclusión de alimentos fortificados en Fe y Ca.

En forma progresiva se incorpora hábitos y horarios familiares de comidas, con el fin de incentivar al paciente a comer en compañía.

Se le pide que confeccione un registro diario de ingesta para relacionar con el plan. En él debe detallar qué come, con quién, dónde y si tiene hambre. Esta herramienta es fundamental para recuperar el patrón alimentario y lograr cambios nutricionales saludables. En el anexo 7.2 se presenta un modelo de recordatorio de ingesta.

Es muy importante explicarle que podrá sufrir molestias iniciales como constipación, diarrea, distensión abdominal y dolores de estómago por la disminución de la motilidad gástrica e intestinal provocada por el ayuno, que se aliviarán cuando establezca hábitos regulares.

La progresión en el contenido calórico se evalúa de manera individual. Se aconseja conversar con el paciente acerca de sus necesidades calóricas y discutir con él la frecuencia de la actividad física.

Avanzar lentamente le permitirá hacer los cambios psicológicos necesarios.

Al principio puede haber un rápido aumento de peso, provocado por retención de agua y electrolitos y aumento de la depleción del glucógeno hepático y muscular. Es conveniente alertar sobre esto al paciente y tranquilizarlo explicándole que se normalizará al continuar con la ingesta prescrita.

Se sugiere un control semanal al inicio del tratamiento y luego quincenal, diagramando una curva de peso y vigilando que el incremento sea gradual.

Si se detiene la pérdida de peso y luego se logran aumentos paulatinos, el tratamiento se considera satisfactorio (6).

4.1.3.2 En internación

Con los individuos internados es fundamental un estricto control alimenticio, de manejo de líquidos, de actividad física, de reposo luego de comer y de educación alimentaria. Habitualmente el equipo de nutrición realiza una visita diaria al paciente (3). Se aconseja la evaluación diaria del peso en ayunas, sin ropas y luego de orinar y defecar; evitar el vómito vigilando los ingresos al baño en las dos horas siguientes a la comida y no suministrar laxantes en caso de constipación.

Cuando la desnutrición es grave, el objetivo primordial es la corrección hidroelectrolítica. Se requiere un meticuloso planeamiento y una estricta vigilancia para evitar el síndrome de realimentación, complicación grave que se explica en el punto 3.1.3.2.1.

Salvo que haya una intolerancia digestiva, negación absoluta a comer o imposibilidad de aportar los requerimientos en un tiempo prudencial, se prefiere una dieta oral. Se comienza por una dieta hipocalórica, por debajo de los requerimientos actuales y con estricto control de la ingesta de sólidos y líquidos, para ir aumentando en forma paulatina las ingestas, evitando la sobrecarga.

La intolerancia digestiva depende de las alteraciones esófago-gástricas a consecuencia de vómitos, malabsorción con atrofia de la mucosa intestinal, deficiencias enzimáticas o edematización de la mucosa, a consecuencia de la desnutrición y los laxantes. En estos casos se comienza con nutrición parenteral, para continuar por sonda o por vía oral con productos hidrolizados de fácil dosificación, terminando con alimentos naturales en forma oral (3).

Cuando el requerimiento energético en la realimentación es muy elevado (mayor a 3000 kcal/día), se utiliza alimentación enteral durante la noche y se continúa la reeducación alimentaria durante el día (3).

En casos de total falta de colaboración del paciente, se utiliza alimentación enteral hasta que los logros psicoterapéuticos permitan la alimentación oral.

En todos los casos es imprescindible vigilar la tolerancia digestiva y metabólica para detectar y contrarrestar reacciones adversas.

4.1.3.2.1 Síndrome de realimentación

El síndrome de realimentación es un conjunto de trastornos clínicos consecutivo a la depleción de fósforo que se puede presentar en pacientes desnutridos, durante su realimentación (1).

Una persona desnutrida o en ayuno, se mantiene gracias al metabolismo de sus reservas grasas que no es fósforo dependiente. Cuando comienza la realimentación se inhibe la lipólisis y el organismo necesita fosfato para la glucólisis. Se produce una intensa hipofosfatemia que provoca importantes alteraciones celulares.

Las consecuencias son debilidad muscular, fatiga, náuseas, vómitos y osteomalacia por resorción del fósforo óseo para corregir los niveles de fósforo sérico (1). Un efecto más grave es la caída del volumen sistólico, que en el marco de un volumen circulatorio aumentado, puede condicionar la aparición de insuficiencia cardíaca congestiva y falla respiratoria, pudiendo llegar al coma (3).

Este síndrome se puede prevenir iniciando la alimentación en forma lenta y progresiva y realizando un análisis de concentración de fosfatos cada 2 o 3 días.

La estrategia recomendada es (3):

- ✗ identificar los pacientes de riesgo (con desnutrición o que no hayan comido en los últimos 7 a 10 días)
- ✗ determinar la concentración de electrolitos y corregirla antes de la realimentación.
- ✗ realizar controles bioquímicos cada 2 o 3 días durante los primeros 10 días de realimentación y posteriormente, una vez por semana.
- ✗ aumentar muy lentamente el aporte calórico, a razón de 200 a 300 kcal cada 3 o 4 días.
- ✗ vigilar la aparición de edema o taquicardia.

4.1.3.2.2 Alimentación enteral

Se prefiere el uso de fórmulas comerciales por su composición definida, esterilidad, calidad y facilidad en la preparación, administración y almacenamiento.

Se aconseja elegir una fórmula con bajo contenido de grasas para evitar que la alteración de la lipasa pancreática de estos pacientes los lleve a una esteatorrea con alteración del calcio.

La fórmula sugerida es aquella que contenga en 100 g de polvo (1):

Hidratos de carbono	51 %
Proteínas	16,2 %
Grasas	25 %
Ca	510 mg/100 g de polvo
P	350 mg/100 g de polvo
K	610 mg/100 g de polvo
Mg	51 mg/100 g de polvo
además de vitaminas y otros minerales.	

Se aconseja comenzar con una dilución del 13% y un volumen de 1500-2000 cm³. Se obtiene una baja osmolaridad y 485 kcal. Este volumen se pasa en 24 hs. a un flujo de 84 ml/h con bomba de infusión para garantizar que el paciente recibe agua con nutrientes diluidos.

A los tres días se podría aumentar en 200-300 kcal/día en función de la respuesta metabólica. Al llegar a las 2000 kcal, se estaría cubriendo las vitaminas y minerales necesarios.

Si la economía del paciente no le permite acceder a las fórmulas comerciales, se recurre a una dieta artesanal con leche parcialmente deslactosada, diluida en un volumen de agua establecido en cada caso en particular, con el agregado de algún suplemento para alcanzar el valor calórico y proteico (1).

La alimentación enteral sólo debe pensarse como estrategia a corto plazo y está contraindicada en casos de hemorragia digestiva, íleo, intolerancia, diarrea refractaria al tratamiento, distensión abdominal, náuseas o vómitos.

4.1.3.2.3 Alimentación parenteral

Se inicia con la mitad de los requerimientos diarios o con el VCT según la anamnesis de la ingesta del último día. Se aumenta cada tres días.

4.1.4 Mantenimiento

A medida que el paciente gana confianza en su alimentación, percibe la mejoría en su salud, y una vez que alcanzó el peso objetivo, se puede comenzar con ingesta espontánea.

Los niveles calóricos de mantenimiento pueden requerir varios ajustes. Para ello, es beneficioso utilizar los registros de ingesta.

Un plan con énfasis en la moderación, en la variedad y en la regularidad de las comidas es la base del programa de mantenimiento.

Se recomienda continuar los controles cada 3, 6 o 12 meses, siempre y cuando no haya en ese lapso, una variación de peso significativa.

4.2 Bulimia Nerviosa

Los pacientes con BN suelen tener un peso normal o sobrepeso, por lo que la recuperación nutricional no constituirá un objetivo principal. Consultan por propia voluntad por lo caótico de su patrón alimentario y la sensación de descontrol que experimentan (1). Deben aprender a comer de nuevo.

Su ansiedad por lograr un adelgazamiento rápido los lleva a realizar dietas muy restrictivas que no pueden sostener, favoreciéndose la instalación de períodos de ayuno que se alternan con atracones y vómitos. Los alimentos ingeridos durante los atracones son hipercalóricos, con preferencia por aquellos que contienen sacarosa y grasas saturadas. Los períodos de restricción se caracterizan por baja ingesta energética, de calcio, hierro y zinc. La alimentación ocupa todos los pensamientos del paciente impidiéndole otras tareas.

Los objetivos del tratamiento son: normalizar los hábitos alimentarios para evitar atracones y purgas y normalizar el peso en caso de que haya sobrepeso. Este último objetivo no se busca en una primera etapa sino, cuando se van controlando los atracones.

El enfoque del tratamiento es el cambio de conducta, por lo tanto, la interacción permanente entre nutricionista y psicólogo o psiquiatra es fundamental.

Se educa al paciente sobre número, horario, lugar, acompañamiento y modalidad de las comidas y se corrige errores conceptuales y mitos populares. Se promueve el aumento en la variedad de alimentos ingeridos y patrones de ejercicio físico saludable pero no excesivo.

Las técnicas conductuales como comidas planificadas y registros alimentarios contribuyen al control de los síntomas y a la interrupción de los atracones y las purgas.

Como en los demás TCA, es esencial una buena alianza nutricionista-paciente caracterizada por la colaboración mutua basada en el respeto, la confianza y el compromiso con el tratamiento.

4.2.1 Valoración nutricional

La valoración nutricional de pacientes con BN no presenta demasiadas dificultades. Se utiliza las técnicas antropométricas habituales: peso, talla, IMC, pliegues cutáneos y perímetros braquial, de cintura y de cadera, y se confecciona una historia dietética detallada. Se evalúan los resultados de laboratorio para determinar el estado hidroelectrolítico.

Es fundamental realizar una detallada anamnesis alimentaria para conocer la cantidad de atracones, qué alimentos prefiere en esos momentos y qué tipo de conductas compensatorias utiliza.

Para calcular las necesidades nutricionales, la fórmula usada con más frecuencia es la de Harris-Benedict (3).

4.2.2 Asistencia nutricional

La asistencia nutricional tiene como objetivos distribuir regularmente las ingestas a lo largo del día, evitar los alimentos que disparen el atracón, interrumpir la secuencia restricción-atracón-purga, acordar la exclusión de laxantes, diuréticos o ambos, modificar razonamientos y creencias erróneas y lograr una actividad física moderada.

Se explica al paciente que su patrón alimentario caótico favorece el aumento de peso contrariamente a lo que supone. También, que el descenso de peso que busca lo logrará cuando cesen los atracones y que esto ocurre cuando se normalizan los hábitos alimentarios.

Se lo instruye sobre las complicaciones físicas de los atracones, vómitos y abuso de laxantes.

Se busca un acuerdo para excluir vómitos y utilización de laxantes y/o diuréticos, sin olvidar de explicarle que al dejar de purgarse, podrá aumentar de peso por retención temporal de líquidos.

La suspensión de laxantes puede provocar una constipación por rebote. En ese caso se da pautas alimentarias para estimular el tránsito intestinal: beber abundante agua, consumir frutas y verduras, fraccionar la alimentación.

Se alienta una alimentación moderada en compañía, evitando restricciones alimentarias y descartando el peso como indicador de la evolución del tratamiento.

El autorregistro alimentario incluyendo atracones, vómitos, circunstancias de aparición y estados emocionales, es una herramienta muy útil, que ayuda a que el paciente reconozca las situaciones que lo predisponen al atracón. Se sugiere usar un recordatorio como el presentado en el anexo 7.2.

Para evitar las obsesiones con el peso, se aconseja instruir al paciente sobre su peso posible y sobre las oscilaciones diarias naturales, y pautar el control de peso en un día fijo, una vez por semana. Se le pide que no saque conclusiones sobre su peso hasta, por lo menos, un mes después de haber comenzado el tratamiento.

Los pacientes con BN no necesitan internación salvo que sufran depresión severa, exista riesgo de suicidio, su salud física general sea preocupante, presenten un severo disturbio electrolítico o fracase el tratamiento ambulatorio.

4.2.3 Plan de alimentación

En una primera etapa se elabora un plan de alimentación normocalórico, variado, respetando los gustos del paciente y restringiendo los alimentos que desencadenan el atracón.

Se lo fracciona en cuatro comidas y dos colaciones diarias, para reeducar las sensaciones de hambre-saciedad. Se explica al paciente, que debe respetar esta distribución aunque coma menos de lo previsto. Es preciso especificar el tipo de comida, día por día.

La distribución de macronutrientes sugerida es la normal: 50-55% del VCT en hidratos de carbono, 15-20% en proteínas y 25-30% en grasas.

En una segunda etapa, una vez que los episodios de atracón sean infrecuentes, el objetivo es evitar la conducta "dietante". Se introduce poco a poco, los alimentos que inducían atracones y que fueron evitados en la primera etapa.

4.2.4 Mantenimiento

Se indica un plan de alimentación normal y variado. Se aconseja explicar al paciente que puede tener recaídas, en especial en los momentos de estrés, y se le propone alternativas para evitar el atracón.

El plan de mantenimiento se centra en evitar conductas restrictivas que recomiencen el círculo restricción-purga-atracón.

4.3 Trastornos alimentarios no específicos

Estos trastornos se tratan con reeducación alimentaria según las características y necesidades de cada caso en particular.

El paciente con BED se atiende en forma similar al que sufre BN buscando evitar los atracones y ordenando las ingestas diarias.

Siempre se elabora un plan de alimentación individual, personal y adecuado a cada paciente, buscando su confianza en lo indicado, de manera que lo cumpla con tranquilidad (8).

Se centra en las condiciones en que come, en la relación comida-emociones, en el registro hambre-saciedad, en los hábitos alimentarios familiares y en la actividad física.

Se hace la valoración nutricional evaluando historia dietética, antropometría (peso, talla, IMC, pliegues y perímetros) y se calcula los requerimientos, por lo general, con la fórmula de Harris-Benedict (3).

Se corrige el sobrepeso o la obesidad en caso de existir, luego de haber logrado un patrón alimentario normal.

Se aconseja trabajar siempre en contacto con el psicoterapeuta, monitoreando juntos los progresos del paciente.

4.4 Medicación, interacción fármaco-nutriente.

Si bien la medicación es un tema de estricta incumbencia médica, es importante que el nutricionista conozca las posibles interacciones de los medicamentos utilizados de manera habitual en estos trastornos con las funciones del aparato gastrointestinal. Es por esta razón que se incluye un muy breve resumen de algunos de los efectos adversos de los medicamentos más usados.

4.4.1 Tranquilizantes, neurolépticos, ansiolíticos o antipsicóticos

La clorpromazina y otras fenotiazinas tienen efectos adversos como hipotensión ortostática, hipotermia, trastornos gastrointestinales y alteración de la función hepática que se incrementan en pacientes desnutridos.

Otros bloqueantes dopaminérgicos como la pimozida y la sulpirida presentan iguales efectos adversos y no se mostró su eficacia en el tratamiento de estos trastornos (1).

Los antipsicóticos como la olanzapina producen aumento de peso.

Los tranquilizantes menores como el lorazepam, pueden ser útiles para disminuir la ansiedad en la realimentación de los anoréxicos o para evitar atracones en los bulímicos, pero siempre hay que tener en cuenta la posible dependencia y el abuso.

4.4.2 Antidepresivos

Los antidepresivos tricíclicos incrementan sus efectos adversos en pacientes mal nutridos. Por otra parte producen avidez por los hidratos de carbono. Pueden producir desequilibrios electrolíticos. Entre los efectos adversos de interés para el nutricionista, se observa sequedad de boca, constipación y aumento de peso (contraproducente en BN, favorable en AN).

Los serotoninérgicos promueven un descenso de peso inicial (favorable en BN, desfavorable en AN). Si se administra alejado de atracones y purgas, se reduce la avidez por los hidratos de carbono.

5. Prevención

Los trastornos en la conducta alimentaria son sumamente complejos y aún hoy hay una gran ignorancia sobre su causa subyacente. Existen diversos factores de riesgo predisponentes, desencadenantes y perpetuadores entre los que figuran:

- ✍ Adolescencia: los cambios corporales obligan a la reevaluación del propio cuerpo, el temor a alejarse del modelo facilita la decisión de adelgazar y hay, sobre todo en las mujeres, una mayor susceptibilidad a las alteraciones emocionales
- ✍ Personalidad: rigidez y autoestima baja
- ✍ Sobrepeso y obesidad: antecedente más frecuente en bulimia que en anorexia
- ✍ Conflictividad familiar: antecedentes de TCA, alcoholismo, depresión y estilos anómalos de educación; familias desorganizadas, críticas, con incapacidad de establecer relaciones de mutua ayuda
- ✍ Actividad física excesiva: reduce el apetito
- ✍ Sexo femenino: por la presión social a favor de un cuerpo delgado y la mayor vulnerabilidad a la desnutrición
- ✍ Actividades específicas: danza, gimnasia rítmica, carreras, son factores de riesgo de anorexia; y lucha, boxeo y físico-culturismo, de bulimia nerviosa
- ✍ Modelo estético cultural delgado: es el gran factor de riesgo, que explica la difusión del trastorno, su prevalencia en clases sociales media y alta y la mayor afectación de la mujer

- ⌘ Dieta alimentaria restrictiva: es el factor de riesgo inmediato, es el inicio de los fenómenos de desnutrición que dará lugar al desarrollo, arraigo y agravación de los TCA
 - ⌘ Otros: estados de ansiedad, depresiones, embarazo, vegetarianismo, accidentes, etc.
- Algunos de estos factores son inmodificables y otros son inespecíficos y pueden conducir a cualquier trastorno de la conducta alimentaria.

La prevención, se debe centrar en los factores de riesgo específicos y dirigirse hacia los individuos, sus familias, los educadores, los integrantes del equipo de salud, los grupos de riesgo, los legisladores y los medios de comunicación (15). La principal estrategia es la educación (8).

En lo que concierne a los individuos, el objetivo es lograr que los adolescentes, y la población en general (en especial las mujeres), reciban una educación alimentaria nutricional adecuada y que reconozcan las consecuencias de la mala nutrición. Es conveniente que tengan conocimientos sobre los trastornos en la conducta alimentaria, pero evitando asustarlos o darles información sobre síntomas que pueden promoverlos en lugar de prevenirlos (por ejemplo: no hay que detallar conductas purgativas) (1). El adolescente tiene que estar de acuerdo en realizar cambios en su alimentación, lo que requiere una gran habilidad por parte del nutricionista. Para lograr que adquieran hábitos alimentarios sanos, es necesario incluir conocimiento, actitud y conducta.

En cuanto a las familias, se aconseja dar información sobre prácticas alimentarias sanas. Los modelos alimentarios se adquieren en familia, el ejemplo de las madres suele ser trascendental. Son muy peligrosos los comentarios sobre la silueta de las adolescentes y está contraindicado alentar dietas restrictivas.

La intervención de los educadores es fundamental para lograr que los adolescentes no hagan del culto del cuerpo, su objetivo. Los adolescentes conforman un grupo de alto riesgo. La prevención debe comenzar en la edad escolar, con educadores asesorados sobre TCA, en conjunto con los padres, participando en tareas preventivas y ayudando a los jóvenes a conocerse a sí mismos (15). Se evitará conducirlos a triunfar más allá de sus capacidades e intereses. Los adultos que guían al adolescente deben estar disponibles para conversar, apoyar y estimular.

Es fundamental que los médicos en general y los especialistas en nutrición en particular, conozcan estos trastornos y estén capacitados para detectarlos. No deberían prescribir dietas adelgazantes a las personas de los grupos de riesgo. Los ginecólogos tienen que saber interpretar una amenorrea en una adolescente y no sólo indicar un tratamiento hormonal. Todo profesional de la salud debería ser cauteloso al aconsejar, especialmente a adolescentes, sobre peso ideal, dietas, obesidad y ejercicio físico (8).

Adquiere especial importancia el diagnóstico y tratamiento precoz, así como la implementación de una red asistencial eficaz, para evitar la cronificación de los trastornos y sus consecuencias (3) (8).

También es importante que profesores de danza, entrenadores deportivos y responsables de escuelas de modelos estén informados sobre los TCA y tengan algún asesoramiento profesional para poder detectarlos.

Por último, los organismos de gobierno deberían hacer un correcto control de la publicidad de productos, dietas y servicios adelgazantes, como también organizar campañas de educación alimentaria nutricional.

Los medios de comunicación tienen una importante responsabilidad. Pueden facilitar información correcta sobre nutrición y actividad física, así como prevenir los TCA. También pueden proporcionar argumentos críticos sobre la moda estética adelgazante, y censurar las influencias de la publicidad, modas de vestir, y otras tendencias hacia la extrema delgadez, así como reivindicar la diversidad en la forma y peso corporales.

6. Conclusión

De la revisión realizada y de los testimonios de pacientes, equipos terapéuticos y familiares de pacientes, se desprenden las intervenciones del licenciado en nutrición a la prevención y tratamiento de los TCA:

- ⌘ prevención: desde la educación alimentaria nutricional, a través de campañas en los colegios, en los comedores, en los hospitales; a través de la publicidad y de programas de salud nacionales.
- ⌘ detección precoz: en el momento en el que un adolescente consulta por una dieta, en busca de una silueta ideal, evaluando su real estado nutricional, asesorándolo sobre su salud, el valor de su cuerpo y la función nutritiva de los alimentos.
- ⌘ trabajo multidisciplinario: integrando un equipo de tratamiento, en el que se ocupa de la evaluación del patrón de ingesta y sus modificaciones para lograr la recuperación nutricional.
- ⌘ reeducación alimentaria nutricional: explicando las diferencias entre los patrones de ingesta adecuados y los no adecuados; patrones de hambre-saciedad, cambios metabólicos y sensaciones corporales y síntomas relacionados con cada uno de ellos; enseñando a mantener el peso adecuado, aclarando las consecuencias de no hacerlo.

- ✍ apoyo y contención: para perder el miedo a cambiar sus conductas y modificar su peso; para comprender la conexión entre sus emociones y sus conductas; para lograr una alimentación saludable que le genere sensación de bienestar.
- ✍ acompañamiento y apoyo a los padres: explicándoles las complicaciones físicas que sienten sus hijos, para que puedan comprenderlos y no sobre-exigirlos; en reuniones periódicas con la familia, con educación alimentaria nutricional, promoviendo una conducta saludable que ayude al paciente.

7. Epílogo

“Comencé este trabajo sosteniendo la hipótesis de que los pacientes con TCA deben ser tratados por un equipo multidisciplinario en el que el licenciado en nutrición tiene una misión fundamental.”

“Mi primer acción fue solicitar material a un profesional de la salud, que me respondió: ‘no entiendo porqué una licenciada en nutrición va a escribir una tesina sobre trastornos, ya que no es su tema’ (SIC). Luego hice una visita a una institución dedicada al tratamiento de TCA y me encontré con la sorpresa de que no trabajan con licenciados en nutrición porque ‘las pacientes se obsesionaban más con la comida’ (SIC).”

“Lejos de frustrarme, estas afirmaciones me incentivaron a investigar y encontrar las respuestas que buscaba para comprobar lo que intuía.”

“Hoy, escribiendo las últimas líneas, creo que es innegable la necesidad del trabajo multidisciplinario dada la multi-causalidad de los TCA y estoy convencida de que es mucho lo que los licenciados en nutrición podemos hacer por estos pacientes. Es nuestra responsabilidad incluirnos en los equipos tratantes.”

“Pero, no cualquier nutricionista puede dedicarse a estas patologías.”

“Hace un tiempo, le escuché decir al Dr. Zukerfeld¹, que el tratamiento de pacientes con TCA es una terapéutica casi transdisciplinaria, en el que todos los miembros del equipo conocen algo de la forma de trabajo de las demás disciplinas, e interactúan permanentemente.”

“Sevillano Fernández (3) dice que el terapeuta más efectivo es el que logra el equilibrio entre sus competencias interpersonales y técnicas. Zukerfeld (16) sostiene que la interiorización en un profesional, de conocimientos de otras disciplinas, permite un enfoque global del paciente.”

“Coincido con ellos. Los TCA son patologías psiquiátricas que se manifiestan en la alimentación. Por lo tanto, creo que nosotros debemos ser profesionales de la nutrición manifestándonos desde la psicología. Estos pacientes necesitan reeducación, pero también, comprensión, paciencia, ayuda para perder el miedo.”

“Es preciso complementar nuestra preparación específica con estudios de terapias cognitivo-conductuales y desarrollar nuestra creatividad para lograr métodos terapéuticos eficaces. No sirve indicar lo que tienen que comer, si no podemos convencerlos, si no estamos capacitados para proveerles apoyo cuando encaran un cambio de conducta que los asusta tanto.”

“Hace unos años un profesor de buceo me inició en ese apasionante deporte, logrando que superara mi miedo al agua. Yo, una persona que no nadaba en donde no hacía pié e incapaz de meter la cabeza bajo el agua, bucéé durante media hora. A partir de ese momento, nunca dejé de hacerlo. Lo que me impulsó fue la seguridad que me dio esa persona con sus conocimientos, sus gestos, su actitud. Esta experiencia me indica que si bien la terapia psicológica es imprescindible para reconocer el porqué de la fobia, el apoyo y acompañamiento de alguien capacitado sobre el objeto de la fobia, es una ayuda invaluable para superarla. Es el mismo trabajo que hacen los pilotos de avión cuando participan en cursos para perder el miedo a volar.”

“Estos pacientes tienen muchas fobias alimentarias. Su recuperación no sólo implica focalizar la verdadera razón de su patología, sino también, superar el miedo. El primer contacto con el alimento temido es fundamental. En la reunión de grupo del Hospital de Clínicas, Laura dice que la novedad le provoca miedo de perder el control y Paula, acota que sólo puede probar algo nuevo cuando sabe que tiene reunión con el equipo. Esto me demuestra, que la contención del profesional de la nutrición es de gran utilidad. Nosotros podemos ayudarlos a no asustarse y a comprender que ese alimento no les hará daño. Podemos llevarlos de la mano, darles seguridad y guiarlos en ese camino de reencuentro, tratando de que sea un camino de ida, que nunca más abandonen.”

“El hombre es el único animal que come por varios motivos además de la supervivencia. Usamos el alimento en nuestros ritos sociales, como sustituto de otros placeres, cargado de simbolismos en nuestra relación con los otros. Rompemos esquemas fisiológicos de control, llegando a no distinguir la sensación de hambre o la sensación de saciedad. Paula lo confiesa en la reunión del Hospital de Clínicas. Todos los pacientes que escuché hablaron del control. Si logramos que aprendan a escuchar a su cuerpo, podrán

1. Médico psiquiatra, asesor científico de FUNDAIH (Fundación interdisciplinaria para la docencia, asistencia e investigación humanística de la niñez, adolescencia y familia).

relajar ese control. Conversando con ellos sobre los alimentos que les provocan el descontrol, podremos investigar qué les pasa en ese momento y cuál es la razón de la ingesta masiva.”

“Si estamos entrenados para reconocer los datos que podemos aportar al equipo, lo que descubrimos en conversaciones ‘casuales’ con los pacientes puede ser de gran utilidad para el psicoterapeuta.”

“Zuckerfeld (16) dice, también, que los integrantes del equipo deben tener un buen autoconocimiento y medianamente clara su relación personal con la comida y con su propio cuerpo. Este punto me parece de suma importancia. Integramos una de las profesiones de riesgo de TCA. Si no estamos seguros de nuestros sentimientos al respecto, mal podremos ayudar al que los sufre. Es probable que nos identifiquemos en exceso con el paciente y que perdamos nuestra objetividad.”

“Enseñarles a alimentarse, no es sólo hablarles de nutrientes, es enseñarles a cuidar de sí mismos, a ser responsables de sus actos, a crecer, a fortalecerse, a disfrutar.”

“Conocemos la relación que existe entre los alimentos y la erótica y también conocemos la dificultad de estos pacientes para asumir su sexualidad y el crecimiento que significa. Ana en su relato habla de no querer crecer; la mamá de Romina, en el Hospital de Clínicas, cuenta el miedo de su hija de que ‘la quieran llevar a la cama’ (SIC). Tenemos que buscar la forma de trabajar con los alimentos, con juegos (como propone Ana), quizás en la cocina, enseñándoles a manipularlos, experimentando con aromas, con consistencias, hablándoles de su composición y de sus características, sin perder de vista esta relación y el miedo que les provoca. Promoviendo, la vuelta al vínculo primario con la alimentación, podemos ayudarlos a redescubrir el placer de la comida.”

“Una fobia o una obsesión, no se resuelve evitando el objeto implicado. Se resuelve con técnicas de desensibilización. Y los licenciados en nutrición, correctamente preparados y apoyados por psicoterapeutas, podemos implementarlas.”

“Los TCA tienen una etiología psicológica, de la que se encarga un psicoterapeuta, se desarrollan en un ser humano, que atiende un médico y se manifiestan a través de la alimentación, que es nuestro tema.”

8. Apéndices

8.1 Testimonios

En todos los testimonios se transcribió las palabras exactas de los entrevistados.

8.1.1 Pacientes

Se realizó una entrevista a una paciente recuperada de AN, y una observación de una reunión de grupo de pacientes bulímicas en tratamiento y de una reunión de familiares de adolescentes con TCA con el equipo que los atiende.

Para proteger su intimidad, los nombres utilizados en los testimonios no son los reales.

8.1.1.1 Ana

Actualmente: 41 años, anoréxica recuperada. Comenzó con su enfermedad alrededor de los 15 años de edad.

Durante la entrevista se utilizó una guía de encuesta, pero para lograr su comodidad y confianza, se alteró el orden siempre que fue necesario.

Se guió a la entrevistada para obtener las respuestas a las siguientes preguntas:

1. ¿Qué tipo de trastorno sufrís o sufriste?
2. ¿Cómo y cuándo se desencadenó?
3. ¿Cómo llegaste al tratamiento?
4. ¿A qué especialidad se dedican los profesionales que te trataron o tratan?
5. ¿Visitaste o visitás a algún Licenciado en Nutrición?
6. ¿Rechazabas o rechazás algún alimento en especial?
7. ¿Cómo te sentís actualmente?
8. ¿Qué fue lo que más te ayudó?
9. ¿Hiciste algún tipo de reeducación alimentaria?

“Mi familia es la típica en estos casos: aglutinante, rígida, con padre ausente y madre dominante. Con una relación muy particular con la comida. La comida familiar era muy desordenada y no había reunión familiar para comer. Mi papá es médico, tenía picos de obesidad y sostenía que para adelgazar, la única forma era no comer. Mi hermano bajó 15 Kg en 15 días. Mi hermana era muy flaca y nos comparaban continuamente. Para la familia el peso ideal era 45 Kg. Mi meta eran los 45 Kg. a pesar de medir 1.68m. Cuando los alcanzaba tenía alteraciones hormonales.”

“Mi madre nos vestía a las dos igual. Mi hermana era la hija modelo y yo la problemática.”

“A los 15 años yo era muy delgada y sufría amenorrea y muchas dificultades de comunicación. Mis padres suponían que sólo estaba de mal humor y mi anorexia pasó desapercibida.”

“Recuerdo mi secundario como una época de tristeza y soledad; de un sentimiento de no querer crecer. Creo que era falta de maduración.”

“Mi madre y mi hermana se aliaban para hacer dieta. Mi novio me bajaba aún más la autoestima. Mamá hacía comentarios como ‘tu novio es más lindo que vos y te va a dejar’.”

“Sentía mucho enojo con mi madre por sus comentarios”

“Mi papá y mi ginecólogo nunca relacionaron la amenorrea con la alimentación.”

“Tenía grandes dificultades para armar pareja. Observaba otras parejas... Esta preocupación me llevó a hacer terapia teniendo ya más de 20 años. La terapeuta no detectó la anorexia nerviosa.”

“Mi hermana fue la que se dio cuenta y me dio un libro de Luisa Bay y Cecile Herscovici llamado ‘Bulimia y anorexia, amenazas a la autonomía’. Luego de leerlo, yo misma me diagnosticué y decidí ir a consultar a una médica nutricionista, a pesar de que sabía que lo más importante era lo psicológico.”

“Me casé y mi marido me ayudó muchísimo.”

“La médica nutricionista me hacía hacer un registro de ingesta que fue para mí una experiencia terrible. Pesaba 50 Kg y comía 900 kcal/día. Me daba cuenta de que era poco pero no quería engordar. Cuando pesaba 45 Kg, comía sólo arroz con apio y vinagre y un pedacito de carne al almuerzo y la cena, y 2 galletitas con queso en desayuno y merienda. En los análisis que me ordenó se descubrió muy bajo el potasio. Me derivó a terapia, que fue una terapia de choque, muy cara. Fueron pocas sesiones”

“Quedé embarazada, lo que se tomó como signo de mejoría. La nutricionista le pidió al obstetra que me pesara de espaldas, pero él no hizo caso. En ese momento yo necesitaba comer y engordaba más de lo que él quería. Me retaba y me pesaba. Fue terrible. Luego del parto, dejé el tratamiento.”

“Tenía muchas dificultades para aceptar la maternidad. Al mismo tiempo, mucha autoexigencia laboral.”

“En el tercer embarazo, luego de una muy buena terapia de un año, pude reacomodar la relación con mi madre y ser mejor mamá. Tuve que superar la mala relación con mi madre... Mi madre no quería aceptar su participación en mi patología... Mejoré mi autoestima, corté algunas relaciones nefastas y mejoré las relaciones con mis padres.”

“Considero que el terapeuta debe ser optimista, ayudar a ver cosas buenas de la familia. Se siente mucho dolor en la terapia.”

“La nutricionista no me explicó cómo comer; me escuchaba, calculaba calorías y me daba indicaciones. Me hubiera servido que alguien me explicara... En algún momento pensé en estudiar nutrición.”

“Hoy siento hambre, necesito comer pero no me veo flaca. Tengo ropa que sólo guardo para ver si me entra. No me peso nunca, no tengo balanza. No me gusta pesarme y me miro poco al espejo. Elijo determinados alimentos, por ejemplo, no como helado. A veces necesito algo dulce y como medio alfajor sin culpa.”

“Sigo muy obsesiva. Valorizo más los afectos. Trato de que la cena sea una reunión familiar. Mis hijas comen de todo. Trato de que coman bien sin exagerar. Si piden comida fuera de horario, se las doy. Nunca les niego comida.”

“Creo que la mejor prevención es la educación alimentaria. Una vez fui a una nutricionista pero no me prestó mucha atención. Habría que buscar la forma de lograr que los pacientes incorporen los alimentos que rechazan. Podría ser con juegos...”

Entrevista realizada el 23 de agosto de 2002.

Aclaración: cuando la paciente dice “la nutricionista”, se refiere a una médica, especialista en nutrición, que la atendió hasta después de su primer embarazo, momento en que ella abandonó el tratamiento.

8.1.1.2 Reunión de grupo de pacientes bulímicas en el Hospital de Clínicas

Participaron de la reunión dos médicas nutricionistas, dos licenciadas en nutrición, un médico psiquiatra y seis pacientes con BN. Dado lo extensa que fue la reunión, no se transcribe en su totalidad, sino sólo los tramos más destacados.

- (médica nutricionista) “Vamos a ver los registros que prepararon. Cecilia: ¿Qué desayunaste?”
- (Cecilia) “Mate y tres galletitas con Casandiet.”
- (médica nutricionista) “¿Por qué mate?, sabés que no tenés que desayunar con mate.”
- (licenciada en nutrición) “Lo que pasa es que Cecilia antes tomaba mate solo, y esta semana pudo incorporar las tres galletitas.”
- (médica nutricionista) “¿Cómo te sentiste comiendo las galletitas?”
- (Cecilia) “Bien, por suerte no se me fue de las manos.”
- (Laura) “Lo que pasa es que cuando comés algo nuevo, te cuesta más no perder el control ... si es algo nuevo no te alcanza con dos.”

- (Paula) "Me da miedo probar algo nuevo, sólo me animo, los martes que vengo acá."
 - (Analía) "El registro me pesa y me descontrolo más. Me pone más nerviosa ... En esta semana desayuné tres veces porque estoy muy ocupada ... me pone mal" (llora)
 - (licenciada en nutrición) "No te pongas mal, lleva su tiempo" (Le explica la importancia del desayuno y cómo le va a ayudar en su trabajo).
 - (Sofía) "Cuando empecé a hacer el registro fue horrible ... me había comido todo y me daba vergüenza ponerlo. Ahora es algo normal, es un control bueno. ... Usted (la médica nutricionista), me daba miedo cuando me la cruzaba. Hacer el registro es admitir que te equivocaste. Yo decía 'me olvidé' y era mentira."
 - (Camila) "Yo no tengo problema en decirlo, pero en casa me revisan todo y no quiero que mamá lo sepa ... en casa nadie me puede ayudar ... sólo me puedo ayudar yo ... ella cree que no estoy vomitando ... hoy no vino a la reunión porque se olvidó... Esta semana estuve muy depre, no quiero ni salir ..."
 - (médica nutricionista) "¿No tenés una amiga con quien charlar?"
 - (Camila) "Me cuesta hablar con gente de esto."
 - (Sofía) "Mi mamá controlaba mucho porque no sabía cómo ayudarme. Cuando le di un rol, cambió. Yo le dije que se ocupara de la cocina."
 - (Camila) "Si le pido que se ocupe de la cocina, no comemos ... Hice muchos tratamientos y en todos le dicen que tiene que tratarse y no va."
 - (Sofía) "Modifiqué los desayunos como me dijo la nutricionista (la licenciada). Me fue bien, al principio me parecía que el estómago reventaba, ahora no."
 - (licenciada en nutrición) "Vamos a ver cómo estuvieron los almuerzos."
 - (Analía) "No puedo usar el tupper grande para llevar la comida al trabajo. Sólo como postre en la cena."
 - (Paula) "Pude almorzar a veces tarta y manzana y otras, ensalada y fruta."
 - (Camila) "Almuerzo bastante bien, lo demás es un desastre. No me quedo con hambre, pero después como y se me va de las manos."
 - (Paula) "No es por hambre que comés, te agarra otra cosa ... Yo como porque hay cosas ricas ... Un vómito te lleva a tres... cuando hay más variedad, me descontrolo más."
 - (Camila) "Estoy comiendo como una bestia... lo que haya... dos platos de guiso, todo el pan ... todo el día... estoy muy ansiosa, no tomé la medicación".
 - (psiquiatra) "Chicas, no piensen en el atracón, piensen en cumplir el plan. ¿Alguien sintió descontrol)
 - (todas) "Siiiiiii!"
 - (Cecilia) "Me comí medio paquete de galletitas y me di cuenta de que me había descontrolado pero no vomité."
 - (Paula) "Yo lo sentí pero me fui a correr y volví bien."
 - (Laura) "El horario crítico es de 5 a 10 de la noche. Me pongo a tejer."
 - (licenciada en nutrición) "Cuenten cómo les fue con los propósitos que hicieron la semana pasada"
 - (Cecilia) "Yo me propuse comer el domingo el postre con mi papá y lo logré y lo disfruté."
 - (Laura) "Me propuse ordenarme con las comidas y no pude, pero pude hablar con mi mamá."
 - (Paula) "Tenía que respetar el almuerzo y comer carne. Empecé ayer."
 - (Analía) "Mejoré los desayunos."
 - (Camila) "Me propuse comer menos y salir más. Lo pude hacer un poco."
 - (Sofía) "Mejoré la calidad de la comida pero no pude hablar más con mi mamá. Cuando llegué ayer a casa, había cambiado el espejo chiquito de mi cuarto por uno grande. Me puse furiosa y le dije de todo. Mirarme en el espejo es horrible. En cuanto lo vi, lo di vuelta."
- Reunión observada el 24 de septiembre de 2002 en el Hospital de Clínicas.

8.1.1.3 Reunión de familiares de pacientes con TCA con el equipo del Hospital de Clínicas

Estaban presentes veinte familiares, un médico psiquiatra, una médica nutricionista y dos licenciadas en nutrición.

Nuevamente, se hizo un extracto de lo conversado.

- (mamá de Jimena) "Estoy muy enojada porque Jimena dice que la psicóloga le dijo que yo le tengo que dar todo el dinero que gasto en ella, para que ella se lo maneje. Yo no estoy de acuerdo porque ese es dinero de su papá. Creo que si ella quiere tener dinero tiene que trabajar. ... No hace nada, dejó inglés. ... Pedí entrevista con la psicóloga y me dijo que Jimena la tiene que autorizar. Ella me dijo que no tiene problema pero que se olvida de arreglar con la psicóloga. ... Al final, qué lugar ocupo yo?. La psicóloga sabe más de mi hija que yo"
- (psiquiatra) "Su lugar es muy importante. ... Estas pacientes tienen necesidad de independencia y grandes dificultades para conseguirla. La buscan de la peor manera. ... Me gustaría saber quién es la

- psicóloga que la atiente”.
- (mamá de Jimena) “No quiero que haya un problema con ella”.
 - (psiquiatra) “ No lo va a haber, pero necesito hablar con ella. Justamente, lo que las pacientes buscan es enemistar al equipo y a los padres con el equipo. Por eso, son tan útiles estas reuniones.”
 - (mamá de Romina) “Mi hija era muy independiente y ahora hizo un vuelco, hasta duerme conmigo en mi cama. La dejé de lado por ocuparme de mi mamá y mi suegra que están enfermas ... No sale nunca. Había recuperado un poco de peso y como pensó que la iban a dejar de atender, volvió a bajar... Me hace disentir con mi esposo... Ella empezó con esto porque quería bajar de peso. La llevé a SLIM y le dijeron que tenía 7 Kg de más. Yo le hice el tratamiento de gordos anónimos y bajó, pero en las vacaciones engordó. Volvió comiendo mucho. En mayo me fui una semana con mi esposo y ella aprovechó para no comer... Fuimos al psicólogo y a la nutricionista, pero siguió bajando ... Quiere pesar lo mismo que Lili ... Yo creo que quiere bajar para no dejar de ser el centro.”
 - (hermano de Lucía) “Mi hermana tiene bulimia y anorexia. Está mejor. ¿Es conveniente decirle que está mejor?”
 - (psiquiatra) “Usen términos de salud o enfermedad. No le digan que está más gordita. Alaben la mejoría en su salud. Hay que aislar la mejoría de la comida y el peso. Hablar de la mejora social, del pelo, de las uñas ... decirles que están mejor, para ellas es decirles que están gordas”
 - (hermano de Lucía) “Se queja porque tiene panza.”
 - (médica nutricionista) “Aconséjele que le diga a la nutricionista que tiene panza.”
 - (mamá de Romina) “Cómo la ven ustedes, está mejor?” (dirigiéndose a las licenciadas en nutrición)
 - (licenciada en nutrición) “¿Usted qué opina? ¿Cómo está comiendo?”
 - (mamá de Romina) “Poco pero más variado... Sigue usando dos pantalones.”
 - (licenciada en nutrición) “Bueno, eso es mejor. Sí, está haciendo progresos.”
 - (psiquiatra) “Si usa la ropa apretada se le notan más las formas y eso es lo que ella no quiere.”
 - (mamá de Romina) “Dice que si sale con chicos, enseguida la quieren llevar a la cama, por eso no quiere salir.”
 - (novio de María) “¿Qué puedo hacer con los padres de mi novia? ... Terminamos y son mi única esperanza de que ella esté bien, pero no se dan cuenta.”
 - (psiquiatra) “Su novia está muy comprometida. Si los padres después de todo lo que pasó, no se dan cuenta, no creo que usted pueda hacer nada... El 30% no se recupera.”
 - (médica nutricionista) “Las nutricionistas hacemos prevención secundaria dándoles una mejor calidad de vida. No siempre logramos la cura total.”
 - (papá de Agustina) “Me dijo que la nutricionista la felicitó. Está de mejor carácter.”
 - (licenciada en nutrición) “Está mejor, se ordenó en los horarios... Le hicimos notar sus logros ... queremos que incorpore la alimentación de la casa.”
- Observación realizada el 24 de septiembre de 2002 en el Hospital de Clínicas.

8.1.2 Profesionales

Se entrevistó a integrantes de equipos profesionales que desarrollan su tarea con pacientes con TCA.

El propósito de estas entrevistas fue conocer el grado de participación del licenciado en nutrición, investigar cuáles son las disciplinas que conforman los equipos y averiguar si se realiza tareas preventivas.

8.1.2.1 Dra. Laura Eandi:

La Dra. Eandi es médica nutricionista, con un postgrado en Terapia Cognitiva Conductual.

“Los trastornos de la conducta alimentaria son patologías psiquiátricas, por lo tanto el tratamiento está centralizado en lo psicoterapéutico. Es recomendable el abordaje en equipo, y cada equipo elige su forma de trabajo y qué tipo de profesionales lo va a componer.”

“El nutricionista es importante para modificar mitos y creencias que suelen tener estos pacientes. Es el profesional capacitado para decidir en qué momento es vital que el paciente incorpore un determinado alimento y cuándo se puede esperar.”

“Es bueno que el nutricionista tenga conocimientos de técnicas cognitivo-conductuales para sumar a sus conocimientos sobre los alimentos.”

Entrevista realizada el 6 de septiembre de 2002.

8.1.2.2 Lic. Laura Prieto

La Lic. Prieto es psicoanalista y trabaja con el equipo de APADAVIS (Asociación para la Prevención y Ayuda de los Desórdenes Alimentarios y Vida Sana).

“Los trastornos de la conducta alimentaria son patologías psicológicas trasladadas a la alimentación.”

“En el equipo hay médicos clínicos, licenciados en nutrición y psicólogos. Es fundamental la reunión periódica del equipo para ver qué pone el paciente en cada uno de los profesionales que lo atiende. El equipo sirve de sostén para los profesionales, ya que éstos pacientes son muy difíciles de tratar.”

“El nutricionista busca fisuras en la información que traen los pacientes y destruye mitos sobre la alimentación. Tiene que tratar de no quedar en el lugar de la madre, por eso no debe ejercer conductas controladoras.”

“Uno de los objetivos es lograr que acepten que se les dé algo.”

“Los bulímicos suelen pedir ayuda al nutricionista y de esta forma se acercan al equipo. En cambio, los anoréxicos quieren ser independientes hasta de la comida, y no piden ayuda. Están contentos de ser como son.”

“El año pasado realizábamos tareas preventivas dando charlas en colegios secundarios, pero este año estamos dedicados a la clínica.”

Entrevista realizada el 12 de Septiembre de 2002.

8.1.2.3 Lic. Mariela López

Mariela López es Licenciada en Nutrición y trabaja en el equipo de tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria del Hospital de Clínicas.

“El plantel está integrado por dos médicos psiquiatras, varias psicólogas, tres médicas nutricionistas y dos licenciadas en nutrición.”

“Los pacientes son atendidos primero por las médicas nutricionistas y luego por nosotras. Comienzan un tratamiento en el que ven dos veces por semana a la psicóloga y una vez por semana a la licenciada en nutrición durante cuatro meses. Luego, por tres meses cada quince días y hasta completar el año, una vez por mes.”

“Además, una vez por semana todo el equipo se reúne con los padres de los pacientes para atender sus inquietudes y conocer cómo ven ellos a sus hijos.”

“Ese mismo día, más tarde, realizamos una reunión de grupo con pacientes bulímicos. Es una nueva experiencia que pensamos hacer durante dos meses y luego evaluar los resultados. No lo hacemos con los anoréxicos porque son pacientes distintos que no quieren atenderse en grupo.”

“El equipo habla de los pacientes constantemente. Una vez terminada la consulta, se comenta la evolución de los casos.”

“Nuestra preparación en cuanto a terapias cognitivo conductuales es constante al igual que el asesoramiento psicológico hacia el profesional de la nutrición.”

“Realizamos charlas de prevención en el Hospital y escuelas. También para los padres de los pacientes, una vez por mes. En las demás áreas del Hospital, los profesionales están capacitados para detectar algún tipo de trastorno alimentario, por lo cual los pacientes son inmediatamente derivados a nuestra área.”

Entrevista realizada el 24 de septiembre de 2002.

8.1.2.4 Dr. Eduardo Chandler

El Dr. Chandler es médico psiquiatra, psicoanalista, integrante del equipo de TCA del Hospital de Clínicas.

“Por lo general, la primera intervención es nutricional. De ella surgen elementos psicológicos que transmitidos al psicoterapeuta, servirán para la resolución del conflicto psíquico profundo.”

“Las licenciadas en nutrición son las que están más en contacto con el paciente. Son las que más hablan de lo cotidiano. Tienen que trabajar también con lo psicológico. En el hospital trabajan con técnicas conductuales apoyadas por el equipo psicológico.”

“La licenciada en nutrición es la que hace cognitivismo y aporta información al equipo ‘psi’ para el trabajo profundo.”

“Ustedes (las licenciadas en nutrición), son las que están con ellas. Por ustedes entran al equipo. En una charla casual pueden mostrarles cuánto valen.”

“En la entrevista de admisión estamos todos presentes: psiquiatra, psicólogo, médica nutricionista y licenciada en nutrición. Juntos decidimos la admisión.”

Entrevista realizada el 28 de septiembre de 2002.

Referencias bibliográficas

8.3 Libros

1. Armatta A, Facchini M, Babio N, Berghella A y otros, Guía Médica de Diagnóstico y Tratamiento, Buenos Aires, SAOTA, 13-57, 81, 107-121, 129-149, 165-168.
2. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, Barcelona, Masson S.A., 1995, 1° edición, 553-564; 745-748.
3. García-Camba E, Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad, Barcelona, Masson S.A., 2001, 3-26, 81-90, 125-137, 141-150, 233-246, 293-310.
4. Heerlein A, Behar R, Psiquiatría Clínica, Chile, Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, 2000, 467-488.
5. Kaplan A, Garfinkel P, Medical Issues and the Eating Disorders, New York, Brunner/Mazer Publishers, 1993, 61-93.
6. Longo E, Navarro E, Técnica Dietoterápica, Buenos Aires, Editorial El Ateneo, 2001, 2° edición, 303-313.
7. Mahan L, Escott-Stump S, Nutrición y Dietoterapia de Krause, Méjico, McGraw-Hill Interamericana Editores, 1998, 9° edición, 492-498.
8. Torresani ME, Somoza MI, Lineamientos para el cuidado nutricional, Buenos Aires, Eudeba, 1999, 262-285.
9. Yager J y col., Guía clínica para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario, Barcelona, Psiquiatría Editores, 2001, 2° edición, 1-69.

8.4 Revistas

10. Braguinsky J, "Un nuevo cuadro clínico: el síndrome de descontrol alimentario" en Revista de la Sociedad Argentina de Nutrición, Bs. As., 1994, vol. 5, nro. 3
11. Herscovici CR y Bay L, "Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la alimentación" en Trastornos de la alimentación, Anorexia y Bulimia, hoy, Bs. As., 1996, FUNDAIH, Nro.8, 28-36.
12. Sigman-Grant M, "Strategies for counseling adolescents" en Journal of the American Dietetic Association, 2002, vol. 120 nor. 3, 32-39.
13. Spearing M, "Facts About Eating Disorders and the Search for Solutions" en Eating Disorders, Bethesda (USA), 2001, NIH Publication No. 01-4901, 1-12.
14. Stang J, "Assessment of nutritional status and motivation to make behavior changes among adolescents" en Journal of the American Dietetic Association, 2002, vol. 120 nro. 3, 13-22.
15. Toro J, "Prevención de la anorexia y la bulimia nerviosas" en Nutrición y Obesidad, Buenos Aires, 1999, vol. 2, nro. 2, 91-94.
16. Zukerfeld R, "Trastornos de la Alimentación" en Trastornos de la alimentación, Anorexia y Bulimia, hoy, Bs. As., 1996, FUNDAIH, Nro.8, 5-20.

8.5 Ilustraciones

- www.girl.com.au/anorexianervosa.htm, visitado el 30/08/2002.
- www.tecfa.unige.ch/tecfa/teaching/UVLibre/9900/bin04/desc.htm, visitado el 30/08/2002.
- www.budoucnost.misto.cz/_MAIL_/zeny/ana.htm, visitado el 30/08/2002.
- www.forever.freeshell.org/health/anorexia1.htm, visitado el 30/08/2002.
- www.milenio.com/dyr/index.asp, visitado el 30/08/2002.
- www.lesleewrites.com/pages/features/pacemaker/eating_1.html, visitado el 30/08/2002.
- www.twist.lib.uiowa.edu/.../story1/page1.html, visitado el 30/08/2002.
- www.klub.posluh.hr/libella/bulimija.htm, visitado el 30/08/2002.
- www.straitstimes.asia1.com.sg/women/story/0,1870,46880,00.html, visitado el 30/08/2002.
- www.members.tripod.com/marilyncatalan/Bulimia.html, visitado el 30/08/2002.