

**EDUCACIÓN NUTRICIONAL EN EL PROCESO DE
CONFECCIÓN DE UNA DIETA EN PACIENTES CON
TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

**NUTRITIONAL EDUCATION IN THE PROCESS OF
PLANIFY A DIET IN PATIENTS WITH EATING
DISORDERS**

Santiago Heble Ochoa¹

Rocío Marquínez Rengifo¹

Rocío Sánchez Carrera¹

María Valle Vázquez¹

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

Correspondencia: Santiago Heble Ochoa, santiheble@gmail.com

Universidad Pablo de Olavide

Carretera Utrera Km 1, CP: 41013, Sevilla

RESUMEN

Aunque los tratamientos nutricionales son efectivos, los comportamientos inadecuados frente a la comida suelen mantenerse en el tiempo. Esto puede desencadenar futuras recaídas en pacientes que sufren algún Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). En esta revisión se analizaron las prácticas nutricionales más efectivas en cada trastorno y se vio cómo esa educación nutricional provocaba cambios en la elección de la dieta por parte de los pacientes. Se concluyó que la educación nutricional es una práctica efectiva en el tratamiento de los TCAs y debe ir orientada al diseño autónomo de la dieta del paciente. Además, la falta de dietistas–nutricionistas en el sistema de salud actual, revela que la educación nutricional realizada es deficiente ya que estos se proponen como los mejores profesionales sanitarios para el tratamiento dietético–nutricional.

Palabras clave: educación nutricional, trastornos de la conducta alimentaria, dieta, bulimia nerviosa, anorexia nerviosa, sobrepeso.

ABSTRACT

While nutritional treatments are effective, inappropriate behaviors towards food usually kept over time, which can trigger future relapses in patients suffering from Eating Disorders (ED). In this review the most effective nutritional practices in each disorder were analyzed and it is reported how that nutritional education may cause changes in the process of patients' diet choice. It was concluded that nutritional education is an effective practice in the treatment of ED and it must be oriented to the autonomous design of the patient's diet. Furthermore, the lack of dieticians-nutritionists in the current Health Care System reveals that the nutritional education usually carried out is unsatisfactory since these professionals have been proposed as the best healthcare professionals for the dietary and nutritional treatment.

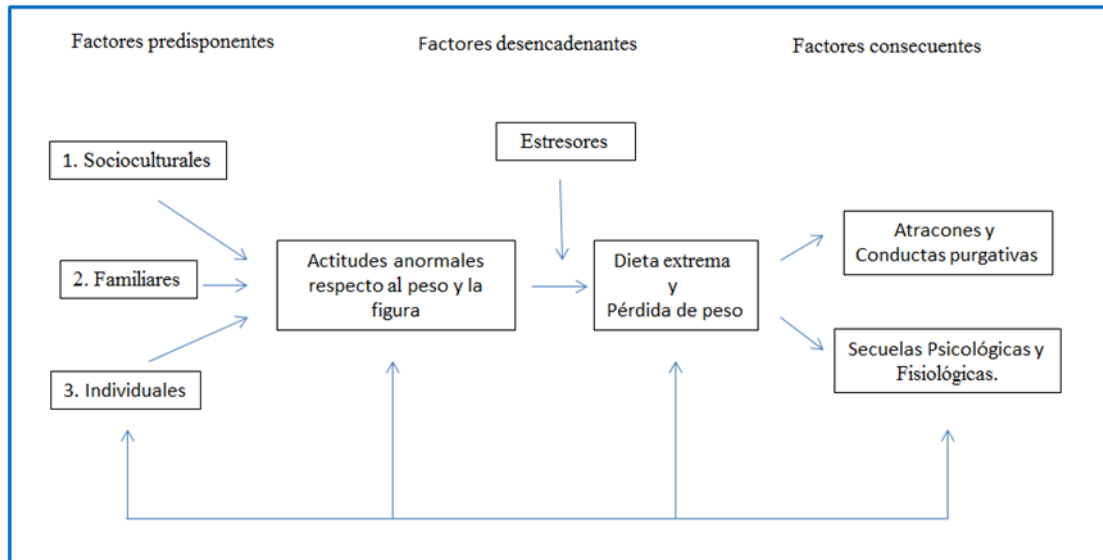
Key words: Nutritional education, Eating Disorders, Diet, Bulimia, Anorexia, Overweight.

INTRODUCCIÓN

La conducta alimentaria se define como el comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación, las preparaciones culinarias, la selección y las cantidades de alimentos que se ingieren (1). En nuestra sociedad actual existen puntos críticos en la alimentación y desarrollo de enfermedades relacionadas con la conducta alimentaria y resulta extremadamente fácil recibir información relativa a la salud y la alimentación. Sin embargo, nos encontramos con que la gran variedad de fuentes no siempre son fiables y a veces la información resulta más desconcertante que esclarecedora. Uno de los focos más consultados que puede proporcionar información errónea sobre salud es Internet, siendo la calidad de las webs relacionadas con temas dietéticos bastante deficiente (2).

La etiología de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) es multifactorial (3) (Figura 1) constituyendo los factores de riesgo desencadenantes la historia familiar de TCA y obesidad, la presencia de alguna enfermedad afectiva o de alcoholismo en primer grado de consanguinidad, los rasgos de perfeccionismo y baja autoestima, la falta de satisfacción corporal, el seguimiento de dietas caracterizadas por la omisión de alguna toma, la práctica de ejercicio compulsivo y la alteración en la sensación hambre-saciedad (4). Los grupos más vulnerables son mujeres adolescentes, debido a que en la mayoría de sociedades son el grupo más preocupado por la dieta y la pérdida de peso corporal, así como los deportistas de élite, pues existen evidencias científicas que afirman que aquellos deportistas adultos que cumplían los criterios para TCA decían haber empezado una dieta o haber desarrollado algún trastorno relacionado con la alimentación durante su pubertad o adolescencia

(5). En concreto, la Anorexia Nerviosa (AN) se presenta a edades cada vez más tempranas por lo que ha pasado a formar parte de la práctica pediátrica (6).



Fernández Aranda F, Turón Gil V. *Trastornos de la alimentación.*

Figura 1. Etiología de los TCA

A mitades del siglo XX, la nutrición empezó a considerarse como un subconjunto de la bioquímica, constituyendo una modalidad terapéutica especializada, y posteriormente fue evolucionando hasta que los médicos de atención primaria debían ser capaces de proporcionar una evaluación y orientación nutricional de los pacientes. Se concluyó que la agravación de ciertas enfermedades como cardiopatías, derrames cerebrales o la diabetes, estaban causadas por la falta del servicio de nutrición. Esto supuso una estrategia efectiva para reducir tanto los costes sanitarios como las comorbilidades asociadas a estas enfermedades (7,8).

De este modo, uno de los aspectos más importantes que contribuyen a mantener un estado de salud óptimo es la alimentación. Sólo una correcta

educación nutricional puede modificar conductas y actitudes erróneas, con el objetivo de recuperar hábitos saludables que ayuden a mejorar la calidad de vida (9). A pesar de su importancia, la educación nutricional sigue siendo deficitaria entre profesionales sanitarios, como es el caso de los médicos, donde existe variable formación en materia de nutrición destacando que el hecho de saber cuándo y cómo derivar a los pacientes a un profesional de la nutrición es mencionada únicamente por el 20 % de los programas de residencia en medicina familiar (10). Este hecho ocasiona una dificultad importante en el tratamiento de pacientes con TCA pues sin la terapia nutricional, el tratamiento interdisciplinar es insuficiente y por tanto, ineficaz a largo plazo.

Existen evidencias científicas acerca de la efectividad en el proceso de rehabilitación de los TCAs si tiene lugar con un equipo multidisciplinar coordinado constituido por psiquiatras, psicólogos, enfermeros y dietistas - nutricionistas (9). Estos últimos serán los encargados de ejercer la educación nutricional en el paciente y su familia, restableciendo el estado nutricional progresivamente al ser los profesionales sanitarios mejor cualificados para manejar aspectos dietético – nutricionales, así como la recuperación ponderal del peso, el logro de una ingesta que cubra los requerimientos recomendados y una adecuada educación nutricional en estos pacientes (11,12).

Aunque los tratamientos nutricionales de los pacientes con TCA suelen ser bastante efectivos para favorecer la normalización de la composición corporal, los comportamientos inadecuados frente a la comida suelen mantenerse en el tiempo. Esto puede ser un factor desencadenante de recaídas futuras, por lo que la educación nutricional, con el fin de aportar la capacidad para elegir una alimentación saludable, resulta esencial (13,14).

El objetivo del presente estudio consistió en llevar a cabo una revisión de la literatura publicada sobre las pautas más relevantes a la hora de educar a un paciente en rehabilitación de TCA en la confección de su propia dieta. Además se quiso destacar la importancia de instaurar la educación nutricional como primera línea terapéutica en patologías que pueden ser desencadenantes de desórdenes alimentarios, al margen de terapias cognitivo-conductuales.

MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en MEDLINE y SCOPUS con una limitación de fecha desde 1998 hasta la actualidad y una limitación en revistas relacionadas con el tema en estudio, cruzando los vocablos “Nutritional Education, Eating Disorders, Diet, Bulimia, Anorexia, Overweight”.

Se obtuvieron 444 citas bibliográficas, siendo 48 revisiones, de las cuales se consideraron relevantes por sus criterios y metodología usada 17 de ellos. Con el fin de completar la bibliografía se recurrió a libros y/o capítulos específicos.

RESULTADOS

1. Educación nutricional en obesidad

El desequilibrio nutricional por una ingesta calórica que excede las necesidades energéticas recomendadas y tener unos conocimientos deficientes relacionados con la alimentación y la actividad física, son los criterios diagnósticos más frecuentes a la hora de padecer obesidad (15). La obesidad es uno de los factores predisponentes a padecer TCA, por lo que resulta de especial relevancia la educación nutricional con el fin de modificar los hábitos

alimentarios de forma saludable y progresiva. La causa principal de esta relación es la contrariedad en el canon de belleza actual, dando lugar al seguimiento de dietas restrictivas y medidas purgativas (9).

La educación terapéutica (ET) es fundamental para que el paciente obeso sea capaz de identificar los factores que contribuyen al aumento de peso, diseñar cambios dietéticos que consigan el control a largo plazo, así como lograr una pérdida de masa corporal e incorporar a la vida diaria actividades adecuadas para incrementar el gasto energético. Las enfermeras de la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética del Hospital Universitario de La Paz organizaron un curso de ET donde pacientes con un IMC>30 se comprometieron a asistir a un programa educativo y a perder, al menos, el 10% de su peso inicial en 6 meses siguiendo una dieta hipocalórica, modificando sus hábitos alimentarios y patrón de actividad física. Este estudio consistió en realizar varias sesiones donde se impartían conceptos generales de alimentación y nutrición, se definía la obesidad como enfermedad (además de sus causas y complicaciones), recomendaciones dietéticas y fuentes alimentarias de distintos nutrientes. Se finalizó con la entrega de un resumen del curso, además de una serie de normas de conducta, trucos y estrategias con el fin de facilitar el cambio de hábitos y estilo de vida, además de conseguir que el paciente fuera crítico con las dietas milagro.

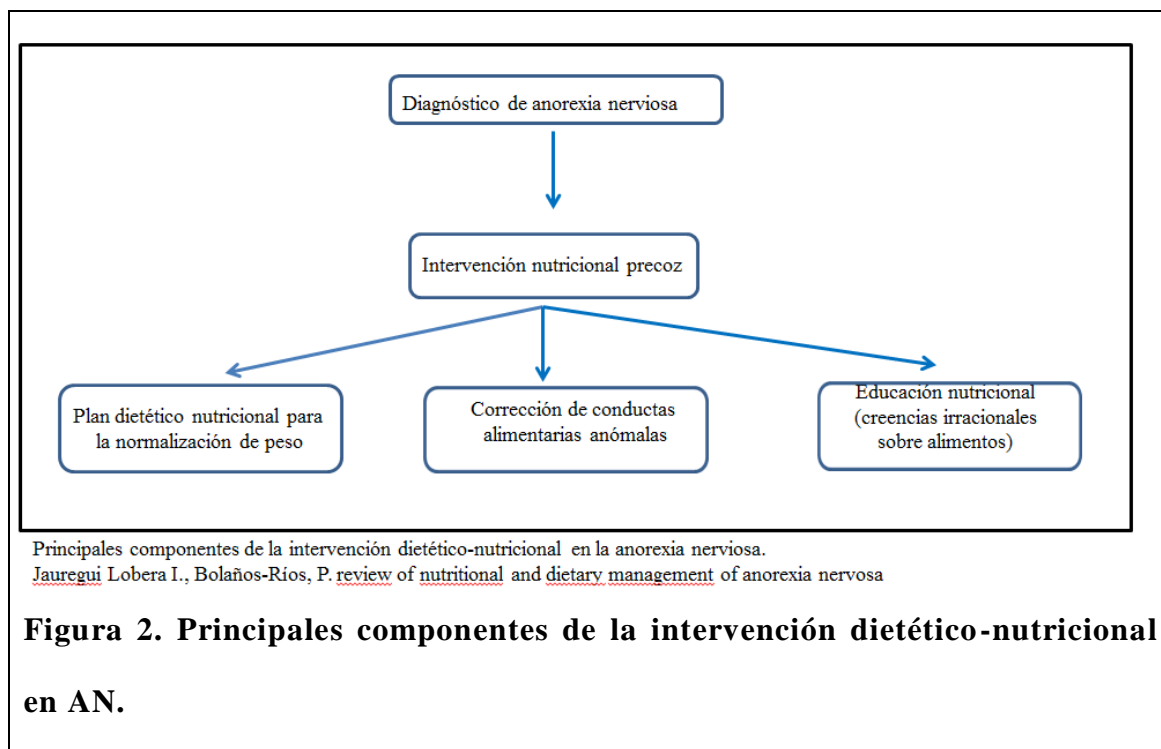
2. Educación nutricional en anorexia nerviosa

El tratamiento actual de la AN engloba la rehabilitación y consejos nutricionales, además de psicoterapia individual y familiar desde un punto de vista psicoeducativo (Figura 2). Los aspectos dietéticos y nutricionales del

tratamiento incluyen la recuperación ponderal del peso, el plan dietético personalizado, la corrección de la baja ingesta de alimentos y la corrección de la percepción de los pacientes sobre lo que es una dieta saludable, siendo relevantes para ello el diagnóstico precoz y la intervención nutricional desde el comienzo (12). También resulta controvertida la participación de pacientes en la elección de dieta ya que suelen clasificar los alimentos en “buenos” y “malos” o “seguros” y “temibles”, además de tener otras creencias o falsos mitos alimentarios (6). Todo ello deberá considerarse en el tratamiento, además de tener conocimiento sobre los alimentos que suelen generar ansiedad, así como sus preferidos y éstos últimos emplearlos para favorecer el proceso de confección de su dieta, bajo supervisión dietética y médica.

Sin embargo, se debe dejar claro lo que puede ser negociable y lo que no, como es la ingesta global de alimentos o beber agua en exceso. En cuanto a los alimentos dentro de cada grupo, se permite alternarlos, incluso sustituir uno por otro, siempre que se cumplan las raciones o porciones de los mismos. Además, es recomendable reducir el consumo de alimentos dietéticos o de baja densidad calórica (12) .

Por otra parte, el paciente con AN no debe recibir mensajes contradictorios sobre, por ejemplo, la cantidad de alimentos que debe consumir ya que podría cuestionar la información nutricional dada por los profesionales (6).



Se debe garantizar la educación de los buenos hábitos alimentarios con el fin de mantenerlos tras la recuperación, reduciendo así el riesgo de recaídas. Para ello, es necesario incidir sobre los grupos de alimentos, la forma de cocinado, así como aclarar mitos erróneos sobre alimentación (9). La forma más objetiva de seguimiento consiste en el registro alimentario a través de fotos digitales antes y después de las comidas, con el fin de visualizar la cantidad inicial e ingerida, la presentación, y las posibles actitudes realizadas. Todos los menús deben constar de un primer plato, segundo plato, pan, bebida y postre.

El tratamiento debe iniciarse con la introducción de los principales grupos de alimentos, pues no es posible pretender cubrir, desde el principio, todos los requerimientos nutricionales recomendados. Los pacientes con AN reportan con gran fidelidad su ingestas pudiendo poseer muchos conocimientos sobre la composición detallada de los alimentos (6). La ganancia de peso

gradual se considerará el elemento más importante en el tratamiento en la AN (12).

Se encuentran numerosos estudios en los cuales se investiga sobre la capacidad de los pacientes con AN de diseñar su propia dieta después del tratamiento. En concreto, uno de ellos analiza la elección de la dieta de 44 pacientes con anorexia nerviosa restrictiva y se compara con un grupo control no enfermo (16). Los resultados reflejaron que los pacientes elegían dietas con menos calorías, carbohidratos, proteínas y grasas, además consumían menos cantidad de los siguientes grupos de alimentos: cereales, carne, comidas grasas, alimentos dulces y fritos; y en cambio, escogieron dietas con más verduras que el grupo control. Se encontró que el tiempo que los pacientes llevaban en tratamiento mostraba una correlación positiva en cuanto a la elección de alimentos dulces, lo cual puede deberse al tratamiento psicológico más que al nutricional (el cual implica afrontar el miedo a algunas comidas), así que, en términos nutricionales, el avance es escaso, ya que esto refleja una gran dificultad por parte de los pacientes con AN para mantener los cambios en los hábitos alimentarios.

Lo mismo se halló en otra investigación en la que se analizó la elección de la dieta en pacientes con TCA. En esta ocasión, cabe destacar que la dieta elegida por los pacientes se asemejaba a la dieta elegida en el grupo control, no siendo ninguna de las dos comparable a la dieta recomendada según la OMS. Sin embargo, sí que se observó en los pacientes, una alimentación que no seguía los patrones de las enfermedades comprendidas en los TCA (14).

Otro artículo más reciente mostró la elección de los menús en los pacientes a medida que realizaban un año de tratamiento. Se observaron diferencias positivas en cuanto a la cantidad de energía, carbohidratos y ácidos grasos poliinsaturados de la dieta al finalizar el tratamiento. Esto demostró, que aunque la dieta elegida aún no era la recomendada, el tratamiento proporcionaba una mejora en la elección de alimentos al paciente con TCA y por consiguiente, un aumento de autonomía en el diseño de una dieta equilibrada (13).

3. Educación nutricional en bulimia nerviosa

La terapia cognitiva, la terapia nutricional, así como la combinación de ambas, constituyen los tres tratamientos activos más relevantes en la rehabilitación de pacientes con bulimia nerviosa, reduciendo de manera significativa los episodios de atracón/vómito. Se demostró en un estudio que la terapia cognitiva producía mejoras en las actitudes disfuncionales características de este trastorno, la terapia nutricional favorecía el autocontrol, mientras que la combinación de ambas lograba la abstinencia de la conducta bulímica (17).

Un estudio llevado a cabo con el fin de comprobar la utilidad de programas de educación nutricional en los TCA arrojó resultados significativos tanto en la sintomatología como en la prevención de la implantación de los mismos (18).

4. Papel de la familia en la alimentación de pacientes con TCA

Resulta primordial estudiar el papel que juega la familia, especialmente la madre, en el desarrollo y mantenimiento de los TCA (4). Diversos estudios

demonstraron la relación directa existente entre el seguimiento de conductas alimentarias desadaptadas por parte de las madres y la aparición de algún TCA en sus hijos. Así, se encontró que las madres de pacientes con TCA ejercían una mayor presión en éstas para estar delgadas, siendo más críticas con las hijas que con ellas mismas. Por tanto, existe una fuerte relación entre la insatisfacción corporal de las niñas con su cuerpo y la madre con su propio peso y forma (4).

El seguimiento de dietas estrictas, la presencia de obesidad, la insistencia por la pérdida o control del peso corporal, la importancia de la apariencia y la figura ideal, así como las conductas compulsivas y restrictivas que ejercen sobre la alimentación de sus hijos suelen ser las conductas más significativas en relación con los resultados obtenidos. En el caso de las madres con obesidad, no solo se observó la relación de la aparición de TCA como consecuencia del peso corporal sino por la insistencia de la madre hacia la pérdida de peso y la restricción alimentaria en sus hijos. Del mismo modo se comprobó que los padres preocupados por el cuerpo y silueta restringían aún más la alimentación de sus hijos, incrementando esta acción incluso a medida que perdían peso, independientemente del sexo, desarrollando inquietudes en los hijos hacia la realización de dietas estrictas en un futuro (1,3).

Por otro lado, las madres que restringían la alimentación de sus hijos se centraban fundamentalmente en la omisión de alimentos con un alto contenido energético. Esto fomentaba la necesidad de perder peso, así como la sobrealimentación en ausencia de hambre. Sin embargo, las mujeres que presentaban conductas compulsivas incitaban a la práctica de atracones y episodios bulímicos. Además, se demostró que las familias definidas por una estructura de elevada implicación interpersonal, sobreprotectora, rígida y que

evitaba conflictos, resultaron ser más propensas a la presencia de algún miembro con TCA (4).

A partir de estos resultados se concluyó la importancia de involucrar a la familia en el tratamiento y rehabilitación de los trastornos de la conducta alimentaria.

DISCUSIÓN

Los hábitos alimentarios actuales (comer solo lo que más nos gusta, horarios irregulares, monotonía en la alimentación, etc.) son desencadenantes para el desarrollo de TCA. De este modo, para fomentar la prevención sería necesario intervenir en la propia estructura social, teniendo en cuenta la publicidad, con información confusa y contradictoria en la mayoría de los casos (9).

No hay que olvidar que los TCA suelen ser el resultado de la conjugación de factores como la vulnerabilidad genética y las conductas aprendidas. Éste último puede estar relacionado con las actitudes y conductas alimentarias de los padres, siendo importante el trabajo preventivo no solamente en niños y adolescentes, sino también en las mujeres durante la gestación y toda la familia en general, pues los hábitos alimentarios se forman, mayoritariamente, en el hogar. Además, sería de gran interés la planificación de programas relacionados con la educación nutricional en colegios y residencias de estudiantes. Por tanto, resulta necesario educar a los padres sobre los perjuicios que conllevan la excesiva preocupación por el peso corporal con el fin de evitar futuras recaídas. Además, se deberá dar el apoyo nutricional necesario a los padres para evitar la alianza y evitar el encubrimiento de conductas negativas (6,9).

La educación nutricional deberá ser llevada tanto a nivel familiar como escolar, sin delegar únicamente en el sistema educativo. La escuela, por otra parte, deberá dar los conocimientos básicos acerca de una alimentación correcta y los beneficios que ésta supone.

Todo esto constituiría una buena práctica de prevención primaria de TCAs, lo cual, observando la dificultad que ocasiona el tratamiento para lograr la completa recuperación una vez instaurado el TCA, puede ser una estrategia muy interesante.

Asimismo, la mayoría de los jóvenes que comienzan a desencadenar un TCA lo hacen con dietas restrictivas para la pérdida de peso, complementadas o no con suplementos de herboristerías de dudosa efectividad. Las campañas de educación nutricional son una estrategia efectiva para la prevención de estos trastornos crecientes hoy en día, mejorando la capacidad crítica de los adolescentes acerca de la alimentación y sus consecuencias en el estado de salud.

El tratamiento de los TCA exige una colaboración multidisciplinaria, como corresponde a una patología biopsicosocial (19). Destaca el papel de la educación nutricional en la mayoría de las evidencias científicas, pues permite a los pacientes a adquirir y estructurar sus conocimientos alimentarios (20). En los TCAs, este tratamiento debe estar basado en la implantación de un programa de educación nutricional que modifique los hábitos alimentarios erróneos, regulando los horarios de las comidas, evitando el picoteo y la monotonía en la alimentación, insistiendo en consumir las raciones y proporciones recomendadas, así como incidir en la práctica regular de ejercicio físico (9).

Es importante destacar la falta de dietistas – nutricionistas en el sistema sanitario actual, lo que afecta de forma negativa a la prevención y tratamiento de TCA, pues existen claras evidencias de que para corregir los hábitos alimentarios, la intervención psicológica debe estar apoyada por una adecuada intervención nutricional. Esto dará lugar a una mayor efectividad del tratamiento a medio y largo plazo.

En cuanto a las evidencias científicas revisadas, se ha encontrado que en el caso de la AN se han definido protocolos y programas específicos a la hora de abordar la elección de la dieta. Sin embargo, en BN y obesidad no se han encontrado estudios con resultados esclarecedores y por tanto, relevantes.

CONCLUSIONES

En esta revisión se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- La prevención de los TCA puede resultar muy eficaz teniendo en cuenta que cuando el TCA está instaurado, el tratamiento requiere más tiempo, costes y peligro para el paciente.

- El tratamiento de los TCA exige una colaboración multidisciplinar, con la ayuda de un equipo constituido por psiquiatras, psicólogos, enfermeros y dietistas-nutricionistas.

- La educación nutricional constituye la herramienta más efectiva para la prevención y tratamiento de TCA.

- Una adecuada educación nutricional en pacientes con TCA es primordial, debido a que supondrá el mantenimiento de los hábitos dietéticos

saludables una vez finalizado el tratamiento, reduciendo por tanto, el riesgo de recaídas.

- El objetivo principal de la educación nutricional debe ser el establecimiento de una correcta elección de los alimentos de forma autónoma.

- La educación nutricional deberá ser llevada tanto a nivel familiar como escolar, pues existe una relación directa entre el seguimiento de conductas alimentarias desadaptadas por parte de las madres y la aparición de algún TCA en sus hijos.

- Los dietistas – nutricionistas son los profesionales sanitarios mejor cualificados para manejar los aspectos dietético – nutricionales de los TCA, como la recuperación ponderal del peso, el logro de una ingesta que cubra los requerimientos recomendados y una adecuada educación nutricional en estos pacientes.

- Es fundamental la asociación de dietistas - nutricionistas en programas de medicina familiar, para conseguir la inclusión de la nutrición en diferentes ámbitos: ambulatorios, hospitales y en unidades de día como parte de la atención primaria.

- Es necesario continuar investigando las elecciones dietéticas de los pacientes con diferentes TCA para verificar la efectividad de las terapias nutricionales a largo plazo con más precisión.

REFERENCIAS

1. Osorio J, Weisstaub G, Castillo C. Development of feeding behaviour in childhood and its alterations. *Rev. Chil. Nutr*; 29(3): 280-285.
2. Guardiola – Wanden – Berghe R, Gil – Pérez JD, Sanz-Valero J, Wanden – Berghe C. Evaluating the quality of websites relating to diet and eating disorders. *Health Info Libr J*. 2011 Dec; 28(4):294-301.
3. Fernández - Aranda F, Turón- Gil V. *Trastornos de la alimentación*. 1ª ed. Barcelona: Masson; 1998.
4. Vázquez V, Reidl LM. The role of the mother in eating disorders: A psychosocial perspective. *Psicología y salud*. Vol. 23, Núm. 1: 15-24, enero-junio 2013.
5. Martinsen M, Bahr R, Børresen R, Holme I, Pensgaard AM, Sundgot-Borgen J. Preventing Eating Disorders among Young Elite Athletes: A Randomized Controlled Trial. *Med Sci Sports Exerc*. 2014 Mar; 46(3):435-47.
6. Miranda-Sánchez S. Anorexia nerviosa: Manejo nutricional en pediatría. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2010; 67 (1): 4-18.
7. Halsted CH. Clinical Nutrition education - relevance and role models. *Am J Clin Nutr*. 1998 Feb; 67 (2): 192 – 6.
8. Halsted CH. The relevance of clinical Nutrition education and role models to the practice of medicine. *Eur J Clin Nutr*. 1999 May; 53 Suppl 2:S29 – 34.
9. Bolaños – Rios P. Educación nutricional como factor de protección en los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. 10 (2009); 1069-1086.

10. Deen D, Spencer E, Kolasa K. Nutrition education in family practice residency programs. *Fam Med*. 2003 Feb; 35(2):105-11.
11. 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.
12. Jáuregui – Lobera I, Bolaños – Ríos P. Review of nutritional and dietary management of anorexia nervosa. *Rev Med Chil*, 2012 Jan; 140(1):98-107.
13. Ruíz – Prieto I, Bolaños – Ríos P, Jáuregui – Lobera I. (2013). Diet choice in weight restored patients with eating disorders; progressive autonomy process by nutritional education. *Nutr Hosp*. 2013 Sep-Oct; 28(5):1725-31.
14. Almeda – Cruz B. Tratamiento dietético-nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: proceso de progresiva autonomía en el diseño de la dieta adecuada. *Trastornos de la conducta alimentaria* 15 (2012); 1691-1708.
15. Rico MA, Calvo I, Díaz – Gómez J, Gimena M. Educación terapéutica (ET) en pacientes con obesidad. *Rev Esp Nutr Comunitaria*. 2008; 14(3):172-178.
16. Jáuregui – Lobera I, Bolaños – Ríos P. Choice of diet in patients with anorexia nervosa. *Nutr Hosp*. 2009 Nov-Dec; 24(6):682-7.
17. Hsu LK, Rand W, Sullivan S, Lui DW, Mulliken B, McDonagh B, Kaye WH. Cognitive therapy, nutritional therapy and their combination in the treatment of bulimia nervosa. *Psychol Med*. 2001 Jul. 31 (5): 871 – 9.

18. Loria – Kohen V, Gómez – Candela C, Lourenço – Nogueira T, Pérez – Torres A, Castillo – Rabaneda R, Villarino – Marin M, et. al. Evaluación de la utilidad de un Programa de Educación Nutricional en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Nutr Hosp.* 2009 Sep – Oct; 24(5):558-67.
19. Borrego – Hernando O. Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2000; 24: 44-50.
20. França S, d'Ivernoisa J, Marchand C, Haennib C, Ybarra J, Golay A. Evaluation of nutritional education using concept mapping. *Patient Educ Couns.* 2004 Feb; 52(2):183-92.