

# El papel del dietista en el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario

Laura Padró Massaguer<sup>a</sup>, Mercè Pi Martínez<sup>b</sup> y Rita Rigolfas Torras<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Centre d'Ensenyament Superior de Nutrició i Dietètica (CESNID), adscrito a la Universidad de Barcelona.

<sup>b</sup>Colaboradora del Centre d'Ensenyament Superior de Nutrició i Dietètica (CESNID).

## Introducción

Anorexia mental y bulimia nerviosa son dos trastornos graves del comportamiento alimentario que aparecen mayoritariamente en la adolescencia y en el sexo femenino. Ambas enfermedades presentan unos factores desencadenantes muy cercanos, entre los que cabe destacar el entorno psicosocial. En ocasiones resulta difícil marcar la frontera entre las dos enfermedades, ya que se sabe que dos terceras partes de las anoréxicas desencadenan algún episodio bulímico.

En el marco familiar, se observa con frecuencia que las anoréxicas pertenecen, sobre todo, a familias con normas estrictas de funcionamiento, mientras que las bulímicas corresponden a familias poco estables.

Por otro lado, existen rasgos comunes de personalidad entre las pacientes anoréxicas; suelen ser desconfiadas, reservadas, muy organizadas, con gran capacidad de trabajo y obtención de buenos resultados escolares.

Las bulímicas tienen una personalidad más frágil, con tendencia a la depresión. Son más abiertas a las relaciones sociales pero no mantienen una estabilidad en éstas, sino que suelen tener oscilaciones.

La publicidad, la moda y los medios de comunicación ejercen una gran influencia social, fomentando ideales de belleza y perfección en los que se valora la delgadez, practicar deporte, el rendimiento en el trabajo, la competencia personal y el estado emocional positivo o "no aparentar problemas personales". En pacientes anoréxicos o bulímicos subyace el miedo a no poder cumplir con estas "exigencias sociales"; a

menudo hay graves problemas de falta de autoestima, por lo que es básico preparar a los adolescentes para asumir esta etapa de transición hacia la edad adulta y fomentar la autovaloración personal.

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA), aunque son problemas mentales, se manifiestan sobre todo a través de la alimentación.

Otros aspectos a tener en cuenta son la predisposición genética, demostrada en estudios británicos relativos a gemelas anoréxicas<sup>1</sup>, y la tendencia natural de los individuos a restringir los alimentos o a comer en exceso ante situaciones de estrés o de depresión.

Por todo lo expuesto, es obvio que los TCA requieren un tratamiento pluridisciplinario que contemple los aspectos psicológicos, biológicos, sociales y alimentarios de estas enfermedades. Para ello es fundamental la coordinación terapéutica de un especialista en salud mental, que ha de servir de referencia para el paciente y para su familia. Se debe asociar al seguimiento médico ayudas específicas como la psicoterapia individual, el soporte nutricional, la terapia de grupo y la colaboración de la familia. En el proyecto terapéutico es indispensable la figura del dietista, un profesional poco conocido en nuestro país, cuya formación está en el marco de una diplomatura universitaria que aplica la ciencia de la nutrición humana a la alimentación.

Para que el equipo asistencial sea efectivo, todos sus miembros deben evaluar periódicamente cada caso para asegurar la adaptación continua a las necesidades de cada paciente y trabajar todos en la misma dirección, sin contradicciones.

## Justificación de la intervención del dietista en los TCA

Sin duda, el abordaje dietético personalizado es un beneficio para el tratamiento de los TCA<sup>1</sup>, los cuales precisan soporte y educación nutricional y alimenta-

(*Nutrición y Obesidad* 2001; 4: 37-42)

Correspondencia: CESNID.

Avda. Prat de la Riba, 171. Pavelló Docent Recinte Torribera.

08921 Santa Coloma de Gramenet. Barcelona.

Correo electrónico: [info@cesnid.es](mailto:info@cesnid.es)

TABLA 1. Características que debe reunir el dietista que atiende TCA

Tener conocimientos profundos y experiencia en materia de TCA
Ser flexible
Entender los miedos hacia la comida y la ganancia de peso que manifiestan los pacientes
Tener conciencia de la duración del proceso en los TCA
Fijar expectativas reales
Ser sensible con sus comentarios
Tener paciencia
Ser atento y no juzgar
No ser demasiado exigente
Ser optimista sobre la recuperación

ria en el seno de una intervención más amplia, que engloba diversos profesionales; todos ellos deben tener como objetivo común la reestructuración cognitiva en materia de imagen corporal y alimentación.

La American Psychiatric Association publicó una guía para el cuidado de pacientes con TCA: *Practice Guidelines for Eating Disorders*<sup>2</sup>, en la cual se señala la necesidad de soporte de un equipo profesional en el que haya expertos en nutrición.

La experiencia del dietista en interrogatorios alimentarios, educación alimentaria y manejo de los alimentos lo convierten en un profesional idóneo dentro del equipo de atención de los TCA.

Muchos psicoterapeutas descuidan la intervención dietética en la anorexia y la bulimia, pensando que la alteración alimentaria no es más que un síntoma que desaparecerá al eliminar la causa psicológica que lo provoca.

El sujeto anoréxico y/o bulímico no es indiferente a su alteración del comportamiento alimentario, sino que lo concibe como un gran sufrimiento. Es ilusorio pensar que dicho comportamiento volverá a la normalidad cuando los conflictos personales y/o familiares hayan sido verbalizados y resueltos. Un buen aprendizaje hacia patrones alimentarios saludables durante la enfermedad contribuye a mejorar el comportamiento alimentario posterior al tratamiento e incluso a evitar recaídas<sup>1</sup>.

La intervención dietética es inseparable del trabajo de modificación del comportamiento alimentario y de la reestructuración en el conocimiento sobre alimentación e imagen corporal, aspectos en los que colabora todo el equipo asistencial.

TABLA 2. Objetivos de la intervención dietética

Reducir las alteraciones comportamentales y el caos alimentario
Restablecer los ritmos de las comidas, horarios y cantidades
Conseguir un aporte de nutrientes que cubra las ingestas

## Requisitos del dietista para intervenir en los TCA

La terapia nutricional de los TCA es una especialidad que requiere educación y entrenamiento específicos<sup>2</sup>, más allá de la propia formación universitaria. Hay que considerar la naturaleza psicológica de la anorexia y la bulimia.

Algunas de las técnicas utilizadas por dietistas que trabajan con pacientes con TCA, tales como la educación nutricional y el consejo alimentario, son comunes a otras áreas de la práctica profesional. Sin embargo, otras técnicas son específicas para el tratamiento de los TCA y las deben utilizar dietistas entrenados en esta área asistencial.

Todos los profesionales de la nutrición y la dietética han de ser capaces de reconocer y detectar signos y síntomas indicativos de anorexia o bulimia, y remitir a los pacientes a especialistas en TCA.

Los dietistas deben tener formación e información suficientes para intervenir en el tratamiento de este tipo de enfermedades, deben conocer a fondo los componentes psicosociales y los déficit nutricionales que conllevan, derivados de la restricción alimentaria, del uso de diuréticos o laxantes, o de la autoprovocación del vómito.

La desnutrición, o malnutrición en muchos casos, de los pacientes con TCA repercute en las funciones cognitivas y afectivas. Este factor debe considerarse también en el tratamiento.

Por otro lado, es un requisito imprescindible la capacidad del dietista para cooperar y establecer una coordinación perfecta con el resto del equipo pluridisciplinario<sup>1,2</sup>, con la finalidad de conocer y participar en el tratamiento psicoterapéutico, considerando en todo momento la personalidad del paciente y la dinámica familiar de manera individualizada.

El dietista debe reunir una serie de características<sup>3</sup> que lo capacitan para la atención de pacientes con TCA (tabla 1).

## Objetivos de la intervención dietética

La American Psychiatric Association define la rehabilitación nutricional y alimentaria como principal objetivo de los profesionales expertos en nutrición<sup>2</sup> que atienden casos de TCA.

Los objetivos deben estar encaminados a reducir las alteraciones del comportamiento alimentario y restaurar los patrones alimentarios normales (tabla 2). De este modo, se pretende corregir las secuelas biológicas y psicológicas de la malnutrición, que pueden perpetuar los TCA. Interesa restablecer progresivamente un ritmo de comidas, fijar horarios, cantidades y un equilibrio nutricional<sup>1</sup>, a fin de conseguir un aporte de nutrientes que cubra las ingestas recomendadas.

Es preciso fijar objetivos dietéticos y ponderales día a día. Se ha de considerar a los pacientes como colaboradores e implicarlos en su propio tratamiento.

### Ámbitos de actuación del dietista en los TCA

Existen tres situaciones diferenciadas en las que el dietista debe intervenir.

#### En la consulta externa

A menudo es el lugar donde el dietista detecta un TCA en pacientes que acuden para perder peso sin un motivo justificado. En estos casos, al hacer la encuesta alimentaria se pone de manifiesto, en el caso de la anorexia, la obsesión por el valor energético de determinados alimentos y la negación a consumir los que son percibidos como “alimentos que engordan”. También es posible detectar una predisposición para mantener un ritmo elevado de ejercicio físico. Todo ello no indica necesariamente la presencia de un TCA, pero hay que profundizar en la obtención de datos, mediante el uso de tests adecuados<sup>4</sup> y, en caso de confirmarse, derivar al paciente a un especialista.

En cuanto a la detección de bulimia, el dietista debe sospechar ante determinados pacientes con sobrepeso u obesidad, que acuden para adelgazar. Se requiere habilidad profesional durante el interrogatorio, a fin de conocer la actitud ante los alimentos.

En la consulta, el dietista participa activamente en la detección precoz de los TCA.

#### En el hospital

En este contexto el dietista se encuentra con pacientes desnutridos, con un diagnóstico establecido de TCA, que deben recuperar peso e iniciar un tratamiento psicológico efectivo. Su misión principal es nutrir a las pacientes, ya sea por vía enteral o parenteral.

#### Dentro del equipo multidisciplinario

El dietista participa en la reeducación de los hábitos alimentarios de pacientes con un TCA instaurado. La terapia de los TCA debe adaptarse al paciente. Cada individuo no representa sólo un caso particular, sino también una historia personal singular en la que el alimento desempeña un papel de gran importancia en el aspecto psicoanalítico.

### Momento adecuado para la intervención dietética

Una de las dificultades más importantes de la intervención dietética consiste en encontrar el momento adecuado de iniciar el tratamiento. El terapeuta co-

ordinador del equipo asistencial debe preparar con antelación el primer encuentro paciente-dietista, y encargarse personalmente de presentarlos, dejando clara la idea de colaboración multidisciplinaria.

Una intervención dietética demasiado precoz puede aumentar la resistencia de la paciente, mostrando signos de agresividad, rechazo y refuerzo de conductas aberrantes. Una intervención tardía no resulta eficaz para modificar alteraciones de conducta alimentaria muy instauradas, como rituales, fobia hacia determinados alimentos, exclusiones o vegetarianismo sin complementación proteica. Esto es lo que se observa en las anoréxicas “viejas”, consideradas muchas veces como curadas teóricamente por presentar normopeso, menstruación regular y correcta reinserción social, o en las bulímicas con mejora sintomática que ya casi no presentan atracones ni vómitos, pero conservan un patrón alimentario anárquico, desequilibrado y cargado de efectos de angustia.

El dietista debe ser capaz de mantener la distancia con el paciente, al mismo tiempo que crea un ambiente de buen entendimiento. Se requiere un cierto tiempo para que el paciente confíe en el dietista y comprenda su papel en el tratamiento. A menudo, después de una fase inicial, los propios pacientes solicitan la consulta y el seguimiento dietéticos.

### Funciones del dietista

El dietista debe participar en el aspecto pedagógico y nutricional del tratamiento. Su misión no es solamente nutrir sino enseñar a alimentarse.

La intervención dietética se basa en la comunicación con el paciente, por ello tiene que saber escuchar y responder a sus necesidades sin culpabilizarlo.

El dietista tiene unas funciones propias en el tratamiento de los TCA (fig. 1).

#### Efectuar una anamnesis completa

Interesa obtener una información amplia y objetiva que refleje la historia dietética del individuo. Se recurre a la historia médica y además se procede al interrogatorio alimentario. También interesa la historia ponderal, el peso habitual, el teórico o ideal y el deseado por el paciente; además, se calcula el porcentaje de pérdida de peso o de ganancia. Otro punto de interés son los hábitos alimentarios personales y familiares (qué come, dónde, cuándo y con quién) y su evolución a lo largo del tiempo, los alimentos preferidos, no tolerados, rechazados o temidos y las razones que atribuye a ello, así como la realización de técnicas compensatorias para perder peso y sus creencias y conocimientos sobre la alimentación, el nivel de actividad física, etc.

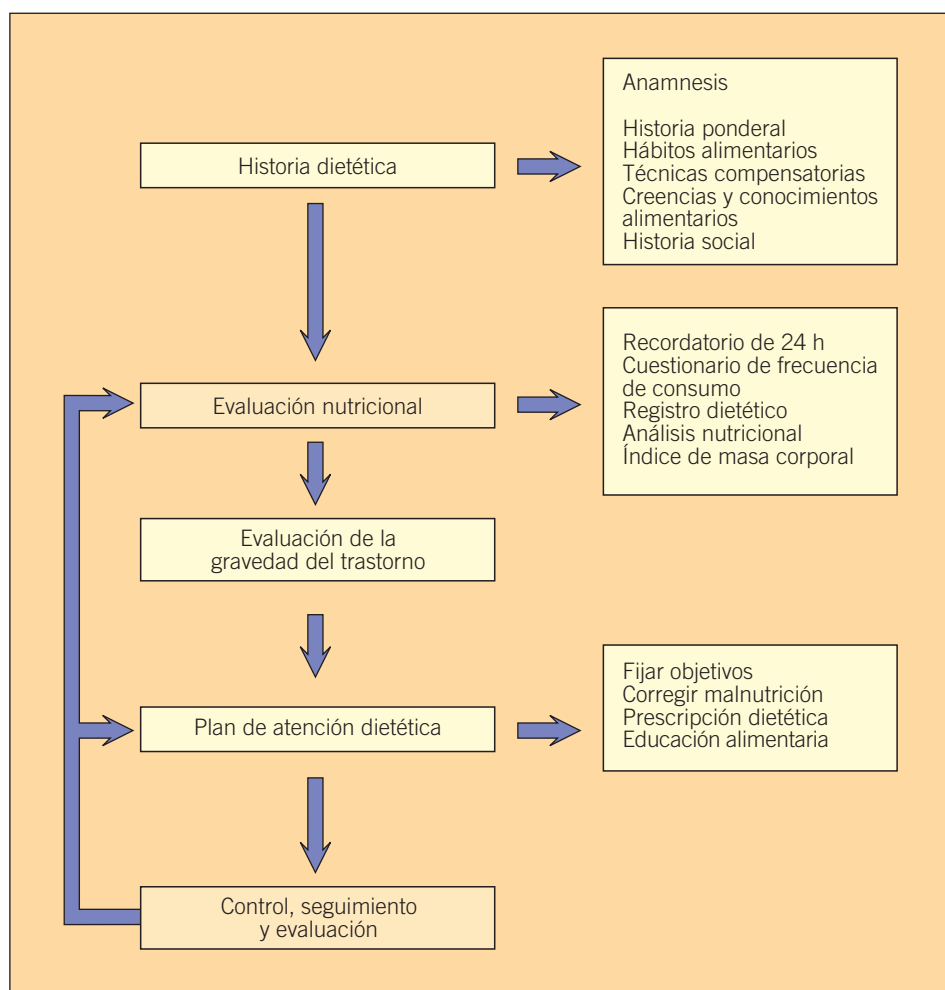


Figura 1. Proceso de la intervención dietética.

La historia dietética ha de permitir al dietista fijar expectativas de la paciente con respecto a la intervención dietética y dar a conocer datos sobre el funcionamiento de la consulta.

Es importante entrevistar al paciente en privado para que no se sienta influenciado por la presencia de familiares, para luego comparar los datos obtenidos con una entrevista con la familia. Es preciso, además, entrevistar a ambos conjuntamente, a fin de contrastar opiniones y detectar tensiones o problemas familiares que no hayan surgido antes<sup>5</sup>.

#### Evaluación nutricional

A través de un recordatorio de 24 h se puede establecer una aproximación para conocer el aporte calórico de la ingesta habitual, el aporte de nutrientes, el consumo de alcohol y el horario de comidas, pero se ha de verificar esta información. Es de gran

utilidad efectuar un cuestionario de frecuencia de consumo y que además el paciente realice registros dietéticos.

En caso de bulimia, es importante solicitar registros de los episodios de atracones<sup>5</sup>.

El dietista ha de calcular las necesidades calóricas y nutricionales teniendo en cuenta los cambios metabólicos que supone el propio TCA.

Para determinar el intervalo de peso apropiado, se recurre al peso estándar o, en el caso de las mujeres, al peso necesario para recuperar la menstruación, de acuerdo con la historia ponderal.

#### Evaluación de la gravedad del trastorno

El dietista evalúa la gravedad del TCA a través de la variación de peso a lo largo del desarrollo de la enfermedad. El cálculo del índice de masa corporal (IMC) en ausencia de edemas y de ascitis permite establecer el grado de desnutrición; se considera moderada por debajo de 17,5, grave por debajo de 15 y crítica por debajo de 12,5.

El déficit nutritivo repercute negativamente en múlti-

TABLA 3. Algunos consejos de utilidad para pacientes con TCA y su familia<sup>4</sup>

Consejos para las vacaciones	Reconoce que las vacaciones pueden ser estresantes en el momento de comer Ten libertad para reunirte con tus amigos No te critiques si has comido demasiado, acepta que las vacaciones son un tiempo especial para el relax y disfrutar de la comida
Consejos para evitar ingestas compulsivas	No te prohíbas constantemente tus alimentos preferidos porque te sentirás reprimido y luego comerás compulsivamente Haz pequeñas cosas que te hagan sentir bien contigo mismo Cuando estés cansado acuéstate, la solución no es comer
Consejos para familiares de pacientes con TCA	No insistas en que coma ni mires su comida, no discutas sobre el peso ni la ingesta de alimentos No te sientas culpable No lo compares con otras personas Haz lo que puedas para fomentar su autonomía y su iniciativa No hagas de las comidas un campo de batalla Evita comentarios sobre el peso o aspecto de alguien

ples aspectos: alteraciones del perfil lipídico, intolerancia a la glucosa, inmunodepresión, alteraciones afectivas, etc.

#### Realizar el plan de atención dietético (PAD)

En este punto se deben marcar los objetivos de la intervención dietética a medio, corto y largo plazo, que se irán modificando según la evolución del paciente.

Como objetivos nutricionales interesa, ante todo, regular el aporte energético y conseguir una alimentación equilibrada y suficiente, de manera gradual. Conviene corregir la malnutrición energética (también proteica en la anorexia nerviosa) y sus secuelas<sup>5</sup>. Se ha de pactar la dieta con el paciente, no pretender aumentar la cantidad de comida de manera brusca. Se ha de aumentar el aporte calórico pero no a través de grandes cantidades de comida. No hay que olvidar los objetivos de comportamiento alimentario, se debe fijar el número de comidas, tamaño de las porciones, modificar progresivamente creencias erróneas y rituales ante la comida. El dietista debe familiarizarse con los conceptos equivocados de los pacientes con TCA; hay una tendencia a la generalización, el dramatismo, la minimización y la selección de la información y el pensamiento supersticioso, entre otros aspectos<sup>1</sup>. Las deformaciones conceptuales se asocian a cambios afectivos, los esquemas mentales se reflejan en la percepción de la imagen corporal y de los alimentos, así como en la percepción de uno mismo en el terreno psicoafectivo.

Para intervenir en el terreno conceptual es imprescindible la educación alimentaria, que ha de estar presente en todo el tratamiento y en el seguimiento posterior. De este modo, el dietista colabora en resolver la problemática psicológica, familiar, social y

de comportamiento que ha desencadenado y que mantiene el trastorno<sup>6</sup>. La intervención del dietista no ha de suponer nunca un conjunto de prohibiciones y de permisiones. Si el dietista no está entrenado para atender TCA, puede sentirse manipulado o anulado, en el sentido de que los pacientes se sirven de sus conocimientos para fines propios.

El PAD incluye la prescripción de tareas concretas del dietista, la realización de registros dietéticos y su análisis, el control sobre el ejercicio físico y las purgas. Se requiere una colaboración constante con el paciente y la implicación de la familia y el entorno.

En cuanto a la dieta, se han de explicar claramente sus características, las ventajas e inconvenientes, las medidas, porciones y los menús y recetas. Se ha de entregar un documento al paciente que incluya recomendaciones generales, raciones y equivalencias, formas de cocción, etc., aspectos de la práctica dietética general.

En muchas ocasiones, se establece alimentación enteral a través de sonda, o parenteral según el caso.

#### Control, seguimiento y evaluación

El tratamiento de los TCA puede durar desde varios meses a años. Cabe señalar que el papel esencial del dietista será el de educador alimentario-nutricional, tanto del paciente como de su familia. Es el profesional más indicado para sugerir ideas y ayudar al paciente a conseguir ingestas regulares y equilibradas, para descubrir una relación saludable con la alimentación (tabla 3). Las consultas consecutivas han de servir para readaptar la dieta a nuevas situaciones que se van produciendo.

El examen físico y dental permiten detectar complicaciones comunes de los TCA así como prevenir la erosión del esmalte dental en pacientes que

vomitán<sup>4</sup>.

Una herramienta de gran utilidad para el dietista y para los demás terapeutas es el carnet alimentario. Es un documento en el que los pacientes registran los problemas y los éxitos que van surgiendo durante la evolución del tratamiento. El dietista trabaja junto a los pacientes para descubrir los factores y situaciones que provocan las crisis, para luego buscar soluciones.

Se debe evaluar constantemente la intervención dietética para modificar objetivos. Es muy importante prolongar el apoyo y el asesoramiento después de

conseguir la estabilización del peso y la regulación de la conducta alimentaria. Se recomienda un seguimiento de 5 años y se considera que después de 12 años es rara la recuperación<sup>5</sup>.

## Bibliografía

1. Aimez P. Le rôle de la diététicienne dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire. *Information diététique* 1994; 1: 7-12.
2. Whisenant SL, Smith BA. Eating disorders: current nutrition therapy and perceived needs in dietetics education and research. *Journal of the American Dietetic Association* 1995; 95: 1109-1112.
3. Eating disorders. En: Curry KR, Jaffe A, editores. *Nutrition counseling & communication skills*. Filadelfia: W.B. Saunders, 1998; 229-277.
4. Eating disorders. En: *Dietitian's patient education manual*. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers, 1997; 18: 1-33.
5. Camarero E, Miján de la Torre A. Trastornos de la conducta alimentaria. En: Celaya S, editor. *Tratado de nutrición artificial*. Madrid: Grupo Aula Médica, 1998; 401-422.
6. Santonastaso P, Ferrara S, Favaro A. Differences between binge eating disorder and nonpurging bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 1999; 25: 215-218.