

REVISIÓN

¿Cuándo finaliza el tratamiento de un TCA desde el punto de vista dietético-nutricional?

When does the treatment of an eating disorder end from the dietary-nutritional point of view?

Noemí Ojeda Álvarez¹, Ignacio Jáuregui Lobera^{1,2} * , Griselda Herrero Martín² * 

1. Instituto de Ciencias de la Conducta. Sevilla.
2. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla.

* Autor para correspondencia

Ignacio Jáuregui Lobera. Departamento de Bromatología y Nutrición. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla **Email:** ignacio-ja@telefonica.net

Recibido: 06 de Noviembre 2022. Aceptado 18 de Diciembre 2022.

Cómo citar este artículo: Ojeda Álvarez N, Jáuregui Lobera I, Herrero Martín G. ¿Cuándo finaliza el tratamiento de un TCA desde el punto de vista dietético-nutricional? 2023. Vol 8 (1) 470-485. DOI: 10.19230/jonnpr.4446

How to cite this paper: Ojeda Álvarez N, Jáuregui Lobera I, Herrero Martín G. *When does the treatment of an eating disorder end from the dietary-nutritional point of view?* 2023. Vol 8 (1) 470-485. DOI: 10.19230/jonnpr.4446



This work is licensed under a Creative Commons Attribution NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License.

La revista no cobra tasas por el envío de trabajos, ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos.

Resumen

Objetivos: Este trabajo pretende analizar los consensos actuales acerca de cuándo se establece la finalización del tratamiento dietético-nutricional de los TCA, así como qué requisitos se han de cumplir, en el contexto de un tratamiento multidisciplinar.

Métodos: Para la elaboración de este trabajo se han consultado fuentes secundarias de información tales como las bases de datos electrónicas PubMed, SciELO, y Dialnet Plus, en las que hemos introducido diferentes descriptores relacionados con nuestros objetivos y hemos seleccionado nuestros criterios de inclusión, recopilando un total de 20 artículos para su análisis.

Resultados: La realidad actual de la recuperación de los TCA se entiende como una restauración del peso y la composición corporal existiendo escasa evidencia sobre cómo han de ser las intervenciones dietéticas necesarias para mejorar la salud y la alimentación de las personas con trastornos alimentarios.

Conclusiones: Uno de los motivos principales parece ser la escasez de estudios sobre la relación entre el comportamiento alimentario de los pacientes que recuperaron el peso, y sus resultados a largo plazo; por lo que parece necesario definir un protocolo dietético de recuperación cualitativo, a largo plazo, y con una menor probabilidad de recaídas.

Palabras claves: *Trastornos de la conducta alimentaria, tratamiento nutricional, educación nutricional, prevención de recaídas, y alta nutricional.*

Abstract

Objective: This piece of work pretends to analyze the current consensus about when the completion of the dietary-nutritional treatment of eating disorders is established, as well as what requirements must be met, in the context of a multidisciplinary treatment.

Methods: For the elaboration of this work, secondary sources of information have been consulted, such as the electronic databases PubMed, SciELO, and Dialnet Plus, in which we have introduced different descriptors related to our objectives and we have selected our inclusion criteria, compiling a total of 20 articles for analysis.

Results: The current reality of recovery from eating disorders is understood as a restoration of weight and body composition, with little evidence on what the necessary dietary interventions should be like to improve the health and nutrition of people with eating disorders.

Conclusions: One of the main reasons seems to be the scarcity of studies on the relationship between the eating behavior of patients who regained weight, and their long-term results; Therefore, it seems necessary to define a long-term, qualitative recovery dietary protocol with a lower probability of relapse.

Keywords: *Eating disorder, nutritional treatment, nutritional education, relapse prevention, y nutritional discharge.*

Introducción

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), en su quinta edición, conocido como DSM-V; los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se caracterizan por presentar “una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial”¹.

Actualmente, los más frecuentes para la población general son la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN), y el Trastorno por Atracón (TA)²⁻⁴. En el caso de la AN, el rasgo más identificativo es la inanición. En el caso de la BN, es un ciclo de atracones y purgas / ayuno / ejercicio de manera compulsiva. Y en el caso del TA, es una consecución de atracones recurrentes sin purgas periódicas⁵ (Tabla 1).

Tabla 1. Principales alteraciones de la conducta alimentaria según el TCA. Fuente: propia.

Conductas	AN	BN	TA
Ingesta	Ciclos o periodos de ayuno	Ciclos o periodos de ayuno	Ciclos o periodos de ayuno
	Inanición		
	Restricción calórica		
	Restricción de cantidades		
	Pérdida de percepción sensorial de los alimentos		
		Ingesta compulsiva	Ingesta compulsiva
		Preferencia por alimentos de alta palatabilidad	Preferencia por alimentos de alta palatabilidad
Compensación y purgas		Atracón	Atracón
		Vómitos	
		Otras purgas (laxantes, etc)	
	Ejercicio compulsivo	Ejercicio compulsivo	

En el año 2020, la prevalencia estimada de la AN se situaba en cifras inferiores al 1% (alrededor del 0,6%) en países como EEUU; y en torno al 4% en los países europeos más afectados, como Finlandia. En España, las cifras de prevalencia de AN hasta 2020 oscilaban entre el 0,3-0,9%, siendo Cataluña una de las que más casos ha reportado³. Las tasas de prevalencia a lo largo de la vida de la BN oscilaron entre el 0,3-4,6 % en mujeres y entre el 0,1-1,3 %³. En el año 2021, se describe que el TA tiene una prevalencia de entre el 0,8-1,9% en 14 países diferentes⁴.

En lo que respecta al sexo, se conoce que los 3 trastornos principales afectan mayoritariamente a mujeres³, aunque en los últimos años se aprecia un ligero aumento de los casos en hombres²⁻³.

El rango y las edades máximas de inicio de los TCA no están completamente establecidos⁶. Según un metanálisis a gran escala publicado en el mes de junio de 2021; el 15,8 % debuta antes de los 14 años, el 48,1 % antes de los 18 años, y el 82,4 % antes de los 25 años⁶. Se considera por tanto que, tanto la AN como la BN, prevalecen principalmente en adolescentes y jóvenes⁷⁻⁹.

Sin embargo, se considera que, por lo general, el TA surge más comúnmente en la edad adulta temprana¹⁰ (Figura 1).

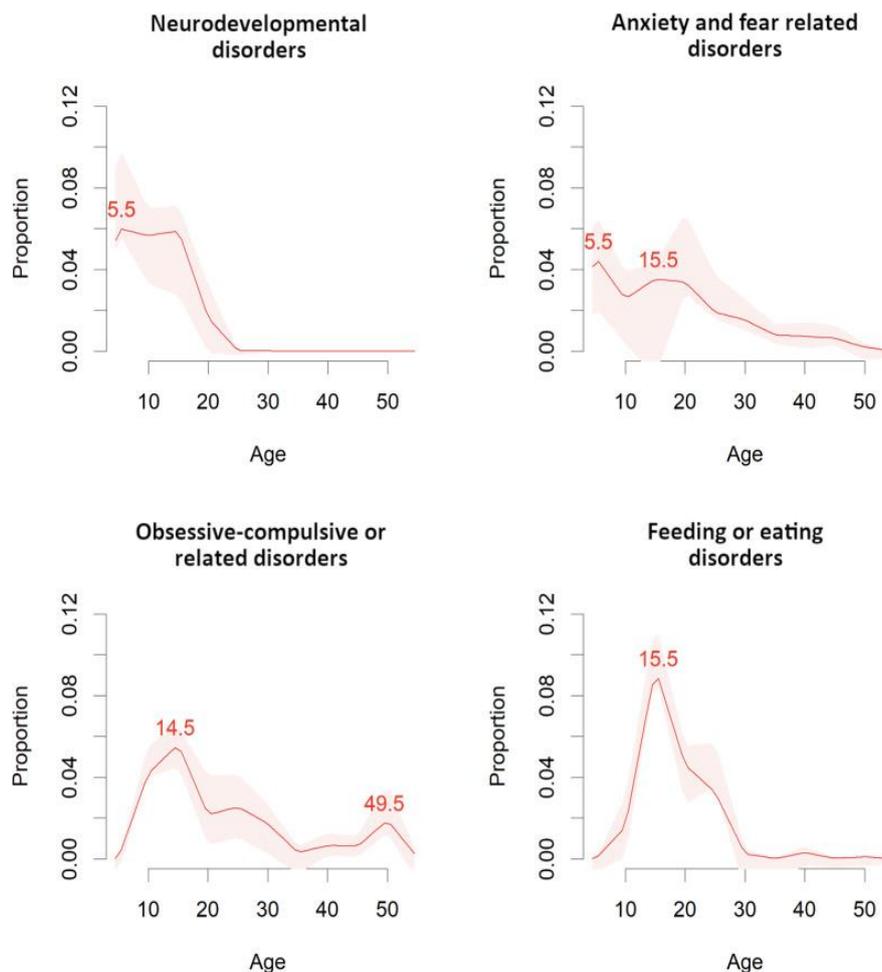


Figura 1. Distribución metaanalítica de la edad de inicio para bloques específicos de trastornos mentales (Solmi, M., Radua et al., 2022)⁶

En lo que respecta a las características socioculturales y socioeconómicas que afectan a la aparición y persistencia de estos trastornos, se describe que los TCA que presentan una mayor prevalencia se corresponden con mujeres adolescentes pertenecientes a poblaciones occidentales⁷⁻⁹, siendo el continente americano el que reúne una mayor prevalencia de todos los TCA, seguido de Asia y Europa. No se incluyen datos de África porque no hay suficiente información publicada².

Atendiendo al perfil de personalidad de las personas que padecen AN se encuentran definidos rasgos donde predominan la rigidez, el sobrecontrol, la obsesividad y el perfeccionismo, mostrando niveles altos de egoísmo, sumisión y conformismo⁸. Por otro lado, las personas que padecen BN manifiestan un carácter más impulsivo, rebelde y enérgico, que se manifiesta en una personalidad más desorganizada, oposicionista, autodegradante y límite, presentando además una mayor labilidad afectiva⁸. Los rasgos que caracterizan los episodios de atracones recurrentes el TA se caracterizan por una falta de control que se asocia con un bienestar físico y psicológico más deficiente, incluidos los trastornos depresivos y otros trastornos psiquiátricos¹⁰ (Figura 2).

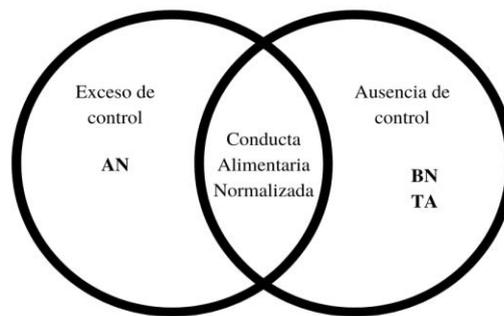


Figura 2. Relación entre el control y la conducta alimentaria. Fuente: propia.

El conjunto de características, comorbilidad, y rasgos de personalidad que presentan las personas que padecen un TCA, a menudo representan una dificultad para el abordaje terapéutico que les lleva al abandono de los programas de tratamiento y les conducen a recaídas, debido, principalmente, a la persistencia de conductas alimentarias alteradas⁸. Dichas circunstancias, ocasionan múltiples necesidades de intervención interdisciplinar en el tratamiento de un TCA por parte de psiquiatras, psicólogos, dietistas-nutricionistas, y otros profesionales; con el objeto de evitar o reducir el alto riesgo de cronicidad y la alta tasa de mortalidad que ocupan dentro de las enfermedades psiquiátricas en la actualidad¹¹.

Dentro del equipo interdisciplinar de abordaje de los TCA, el tratamiento dietético-nutricional vela por alcanzar la normalización del peso y la composición corporal, así como por transmitir un aprendizaje y mantenimiento de unos hábitos de alimentación adecuados con el objetivo de alcanzar el alta del paciente garantizando una recuperación que pueda mantenerse a largo plazo y minimice el riesgo de recaídas¹². Dicho tratamiento se estructura a partir de una Valoración Clínica Inicial¹³ que consta de las siguientes partes:

1. Historia clínica orientada al diagnóstico del TCA y a la evaluación del estado nutricional;
2. Medición del peso, la talla, el índice de masa corporal (IMC) y la composición corporal (CC);
3. Cálculo del metabolismo energético mediante ecuaciones predictivas o calorimetría indirecta;
4. Exploración física y valoración de análisis clínicos, cuando se considere, siempre que el profesional o la profesional tenga capacidad de evaluar los resultados.

En adelante, el tratamiento dietético-nutricional será individualizado atendiendo al contexto y a las necesidades de cada paciente, según se encuentre en consulta externa, hospital de día, u hospitalización¹³⁻¹⁵.

Una de las herramientas principales es la elaboración de un Plan Nutricional o Pauta Dietética enfocada a la recuperación del estado nutricional, así como a la promoción de una conducta alimentaria normalizada¹³⁻¹⁵. Menos frecuentemente, en pacientes con TCA que presentan bajo peso y se encuentran hospitalizados bajo supervisión médica, pueden emplearse algunas modalidades de Nutrición Artificial (oral, enteral o parenteral) con el objetivo de una mayor recuperación de peso en un menor espacio de tiempo, o cuando la alimentación convencional no es posible o se lleva a cabo de forma insuficiente¹³⁻¹⁵.

Sin embargo la influencia de factores psicológicos, sociales, culturales y políticos¹⁶; y el acceso a una información principalmente digital acerca de alimentación y salud sin evidencias¹⁷, que se dirige hacia todas las direcciones generando estados de confusión en el paciente¹⁶⁻¹⁷, puede resultar contraproducente en el proceso de recuperación de un TCA, especialmente entre la población joven por ser ésta la de mayor acceso a los medios digitales y la más vulnerable a la enfermedad⁹. Por ello, los recursos encargados de proteger a los pacientes de los factores anteriormente mencionados se centran en la Educación Dietético-Nutricional, a la que se le encomienda la labor de asesorar de forma perdurable para el mantenimiento en la corrección de las conductas alimentarias alteradas¹⁸.

No obstante, las pautas en las que se basa el trabajo de los profesionales de la Nutrición y la Dietética tienden a basarse en la experiencia clínica, en lugar de basarse en la evidencia de estudios de investigación y consensos oficiales¹¹ debido a la falta de estos; hechos que suponen una dificultad considerable para el establecimiento del alta de los pacientes desde un punto de vista dietético-nutricional de forma fiable y perdurable.

Objetivos

El objetivo general de esta revisión se basa en analizar los consensos actuales existentes acerca del abordaje dietético-nutricional de los pacientes con TCA que tienen como fin otorgar el alta desde esta área terapéutica.

En cuanto a los objetivos específicos, se pretenden analizar los criterios actualmente contemplados para considerar el alta desde el punto de vista dietético-nutricional, basados en:

1. La restauración del peso y del estado nutricional de los pacientes;
2. La capacidad de desarrollo de un modelo alimentario autónomo a largo plazo;
3. La efectividad a largo plazo de los programas de EN durante el proceso de recuperación;
4. La prevención de recaídas.

Metodología

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica, desarrollando a continuación los criterios de inclusión y exclusión de los artículos seleccionados, las estrategias de búsqueda, y las bases de datos empleadas.

Criterios de inclusión

1. Artículos científicos a texto completo en castellano e inglés.
2. Estudios realizados en población adolescente y adulta.
3. Estudios realizados en humanos.
4. Fecha de publicación de los estudios: 2002-2022.

Estrategia de búsqueda

Para la consecución de los objetivos de la investigación, y siguiendo los criterios de inclusión mencionados, se ha seleccionado una muestra de estudios que ha sido analizada siguiendo una metodología de revisión sistemática, a partir de búsquedas en las bases de datos electrónicas PubMed, SciELO, y Dialnet Plus.

En una primera búsqueda en Pubmed, las palabras utilizadas fueron “eating disorder” and “nutritional treatment”. Aplicándose los criterios de inclusión, se encontraron 483 resultados. En adelante, se analizaron “eating disorder” and “nutritional education”, “eating disorder” and “relapse prevention”, y “eating disorder” and “nutritional discharge” en las 3 bases de datos, y se descartaron los que no cumplían con los requisitos mencionados, así como los que se encontraban duplicados y aquellos que carecían de relación con los objetivos del análisis.

Resultados de la búsqueda

Los resultados obtenidos han alcanzado los 483 artículos, de los cuales se han analizado 20 y descartado el resto, por encontrarse duplicados o no aportar información relevante según los criterios de inclusión mencionados.

Resultados

Las personas que padecen un TCA se caracterizan por presentar una alteración del comportamiento alimentario persistente capaz de comprometer su estado de salud y su funcionamiento psicosocial¹⁹⁻²⁰ de forma individualizada, tanto por el diagnóstico del trastorno, como por la gravedad del mismo, así como por su nivel de resistencia al cambio de hábitos²¹. En gran parte de los casos de TCA suele aparecer en el paciente una conducta de negación de la enfermedad y de resistencia al tratamiento, lo que supone dificultades añadidas que ralentizan la recuperación y prolongan el proceso de alta del paciente²². Aunque los tratamientos interdisciplinarios aplicados para la recuperación de los TCA, en los que se encuentra el tratamiento dietético-nutricional, se consideran exitosos en la restauración del peso y de la composición corporal, tienden a persistir en lo que se refiere a las conductas alimentarias desadaptativas incluso después de la normalización de los parámetros de salud física²³.

Estas conductas alimentarias desadaptativas suelen manifestarse a través de un estado de ansiedad anticipatoria relacionado con las comidas; suelen además encontrarse infundadas por creencias irracionales y mitológicas²³, son capaces de disociar los alimentos mediante una categorización moral que los identifica como “buenos” o “malos”²⁴; y estar asociadas a un miedo al efecto inmediato y directo de los alimentos sobre su forma física y peso²³; lo que conlleva a una resistencia en el mantenimiento de una gran parte de los patrones de consumo de alimentos alterados previos al tratamiento²⁴. Por tanto, pueden encontrarse pacientes que pese a haber conseguido mejoras considerables en su tratamiento, alcancen un nivel de resistencia de larga duración capaz de prolongar la enfermedad y el tratamiento en un periodo superior a los 7 años²¹.

La larga evolución del trastorno, sumada a las tendencias actuales en materia de alimentación saludable, delgadez, y perfección en el aspecto físico que imperan en la sociedad actual ²⁵, construyen un importante factor de cronicidad así como un constante riesgo de recaída²³, que se estima se encuentran entre el 30% y el 60% de los casos tratados ²³, dificultando una vez más el establecimiento del alta del paciente y la consideración de su recuperación a largo plazo. La otra cara del transcurso del trastorno indica que el aprendizaje de una elección de alimentos saludables, el establecimiento de una dieta variada y suficiente, la percepción de unas sensaciones adecuadas de hambre y saciedad,

la aceptación de los cambios producidos en el peso, y una adecuada composición corporal, están relacionados con un mayor éxito tras el alta dietético-nutricional y una menor prevalencia de recaídas²³.

El trabajo a desempeñar por parte de los Dietistas-Nutricionistas (D-N) en el tratamiento de los TCA que tiene como objeto el alta del paciente, se considera que debe estar centrado en la evaluación, educación y orientación del mismo²⁶ de forma altamente especializada¹⁹⁻²⁰, así como debe ser estructurado para que pueda darse una transferencia de conocimientos, habilidades, propósitos, instrumentos y tareas¹⁹⁻²⁰, llevadas a cabo mediante la implantación de distintas estrategias de EN^{19-20,23-24,27-28}, diseñadas para un modelo de recuperación que pueda mantenerse en el tiempo.

En el contexto del tratamiento dietético-nutricional, la EN busca dar soporte al resto de tratamientos que se le aplican a estos pacientes (médicos, psicológicos, y farmacológicos principalmente) con el fin de servir como vehículo de facilitación para una toma de conciencia de la importancia de la restauración de la composición corporal y el funcionamiento físico de la persona, al tiempo que actúa como eje principal para la normalización de los patrones alimentarios que afectan a la elección de alimentos, al comportamiento frente a la comida, y a las cogniciones alimentarias y de salud²³.

La metodología diseñada por los D-N para el acercamiento del paciente a los criterios de alta dietético-nutricionales, debe poder estar apoyada en el seguimiento continuado de la historia clínica y dietética, el estudio del peso y de la composición corporal, y las acciones que se realizan en materia de EN^{19-20,28}. En lo que respecta a las estrategias de EN creadas por parte del equipo de especialistas en Nutrición, se considera que éstas no deben estar basadas únicamente en un aporte de información, sino que han de enfocarse hacia alcanzar la máxima implicación del individuo en el acto educativo²⁹, para que, una vez finalizado el tratamiento dietético-nutricional, la dieta elegida por los pacientes presente un contenido calórico suficiente, así como un reparto de nutrientes y una inclusión de medios de elaboración de comidas normalizado³⁰. Sin embargo, se considera que el trabajo de EN para acercar a los pacientes que padecen un TCA al alta no es exclusivamente una relación profesional-paciente, sino que debe estar apoyado por una red social cercana al paciente, en la cual la familia es una pieza clave e imprescindible para su recuperación desde el punto de vista alimentario. El apoyo de la familia en el proceso de reeducación nutricional es fundamental y debe existir una implicación continua entre sus miembros y el equipo interdisciplinar^{19-20,23,29}.

Todas las personas, desde que nacemos, compartimos la comida y los actos de alimentarnos diariamente con la familia, convirtiéndose este contexto en un posible espacio de proximidad y afecto que puede resultar de gran utilidad en el tratamiento²⁵.

Por este motivo, es necesario que las acciones a desarrollar de EN se encuentren dirigidas al trabajo directo con los pacientes, a la vez que también estén dirigidas a las familias. Al mismo tiempo, es necesario considerar que es posible que éstas no siempre lleven a cabo unas conductas alimentarias favorecedoras para la recuperación debido a motivos como el desequilibrio del binomio trabajo-familia³¹, o al seguimiento de una dieta deficitaria en energía, macronutrientes o micronutrientes³¹, hechos que justifican la necesidad de involucrarlos de lleno en el tratamiento orientado al alta. A su vez, el desarrollo de las estrategias de EN debe ser paralelo al trabajo de psicoterapia en el contexto del abordaje interdisciplinar de los TCA, puesto que se observa que cuando dichos tratamientos no evolucionan de forma paralela, se produce un menor resultado de éxito en la recuperación del paciente²⁶. En los casos en los que el progreso nutricional (entendiéndose éste como la recuperación del peso y del estado nutricional) supera al progreso psicológico, es posible

que el progreso nutricional no se sostenga, debido a una falta de aceptación del cambio²¹. Del mismo modo, si el progreso psicológico supera al progreso nutricional, es posible que sea el progreso psicológico el que no se sostenga, en este caso debido a los efectos persistentes de la inanición u otras conductas alteradas²⁶.

Por todo ello, la evolución de un paciente que padece un TCA se acercará a unos criterios de alta desde el punto de vista dietético-nutricional, cuando:

1. Se haya alcanzado una normalización y estabilización del peso, entendiéndose éste como peso saludable según los criterios del Índice de Masa Corporal (IMC)¹⁹⁻²⁰. Debido a que no existe un objetivo de IMC válido para todos los pacientes, la determinación del peso debe ser siempre una cuestión individualizada²⁰, aunque pueden seguirse criterios estándares como, para pacientes de edad adulta IMC >18 kg/m²; mientras que para la población infantil se debe conseguir un percentil mínimo de IMC (según edad y sexo) de entre 13 y 30¹⁹⁻²⁰. Deben considerarse de igual gravedad los casos en los que el TCA conlleve un estado de desnutrición, especialmente en relación a trastornos como la AN restrictiva; como los casos en los que conlleve un exceso de peso que comprometa la salud de la persona, especialmente en relación a trastornos como la BN y el TA, en los que alrededor del 32% y el 40% de los pacientes tienen o desarrollan obesidad de forma asociada al TCA;
2. Se haya alcanzado la corrección de los principales signos y síntomas relacionados con el estado nutricional de los pacientes que padecen un TCA, pudiendo establecerse y mantenerse a largo plazo las características de salud¹⁹⁻²⁰;
3. Se haya alcanzado la corrección de las posibles complicaciones y comorbilidades asociadas a la enfermedad, así como situaciones especiales, en el caso de que existieran, pudiendo establecerse y mantenerse a largo plazo las características de salud¹⁹⁻²⁰;
4. Se haya alcanzado un estado de autonomía consciente y responsable en el proceso de alimentarse basado en un patrón de consumo saludable^{19-20,23-24}; mediante una educación y reevaluación nutricional periódica que permita revisar el patrón alimentario del paciente a través de registros de ingestas^{19-20,23-24} y fotografías digitales²³⁻²⁴, capaces de asegurar su desenvolvimiento;
5. Se haya alcanzado un conocimiento individualizado y real acerca de las sensaciones de hambre y saciedad que influyen en la elección de alimentos⁶;
6. Se haya alcanzado una mayor reinserción social de la persona, especialmente relacionada con el hecho de alimentarse, tanto en su vida regular como en situaciones especiales, eventos y celebraciones²⁸;
7. Se haya alcanzado la corrección de las conductas compensatorias asociadas a la enfermedad, en el caso de que existieran, pudiendo establecerse y mantenerse a largo plazo las características de salud¹⁹⁻²⁰;
8. Se haya alcanzado una práctica apropiada del ejercicio físico (EF) en relación a los beneficios para la salud, mediante actitudes saludables, conciencia corporal, y disfrute³²;
9. Se haya mantenido el tratamiento de psicoterapia y la EN de forma paralela e interdisciplinaria para la mejora de la evolución clínica y conductual, debido a la efectividad que presentan²³;
10. Se haya facilitado la prevención de recaídas¹⁹⁻²⁰.

Para poder establecer unos criterios de alta seguros y exitosos en los pacientes que padecen un TCA, sería de gran utilidad que el trabajo de los D-N estuviera apoyado en la monitorización del cumplimiento de los parámetros anteriormente citados de forma medible a lo largo de todas las fases del tratamiento, incluso cuando la recuperación del peso ya asegura una recuperación física³³ y el tratamiento psicológico está progresando (Tabla 2).

Tabla 2. Items para el seguimiento del tratamiento dietético-nutricional de los TCA. Fuente: propia.

Temática	Parámetros mesurables
Salud física y composición corporal	Mantenimiento de un peso saludable individualizado ¹⁹⁻²⁰
	Mantenimiento de una composición corporal y un estado nutricional saludable ¹⁹⁻²⁰
	Analíticas y pruebas médicas con valores saludables ⁹⁻²⁰
	Ausencia de signos y síntomas asociados al TCA ¹⁹⁻²⁰
	Mantenimiento de la menstruación, en el caso de las mujeres ¹⁹⁻²⁰
	Mantenimiento de un patrón de alimentación suficiente, equilibrado, variado, y saludable ¹⁹⁻²⁰
	Identificación y manejo de las sensaciones de apetito-saciedad ¹⁹⁻²⁰
Relación con la comida	Mantenimiento de un ritmo de ingesta adecuado ¹⁹⁻²⁰
	Aprendizaje de elaboración de alimentos y preparaciones culinarias variadas ¹⁹⁻²⁰
	Autonomía en el proceso de alimentarse ^{19-20, 23-24}
	Reinserción en actividades sociales relacionadas con el hecho de alimentarse ²⁸
	Desaparición del uso de laxantes, diuréticos y otros compuestos relacionados con el mantenimiento de la enfermedad ¹⁹⁻²⁰
Normalización de conductas	Desaparición de purgas y actitudes compensatorias ²⁰
	Desaparición de picoteos frecuentes, atracones y sobreingestas ²⁰
	Consumo de agua suficiente y no excesivo ni restrictivo a lo largo el día con la finalidad de aumentar o disminuir de peso ¹⁹⁻²⁰
	Consciencia de la realización de EF de forma saludable, moderada y controlada ¹⁹⁻²⁰
	Manejo de la información y EN
Mantenimiento de seguimientos dietético-nutricionales y acciones de EN como herramienta para la prevención de recaídas ^{19-20,23-24}	

Además del seguimiento dietético-nutricional la restauración del peso y la composición corporal que se realiza atendiendo al tipo de tratamiento que recibe el paciente (ambulatorio, hospital de día, o ingreso domiciliario) mediante registros de medidas y bioimpedancia como herramienta de medición del progreso de forma habitual³⁴; la monitorización

de las estrategias y herramientas de EN podría contribuir a la elección de una dieta suficiente, saludable y equilibrada, ya que cuando los pacientes con TCA que han experimentado restricción en su alimentación deben diseñar su propia alimentación durante el proceso de recuperación como parte de las herramientas empleadas de EN, tienden a elegir dietas significativamente más bajas en contenido energético y nutricional que los controles, aportando menos carbohidratos, proteínas y grasas de lo esperado^{19,23-24,33}, frecuentemente guiados por un patrón de recompensa alimentaria capaz de imponerse a sus gustos y preferencias, e incluso a los conceptos aprendidos³⁴. Del mismo modo, el comportamiento alimentario en pacientes con TCA que han presentado atracones y purgas está marcado por una forma de alimentarse que es considerada impredecible y caótica, y que cuenta con un patrón dietético que muestra una alta presencia de alimentos de alta densidad energética y palatables, en alternancia con conductas evitativas de comidas regulares, así como con episodios de restricción²⁰. Por tanto, se hace necesario que la EN pueda dar seguimiento al cambio de comportamiento a través de la sensibilización del problema y el conocimiento de los beneficios del cambio¹⁹, siempre que el paciente se encuentre motivado, comprenda la utilidad de la EN y esté de acuerdo en recibirla¹⁹.

Otro aspecto monitorizable enfocado al éxito del alta desde el punto de vista dietético-nutricional relacionado con el alcance de un estado de autonomía adecuado en la alimentación, consiste en la verificación de que las distintas estrategias de EN atienden no sólo a aspectos estrictamente nutricionales, sino que consideran también una concienciación sobre aspectos como la Densidad Energética de la Dieta (DED) y la Variedad de la Dieta (VD)³³. Estos aspectos, sobre todo el que respecta a la DED, se pueden ver dificultados debido a la común alteración en la percepción de la sensación hambre-saciedad, y a la aparición de picoteos frecuentes en TCA no restrictivos²⁰.

Los datos obtenidos de los estudios analizados que comparan pacientes en recuperación con controles sanos^{23-24,33}, informan de que los resultados más frecuentes apuntan a que las dietas escogidas por los pacientes presentan una DED más baja, y una VD más escasa, lo que podría suponer un mayor riesgo de recaída en la enfermedad^{23-24,33}, ya que el antecedente de realización de dietas hipocalóricas se describe hasta en un 90% de los casos como factor desencadenante¹⁹. Por lo que las acciones de EN relacionadas con la sensibilización ante este aspecto pueden ser de gran utilidad.

En lo que respecta a la práctica de EF, se considera que la incorporación de pautas de ejercicio que estén centradas en el refuerzo positivo puede ayudar a cambiar la función de éste dentro de TCA³². La creación de un programa graduado por parte de profesionales en esta área terapéutica que también queda enmarcada en el abordaje interdisciplinar de los TCA puede facilitar una mejor comprensión de las sensaciones, emociones y pensamientos sobre el EF y la función del mismo sobre el cuerpo³². Las recomendaciones indican que el mayor porcentaje de éxito se centra en que el programa comience con una intensidad leve y aumente a moderada, adaptándose a cada persona y situación³².

Por último, en lo que respecta a la identificación y contraargumentación de mitos y creencias irracionales relacionadas con la alimentación, la EN es la encargada de motivar e interesar al paciente ayudándole a la adquisición de habilidades propias, y a desarrollar la capacidad de análisis de la información, así como a construir su juicio crítico sobre ella²⁵.

Discusión

La bibliografía acerca del abordaje psicoterapéutico de los TCA es extensa y aporta datos y resultados positivos sobre su recuperación desde el punto de vista psicológico; sin embargo, y pese al conocimiento de la importancia del abordaje

dietético-nutricional en el tratamiento de los trastornos alimentarios, no existen suficientes estudios que evalúen la implementación de sus acciones²⁸.

En lo que se refiere a la restauración del peso y la composición corporal, actualmente no existe un acuerdo empírico sobre la definición de qué es un peso apropiado para considerar el alta de un paciente que se está recuperando de un TCA³⁵, ni se han encontrado indicaciones acerca de qué parámetros indicarían una composición corporal mejorada. En relación a la conducta alimentaria, las pautas de alimentación en las que se basa el tratamiento dietético-nutricional de los TCA que han sido publicadas por distintas sociedades médicas en diferentes países varían considerablemente tanto en la prescripción de la energía medida en kcal/kg peso/ día, como en el contenido de los diferentes macronutrientes y micronutrientes de la dieta de los pacientes; así como en el reparto del número de ingestas a lo largo del día y la composición de éstas^{19-20,36}. Del mismo modo, no se ha llegado a una consideración consensuada acerca de cuándo se debe introducir alimentación mediante sonda nasogástrica (SNG) como medida de restauración del estado nutricional³⁶. En lo relativo a las conductas restrictivas y purgativas, tampoco existe un protocolo definido acerca de qué se considera una minimización de las mismas y cuándo pueden considerarse controladas¹⁹⁻²⁰.

Estos hechos, unidos a que tampoco existe un protocolo oficial para la implantación de las distintas estrategias de EN en el tratamiento dietético-nutricional de los TCA, en aspectos relacionados con su contenido, duración o métodos de evaluación; así como no están claras las pautas de EF en lo que se refiere a la creación de los programas para la promoción de la actividad física, ni a las características de la intensidad; supone para los D-N, y para todo el equipo interdisciplinar involucrado en el tratamiento, un horizonte de trabajo muy difícil de definir, donde establecer los criterios de alta de los pacientes contemplando una recuperación cualitativa a largo plazo, a la vez que una minimización de las recaídas, aún no es una realidad definida.

Por otro lado, existen nuevas líneas de investigación centradas en el papel de la microbiota intestinal como factor reconocido en la etiopatogenia y el mantenimiento de los síntomas de los TCA sobre las que no se conocen aún suficientes evidencias³⁶, que podrían mostrar un nuevo ámbito de actuación para la restauración de un estado nutricional adecuado y una conducta alimentaria normalizada. La microbiota intestinal, el estado de ánimo y el comportamiento de las personas tienen un impacto significativo en la regulación del peso, aunque se desconoce qué papel desempeña ésta en la aparición, mantenimiento y recuperación de los TCA³⁷, por lo que se necesitarían más líneas de investigación en este tema.

Los primeros estudios señalan a que podría aparecer una microbiota intestinal disbiótica en pacientes que padecen un TCA. Sin embargo, queda por determinar qué cepas bacterianas específicas, o si bien son sus metabolitos, los que actúan como causa o consecuencia sobre las variaciones en el peso, la adiposidad y el comportamiento alimentario desregulado en pacientes con TCA³⁷. Los estados de desnutrición y la realización de dieta a largo plazo tienen un efecto sustancial y reproducible en el microbioma intestinal que, a su vez, genera un impacto en el cerebro que puede estar relacionado con el desarrollo de distintas psicopatologías y trastornos psiquiátricos como los TCA, especialmente aquellos con episodios y carácter restrictivo³⁵. La restricción de alimentos en pacientes con TCA cambia la disponibilidad de sustratos energéticos (tipo, cantidad y duración) para los microorganismos que conforman la microbiota, y conduce a la proliferación de distintos perfiles microbianos diferentes a los de una persona que no ha practicado restricción en su alimentación³⁸. Además, se desconocen los efectos sobre el microbioma intestinal cuando se producen comportamientos de purga³⁸.

Estas alteraciones de la microbiota y la microbioma intestinal en pacientes con TCA parece que duplican el riesgo de contraer enfermedades endocrinológicas y gastroenterológicas, que pueden traducirse en nuevos riesgos de recaídas por la necesidad de adaptar la alimentación para el tratamiento de las mismas, de forma que la persona puede quedar dentro de un círculo vicioso de exposición a nuevas causas detonantes de trastornos alimentarios, que a su vez son consecuencias de trastornos alimentarios anteriores³⁵.

Conclusiones

El concepto hipocrático de salud positiva se remonta al siglo V a. C. y postula que “*una nutrición adecuada es un componente importante de una vida larga y saludable*”³⁵. La realidad actual de la recuperación de los TCA se suele entender como una restauración del peso y la composición corporal que va de la mano de una mejora desde el punto de vista psicológico, habitualmente entendida de forma provisional, no definitiva, debido a los múltiples factores asociados al desencadenamiento y mantenimiento de los distintos trastornos^{9,16-17}.

Pero, aunque se han descrito a lo largo de este trabajo las necesidades de alcanzar la restauración del peso y la composición corporal, así como la necesidad de establecer distintas estrategias de EN para el alcance de una conducta alimentaria normalizada; y se ha mencionado la importancia de la composición de la microbiota intestinal; existe escasa evidencia sobre cómo han de ser las intervenciones nutricionales y dietéticas necesarias para mejorar la salud y la alimentación de las personas con trastornos alimentarios. Uno de los motivos principales parece ser la escasez de estudios sobre la relación entre el comportamiento alimentario de los pacientes que recuperaron el peso, y sus resultados a largo plazo³³. Comprendiéndose de este modo, que el peso ha sido y es el elemento central en torno al que gira el alta dietética de los pacientes que han padecido un TCA hasta el momento.

Atendiendo al resto de factores que intervendrían en la recuperación de una persona que ha padecido un TCA, parece imprescindible establecer un consenso de trabajo que permita mirar no únicamente a la recuperación del peso y la composición corporal desde una perspectiva física y fisiológica; sino también al resto de parámetros relacionados con la EN que permitan abrir nuevas oportunidades a un modelo de recuperación de los TCA cualitativo, a largo plazo y con una menor probabilidad de recaídas.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de interés

Ninguno.

Referencias

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5 ed. Washington: APA; 2013.
2. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr*. 2019 May 1;109(5):1402-1413. doi: 10.1093/ajcn/nqy342. PMID: 31051507.
3. van Eeden, AE, van Hoeken, D. y Hoek, HW (2021). Incidencia, prevalencia y mortalidad de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. *Opinión actual en psiquiatría*, 34 (6), 515–524. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739>
4. Bulik, C. M., Bertoia, M. L., Lu, M., Seeger, J. D., & Spalding, W. M. (2021). Suicidality risk among adults with binge-eating disorder. *Suicide & life-threatening behavior*, 51(5), 897–906. <https://doi.org/10.1111/sltb.12768>
5. Hay P. (2020). Enfoque actual de los trastornos alimentarios: una actualización clínica. *Revista de medicina interna*, 50 (1), 24–29. <https://doi.org/10.1111/imj.14691>
6. Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, JB, Jones, P., Kim, JH, Kim, JY, Carvalho, AF, Seeman, MV, Correll, CU y Fusar-Poli, P. (2022). Edad de inicio de los trastornos mentales en todo el mundo: metanálisis a gran escala de 192 estudios epidemiológicos. *Psiquiatría molecular*, 27 (1), 281–295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
7. van Eeden, AE, van Hoeken, D. y Hoek, HW (2021). Incidencia, prevalencia y mortalidad de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. *Opinión actual en psiquiatría*, 34 (6), 515–524. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739>
8. Barajas Iglesias B, Jáuregui Lobera I, Laporta Herrero I, Santed Germán MÁ. Eating disorders during the adolescence: personality characteristics associated with anorexia and bulimia nervosa. *Nutr Hosp*. 2017 Oct 24;34(5):1178-1184. English. doi: 10.20960/nh.1037. PMID: 29130718.
9. Jáuregui Lobera, I., Herrero Martín, G., Bolaños Ríos, P., Andrades Ramírez, C. (2019) Los trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. 1ª ed. Madrid: Aula Médica.
10. Brownley, KA, Berkman, ND, Peat, CM, Lohr, KN, Cullen, KE, Bann, CM y Bulik, CM (2016). Trastorno por atracón en adultos: una revisión sistemática y un metanálisis. *Anales de medicina interna*, 165 (6), 409–420. <https://doi.org/10.7326/M15-2455>
11. Marzola, E., Nasser, JA, Hashim, SA, Shih, PA y Kaye, WH (2013). Rehabilitación nutricional en anorexia nerviosa: revisión de la literatura e implicaciones para el tratamiento. *Psiquiatría BMC*, 13, 290. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-290>
12. Abril N. Hackert, MS, RDN, LD, CEDRD-S, Megan A. Kniskern, MS, RDN, LD/N, CEDRD-S, Tammy M. Beasley, RDN, LD, CSSD, CEDRD-S. Academy of Nutrition and Dietetics: Normas de práctica y normas de desempeño profesional revisadas de 2020 para nutricionistas dietistas registrados (competentes, competentes y expertos) en trastornos alimentario
13. National Institute for Clinical Excellence. Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment of and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders. Clinical Guideline 9. Ed the British Psychological Society and Gaskell; 2004.
14. Harrington BC, Jimerson M, Haxton C, Jimerson DC. Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am Fam Physician* 2015;91:46-52.

15. The National Institute for Health and Care Excellence NICE. Eating Disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. USA: National Clinical Practice Guideline CG9; 2004.
16. Guardiola-Wanden-Berghe R1, Gil-Pérez JD, Sanz-Valero J, WandenBerghe C. Evaluating the quality of websites relating to diet and eating disorders. *Health Info Libr J.* 2011 Dec;28(4):294-301.
17. González-Soltero, R., Blanco, M. J., Biscaia, J. M., Mohedano, RB, Grille-Mariscal, M., & Blanco, M. A.. (2015). Análisis del contenido, posicionamiento y calidad de páginas web en español relacionadas con la nutrición y los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 31(3), 1394-1402 <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.3.8122>
18. M.ª I. Martínez, M. D. Hernández, M. Ojeda, R. Mena, A. Alegre y J. L. Alfonso. Desarrollo de un programa de educación nutricional y valoración del cambio de hábitos saludables en una población de estudiantes de la E.S.O. *Nutrición Hospitalaria*. 2009. Vol 24. Nº 4.
19. Gómez Candela, Carmen, Palma Milla, Samara, Miján de la Torre, Alberto, Rodríguez Ortega, Pilar, Matía Martín, Pilar, Loria Kohen, Viviana, Campos del Portillo, Rocío, Virgili Casas, Mª Nuria, Martínez Olmos, Miguel Á, Mories Álvarez, María Teresa, Castro Alija, María José, & Martín Palmero, Ángela. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa. *Nutrición Hospitalaria*, 35(spe), 11-48. Epub 21 de septiembre de 2020.
20. Gómez Candela, Carmen, Palma Milla, Samara, Miján de la Torre, Alberto, Rodríguez Ortega, Pilar, Matía Martín, Pilar, Loria Kohen, Viviana, Campos del Portillo, Rocío, Virgili Casas, Mª Nuria, Martínez Olmos, Miguel Á, Mories Álvarez, María Teresa, Castro Alija, María José, & Martín Palmero, Ángela. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. *Nutrición Hospitalaria*, 35(spe), 49-97
21. Calvo Sagardoy, R., Gallego Morales, L. T., & García de Lorenzo y Mateos, A.. (2012). Modelo de capacitación para el tratamiento integral de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria resistentes al cambio. *Nutrición Hospitalaria*, 27(3), 763-770. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.3.5690>
22. Jowik, K., Tyszkiewicz-Nwafor, M. y Słopień, A. (2021). Anorexia nerviosa: ¿qué ha cambiado en el estado del conocimiento sobre la rehabilitación nutricional de los pacientes en los últimos 10 años? Una revisión de la literatura. *Nutrientes*, 13 (11), 3819. <https://doi.org/10.3390/nu13113819>
23. Ruiz-Prieto, Inmaculada, Bolaños-Ríos, Patricia, & Jáuregui-Lobera, Ignacio. (2013). Diet choice in weight-restored patients with eating disorders: progressive autonomy process by nutritional education. *Nutrición Hospitalaria*, 28(5), 1725-1731
24. Jáuregui Lobera, I., & Bolaños Ríos, P.. (2009). Choice of diet in patients with anorexia nervosa. *Nutrición Hospitalaria*, 24(6), 682-687.
25. Patricia Bolaños Ríos (2009). La educación nutricional como factor de protección en los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria* 10. 1069-1086
26. Jeffrey, S., Heruc, G. Balancing nutrition management and the role of dietitians in eating disorder treatment. *J Eat Disord* 8, 64 (2020)
27. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). *J Am Diet Assoc.* 2001 Jul;101(7):810-9. doi: 10.1016/s0002-8223(01)00201-2. PMID: 11478482.

-
28. Loria Kohen, V., Gómez Candela, C., Lourenço Nogueira, T., Pérez Torres, A., Castillo Rabaneda, R., Villarino Marin, M., Bermejo López, L., & Zurita, L.. (2009). Evaluación de la utilidad de un Programa de Educación Nutricional en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 24(5), 558-567.
 29. Miján de la Torre A, Pérez-García A, Martín de la Torre E, de Mateo Silleras B. Is an integral nutritional approach to eating disorders feasible in primary care? *Br J Nutr*. 2006 Aug;96 Suppl 1:S82-5. doi: 10.1079/bjn20061706. PMID: 16923258.
 30. Hart S, Marnane C, McMaster C, Thomas A. Development of the "Recovery from Eating Disorders for Life" Food Guide (REAL Food Guide) - a food pyramid for adults with an eating disorder. *J Eat Disord*. 2018 Apr 1;6:6. doi: 10.1186/s40337-018-0192-4. PMID: 29619220; PMCID: PMC5878939.
 31. Jáuregui-Lobera, I., Ruiz-Prieto, I., Bolaños-Ríos, P., & Garrido-Casals, O.. (2013). Elección de alimentos, estrategias de afrontamiento de padres de pacientes con trastornos alimentarios: ¿qué sucede cuando tanto el padre como la madre trabajan?. *Nutrición Hospitalaria* , 28 (6), 2188-2193. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2013.28.6.6840>
 32. Cook, B. J., Wonderlich, S. A., Mitchell, J. E., Thompson, R., Sherman, R., & McCallum, K. (2016). Exercise in Eating Disorders Treatment: Systematic Review and Proposal of Guidelines. *Medicine and science in sports and exercise*, 48(7), 1408–1414. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000000912>
 33. Schebendach, J., Mayer, LE, Devlin, MJ, Attia, E. y Walsh, BT (2012). La densidad de energía dietética y la variedad de la dieta como factores de riesgo de recaída en la anorexia nerviosa: una réplica. *Revista internacional de trastornos alimentarios* , 45 (1), 79–84. <https://doi.org/10.1002/eat.20922>
 34. Cowdrey FA, Finlayson G, Park RJ. Liking compared with wanting for high- and low-calorie foods in anorexia nervosa: aberrant food reward even after weight restoration. *Am J Clin Nutr*. 2013 Mar;97(3):463-70. doi: 10.3945/ajcn.112.046011. Epub 2013 Jan 30. PMID: 23364019.
 35. Herpertz-Dahlmann, B., Seitz, J. y Baines, J. (2017). La comida importa: cómo la interacción entre el microbioma y el intestino y el cerebro podría afectar el desarrollo y el curso de la anorexia nerviosa. *Psiquiatría europea de niños y adolescentes* , 26 (9), 1031–1041. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0945-7>
 36. Jowik, K., Tyszkiewicz-Nwafor, M. y Słopień, A. (2021). Anorexia nerviosa: ¿qué ha cambiado en el estado del conocimiento sobre la rehabilitación nutricional de los pacientes en los últimos 10 años? Una revisión de la literatura. *Nutrientes* , 13 (11), 3819. <https://doi.org/10.3390/nu13113819>
 37. Carr, J., Kleiman, SC, Bulik, CM, Bulik-Sullivan, EC y Carroll, IM (2016). ¿La atención a la microbiota intestinal puede mejorar el conocimiento y tratamiento de la anorexia nerviosa?. *Revisión de expertos de gastroenterología y hepatología* , 10 (5), 565–569. <https://doi.org/10.1586/17474124.2016.1166953>
 38. Lam, YY, Maguire, S., Palacios, T., & Caterson, ID (2017). ¿Las bacterias intestinales nos dicen que comamos o no comamos? Revisión del papel de la microbiota intestinal en la etiología, la progresión de la enfermedad y el tratamiento de los trastornos alimentarios. *Nutrientes* , 9 (6), 602. <https://doi.org/10.3390/nu9060602>