

***PSICOLOGÍA
IBEROAMERICANA***

Psicología Iberoamericana

ISSN: 1405-0943

psicología.iberoamericana@uia.mx

Universidad Iberoamericana, Ciudad de
México
México

Rivera Gallardo, María Teresa; Barriguete Meléndez, Jorge Armando; Emmelhainz, Marisa; Pérez
Bustinzar, Ana

La Importancia de la Intervención en Materia de Nutrición en el Tratamiento de los Trastornos de la
Conducta Alimentaria

Psicología Iberoamericana, vol. 13, núm. 2, 2005, pp. 80-83

Universidad Iberoamericana, Ciudad de México

Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133926983004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

La Importancia de la Intervención en Materia de Nutrición en el Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

The Importance of Nutritional Intervention in the Treatment of Eating Disorders

María Teresa Rivera Gallardo,^{*1} Jorge Armando Barriguete Meléndez,^{**}
Marisa Emmelhainz^{***} y Ana Pérez Bustinzar^{****}

GRUPO MÉDICO RÍO MAYO*

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN^{**}

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA, PUEBLA^{***}

BIO-CLINIQUE^{****}

Resumen

La intervención en materia de nutrición en los trastornos de la conducta alimentaria se enfoca no sólo en la rehabilitación física, sino en la eliminación de creencias distorsionadas en cuanto al peso, figura y alimentación a través de estrategias educativas. Una mejora en el estado nutricional del paciente es requisito necesario para una intervención psicológica exitosa. El licenciado en nutrición debe comprender la dinámica compleja de las relaciones humanas, respetando los roles bien definidos del equipo de tratamiento multidisciplinario. La meta final en cuanto a la conducta alimentaria es lograr la integración de una alimentación normal, sana y espontánea.

Palabras clave: trastorno de la conducta alimentaria, estado nutricional, nutriólogo, conducta alimentaria, equipo multidisciplinario

Abstract:

Nutritional treatment should focus not only on physical recovery, but also in providing educational information to help the eating disordered patient to overcome distorted beliefs about weight, body shape and food. Nutritional intervention is relevant from the early stages of treatment; an improvement of the nutritional status is required for a successful psychological therapy. The dietitian should have the ability to face the complex arena of human relationship dynamics and understand the different roles in a multidisciplinary treatment team. The final goal in regards to eating behavior should be to achieve a healthy and spontaneous diet.

Key words: nutritional treatment, eating disorder, dietitian, feeding behavior, multidisciplinary team

El rol del licenciado en Nutrición en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria

La terapia nutricional debe procurar no sólo la recuperación física del paciente, sino la aportación de un espacio educacional que ayude a descartar falsas creencias en torno al peso, la figura y la ingesta. El

enfoque llamado *psiconutricional* (American Dietetic Association, 1994, p. 603) supone no sólo la existencia de una fase de nutrición física y educativa sino de habilidades para asesorar a la persona con un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) en el cambio de conducta. El nivel de intervención del terapeuta en el área de nutrición dependerá de la decisión del equipo multidisciplinario ajustado a la asignación de res-

¹ Dirigir correspondencia a: Departamento de Nutrición, Grupo Médico Río Mayo, Río Mayo 1306-101, Cuernavaca, Morelos 62290. Correo electrónico: terenut@prodigy.net.mx

ponsabilidades y al entrenamiento del nutriólogo. Si se pretende que sea él quien maneje el enfoque psiconutricional, éste debe ser practicado con un entrenamiento de asesoría con un psicoterapeuta (Reiff & Reiff, 1999). El nutriólogo que trabaja con pacientes con TCA debe tener la habilidad para diferenciar y respetar los roles de cada integrante del equipo multidisciplinario, enfocándose únicamente hacia la atención de aspectos relacionados con nutrición y alimentación, la conducta asociada a estos temas, así como la colaboración junto con el equipo médico en cuestión de recuperación nutricional. Los aspectos de psicoterapia son el objetivo del psicoterapeuta o de los miembros del equipo dedicado a salud mental (American Dietetic Association, 2001, p. 811).

La importancia de la realimentación para la recuperación psicológica de los TCA

Una parte de la distorsión que existe en torno a los hábitos alimentarios de la paciente con anorexia nervosa o bulimia nervosa puede ser atribuida a los efectos ocasionados por la inanición. Comportamientos como preocupación extrema por la comida, rituales peculiares en torno a ésta, sueños con alimentos, señales de apetito o saciedad alterados, podrían acentuarse o ser provocados por el hambre (Keys *et al.*, 1950).

Las alteraciones en las concentraciones de micronutrientes, especialmente de ácido fólico (Humphries *et al.*, 1989) y zinc (Katz *et al.*, 1987) juegan un papel en la distorsión del estado neuropsicológico y en el desarrollo de alteraciones cognitivas (Rock & Vasantharajan, 1995; Rock & Curran-Celentano, 1994). Esto pone de manifiesto la importancia de la rehabilitación nutricional para la recuperación psicológica de la paciente con anorexia y bulimia nervosa. Una mejora en el estado nutricional del paciente es requisito necesario para una intervención psicológica exitosa. "El intentar lograr cambios psicológicos significativos con un paciente en estado de inanición sería el equivalente a tratar a una persona alcohólica en estado de embriaguez" (Garner, Vitousek & Pike, 1997, p. 103).

Objetivo de la terapia nutricional en la rehabilitación del paciente con TCA

El objetivo principal del tratamiento nutricional en los TCA es lograr la recuperación del estado de nutrición,

a través de una alimentación sana y libre de obsesiones cuya meta final sea que resulte de manera espontánea. En el caso de la anorexia nervosa, es necesaria la ganancia de peso y en el caso de bulimia nervosa y trastorno por atracón el objetivo radica en eliminar episodios de restricción-atracón-purga o mecanismo compensatorio. Asimismo, dentro del tratamiento se incluye un espacio educativo para lograr cambiar las falsas creencias en torno al peso o la figura y la alimentación, e informar a la paciente sobre los daños físicos que ocasionan la falta de alimento y el uso de mecanismos compensatorios (purgas, ayuno o ejercicio excesivo).

Dicho tratamiento deberá adaptarse a un modelo de recuperación. Las diferentes etapas para el cambio de conducta descritas por Prochaska y colaboradores (Prochaska, Jonson & Lee, 1996), incluyen: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. El proceso de recuperación descrito por Reiff *et al.* (Reiff & Reiff, 1999), incluye fases similares que van desde el desarrollo del síntoma, negación, necesidad de la conducta, disminución y cese. El nutriólogo ayudará al paciente a progresar a través de cada una de las etapas hasta alcanzar la recuperación.

El paciente se considera totalmente recuperado cuando es capaz de tener una alimentación sana "normal" (Beck, 2001) que se caracteriza por integrar los siguientes aspectos:

- Imperfecta; es decir que no siempre incluye alimentos totalmente sanos y eventualmente consume alimentos no nutritivos.

- Rítmica; es decir, después de cada comida el paciente debe sentirse satisfecho y antes hambriento.

- Cíclica; porque pueden estar presentes ciclos semanales, mensuales o anuales ya que nuestras necesidades, gustos y preferencias pueden cambiar.

- Libre de obsesiones y restricciones.

- Individual; varía de una persona a otra y se adecua a las necesidades de cada persona.

- Adaptada al entorno sociocultural.

Evaluación del estado de nutrición del paciente con TCA

Cuatro indicadores básicos conforman la evaluación del estado de nutrición, necesaria tanto para la valoración inicial como para el monitoreo, que incluyen; indicadores dietéticos, antropométricos, bioquímicos y clínicos. Los indicadores dietéticos nos permiten estimar el con-

sumo de nutrimentos a través de la evaluación de la dieta y los hábitos de alimentación. Los indicadores antropométricos se basan en la medición de las dimensiones físicas como estatura, peso, complexión, y composición corporal, como grasa corporal y masa muscular. Los indicadores bioquímicos se refieren a la evaluación del estado de nutrición a través de la reserva de nutrimentos, su concentración plasmática o su excreción, y a través de pruebas funcionales. Y por último los indicadores clínicos se refieren a la estimación del estado de nutrición a través de historia médica, exploración física e interrogatorio sobre sintomatología asociada al padecimiento (Casanueva & Morales, 1995).

Indicadores de recuperación física en la paciente con anorexia nerviosa

La identificación de la presencia de desnutrición severa en anorexia nerviosa al momento del diagnóstico es fácil, sin embargo, valorar la adecuación de la repleción nutricia y establecer el punto en el que la paciente se ha recuperado nutricionalmente no resulta sencillo (Trocki *et al.*, 1998). El establecimiento del peso ideal resulta ser complicado en la adolescencia, el peso esperado para individuos adolescentes de la misma estatura y edad, varía de acuerdo al ritmo de crecimiento individual; es decir hay más de un peso ideal para una misma estatura y cada individuo posee su propio estilo de crecimiento (Casanueva & Morales, 1995). Una aproximación del peso natural de la paciente, es decir, el que está determinado genéticamente, es el peso pre mórbido que se refiere al peso en el que la paciente se mantuvo antes de tener el trastorno. Obviamente este no puede ser determinado en pacientes que desarrollaron el trastorno cuando el crecimiento no había cesado. Por su parte, se ha sugerido que se defina al peso ideal como aquel en el que el paciente se establecerá al consumir una dieta saludable y tener una actividad física razonable (Beumont *et al.*, 1997).

Un indicador de recuperación "física" en las pacientes con anorexia nerviosa es el regreso o inicio de ciclos menstruales ovulatorios. La madurez ovárica

y uterina puede evaluarse a través de un ultrasonido pélvico (Key *et al.*, 2002).

Espacio educativo

Hay varias razones por las que debe incluirse un espacio educativo que provea información veraz, sobre temas relacionados con riesgos físicos del padecimiento, regulación del peso y el significado de una alimentación normal (Fairburn & Brownell, 2002; Garner, 1997).

A pesar de que es común que los pacientes con TCA cuenten con información basta respecto a los grupos de alimentos y su contenido energético (kilocalorías), no poseen la información correcta acerca de la fisiología de la digestión y la regulación del peso, o de los factores que causan y mantienen los síntomas.

- Existen evidencias de que un tratamiento educacional genera cambios en la conducta de las pacientes, además al tener conocimiento de bases científicas de la enfermedad se produce más aceptación hacia el tratamiento (Olmsted *et al.*, 1991).
- Los principios educacionales están de acuerdo en general con las metas didácticas del tratamiento cognitivo-conductual.
- Las preferencias que se muestran hacia los alimentos en las pacientes con trastornos de la alimentación, no dependen tanto de las características hedónicas (de sabor), sino de las creencias o tabúes que se tienen en torno a éstos.
- El aumento de peso o de grasa corporal no implica la recuperación de la paciente con anorexia nerviosa, si aún no es capaz de desarrollar un patrón de alimentación relajado y espontáneo.
- El paciente con bulimia nerviosa cree que su problema radica en comer demasiado, y no sabe que el episodio de atracón es sólo una respuesta a la restricción irreal excesiva de alimento.
- El paciente con TCA no tiene claro el concepto de una alimentación normal. Trata de llevar cualquier consejo al extremo.

Referencias

America Dietetic Association (1994). Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified. *Journal of The American Dietetic Association*, 101, 810-819.

American Dietetic Association (2001). Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa and eating disorders not otherwise specified. *Journal of The American Dietetic Association*, 94, 603-608.

- Beck, C. (2001). *Nourishing your daughter, help your child develop a healthy relationship with food and her body*. Nueva York: The Berkley Publishing Group.
- Beumont, P. J. V., Beumont, C. C., Touyz, S. & Williams, H. (1997). Nutritional counseling and supervised exercise. En Garner, D. M. & Garfinkel, M. D. *Handbook of treatment for eating disorders*. Nueva York: The Guilford Press.
- Casanueva, E. & Morales, M. (1995). Nutrición del adolescente. En Casanueva, E., Kaufer-Horwitz, M., Pérez-Lizaur, A. B. & Arroyo, P. *Nutriología médica*. México: Gráficas Monte Albán.
- Fairburn, C. G. & Brownell, C. D. (2002). *Eating disorders and obesity*. Nueva York: The Guilford Press.
- Garner, D. M. (1997). Psychoeducational principles in treatment. En Garner D. M. & Garfinkel, M. D. *Handbook of treatment for eating disorders*. Nueva York: The Guilford Press.
- Garner, D. M., Vitousek, K. M. & Pike, K. M. (1997). Cognitive-behavioural treatment for anorexia nervosa. En Garner, D. M. & Garfinkel, M. D. *Handbook of treatment for eating disorders*. Nueva York: The Guilford Press.
- Humphries, L., Vivian, B., Stuart, M. & Mc Clain, C. J. (1989). Zinc deficiency and eating disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 456-459.
- Katz, R. L., Keen, C. L., Litt, I. F., Hurley, L. S., Kellams-Harrison, K. M. & Galder, L. J. Zinc deficiency in anorexia nervosa. *Journal of Adolescent Health Care*, 8, 400-406.
- Key, A., Mason, H., Allan, R. & Lask, B. (2002). Restoration of ovarian and uterine maturity in adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 319-325.
- Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, A. & Taylor, A. *The biology of human starvation*. Minnesota: University of Minnesota Press.
- Olmsted, M. P., Davis, R., Garner, D. M., Rockert, W., Irvine, M. J. & Eagle, M. (1991). Efficacy of a brief group psychoeducational intervention for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 71-83.
- Prochaska, J., Johnaon, A. & Lee, P. (1996). The transtheoretical model of behaviour change. En Shumaker, S. A., Schron, E. B., Ockene, J. & McBee, W. L. *The handbook of health behaviour change*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Reiff, D. W. & Lampson Reiff, K. K. (1999). *Eating disorders nutrition therapy in the recovery process*. Washington: Life Enterprises.
- Rock, C. L. & Curan-Celentano, J. (1994). Nutritional disorder of anorexia nervosa: a review. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 188-203.
- Rock, C. L. & Vasantharajan, S. (1995). Vitamin status of eating disorder patients: relationship of clinical indices and effect of treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 257-262.
- Trocki, O., Theodorus, M. T. & Sheperd, R. W. (1998). Lack of sensitivity of weight targets compared with body cell mass for determining recovery from malnutrition in adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 169-176.