

# VIVE Sano



## Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosas

**M**uchas dificultades relacionadas con el consumo de alimentos provienen de unas inadecuadas costumbres adquiridas en los primeros meses de vida. La familia es la principal influencia en el desarrollo de los hábitos alimentarios al actuar como modelo en su aprendizaje e imitación. No obstante, pasados los primeros años de vida, el niño comienza a entrar en contacto con la sociedad en diversos aspectos, especialmente, en el alimentario.

Para asegurarse de que el niño esté bien alimentado sólo se requiere poner a su disposición una dieta variada y generar en él buenos hábitos alimenticios. Para ello, el hacer de la alimentación una costumbre familiar gratificante es la mejor receta. Sin embargo, la consulta periódica con el pediatra es necesaria, previene posibles problemas en esta y otras áreas relacionadas con esta etapa de la vida. Problemas de aprendizaje o aparentes dificultades propias de los síndromes de falta de atención pueden provenir, en realidad, de dietas inadecuadas. A la vez, muchos de los desórdenes alimentarios como la bulimia y la anorexia tienen su origen en esta etapa.

Los trastornos del comportamiento alimentario son síndromes ligados a la cultura, inducidos por una patología psicológica, donde existen unas ideas sobrealvaloradas sobre los beneficios de la delgadez, el temor a la obesidad, una autoestima ligada al peso y la silueta corporal, acompañados de una serie de signos y síntomas secundarios. Los principales trastornos del comportamiento alimentario son: **anorexia nerviosa** (AN), caracterizada por una restricción alimentaria junto con pérdida de peso significativa, **bulimia nerviosa** (BN), caracterizada por ciclos de purga y excesiva ingesta alimentaria y otros **trastornos de la alimentación no especificados**. Los **trastornos de la alimentación** y la **distorsión de la imagen corporal** aparecen a edades cada vez más tempranas y son más frecuentes en mujeres que en hombres, pero también estos las presentan.

Respecto al pronóstico no se debe hablar de curación antes de los 4 años de evolución. Es una patología con una morbimortalidad asociada importante.

Las personas que sufren un TCA (Trastorno de la Conducta Alimentaria) padecen síntomas muy similares donde interaccionan tres tipos de factores:

- **Factores predisponentes:** individuales, familiares y culturales.
- **Factores precipitantes:** situaciones de crisis como pérdidas afectivas, o inicio de dieta estricta por insatisfacción corporal.
- **Factores perpetuantes:** clínica de desnutrición y clínica asociada.



## Anorexia nerviosa

La **anorexia nerviosa** es una enfermedad psicosomática caracterizada por una alteración de la imagen corporal y un trastorno de la conducta alimentaria. Ha sido reconocida hace más de dos siglos en los países occidentales pero se ha producido un incremento progresivo debido fundamentalmente a factores socioculturales. El rasgo clínico principal es la negativa a la ingestión de alimentos de forma apropiada ante la posibilidad de ganar peso. La expresión clínica varía con la edad de comienzo, la duración y la forma o variante clínica.

Desde un punto de vista nutricional, la anorexia nerviosa es una conducta alimentaria que se aleja de la forma normal de alimentarse y de las pautas de una alimentación saludable. Desde un punto de vista psicológico, es una grave distorsión que la persona tiene de su imagen corporal. Desde un punto de vista médico, es una enfermedad que presenta un cuadro plurisintomático y que abarca prácticamente todos los sistemas, causando graves alteraciones que pueden ser tan severas que pueden conducir a la muerte. No existe una única causa para la aparición de un trastorno de este tipo. Diferentes factores pueden estar involucrados y pueden ser diferentes para cada persona.

En una persona con **anorexia** su conducta cambia, especialmente en lo relacionado con la alimentación, de forma que puede:

- Comer solo alimentos "saludables", que generalmente son bajos en calorías y grasa
- Aparecen cambios en el patrón normal de la ingesta. Con frecuencia comienzan con una restricción de hidratos de carbono que suelen ser considerados como alimentos altamente calóricos, y, por lo tanto, prohibidos. Posteriormente, la restricción de alimentos se generaliza a los lípidos o grasas y, finalmente a las proteínas. Algunos pacientes llegan a restringir incluso el consumo de agua, con el consiguiente peligro de deshidratación
- Cortar sus alimentos en pedazos muy pequeños
- Pasar más tiempo jugando con la comida en el plato que comiéndola
- Hacer ejercicio compulsivamente
- Usar ropa suelta para esconder su cuerpo
- Pasar menos tiempo con sus amigos y familia
- Intenta alejar su mente del hambre
- Se altera si su rutina diaria tiene que ser modificada



### Manifestaciones corporales AN

- Disminución de peso significativa con atrofia muscular y prominencias óseas (ej.: costillas y escápulas visibles)
- Excesiva sensibilidad al frío
- Piel pálido-amarillenta, reseca. Puede haber acné y pérdida significativa del cabello, debido a anemia y trastornos hormonales
- Debilidad y mareos
- Palpitaciones. Ritmo cardíaco alterado, hipotensión
- Calambres musculares
- Halitosis (mal aliento)
- Agrandamiento de las glándulas parótidas
- Constipación
- Meteorismo (gases intestinales)
- Trastornos auditivos (sensación de un "eco") por pérdida del tejido graso en áreas específicas del oído
- Propensión a las infecciones debido a inmunodeficiencia (anginas a repetición, bronquitis, resfriados frecuentes, ganglios palpables)

### Alteraciones psíquicas AN

- Ira, irritabilidad, agresividad
- Inseguridad, sensación de incapacidad para desempeñarse en innumerables tareas (ej.: conducir automóviles, disertar en público, rendir exámenes)
- Sentimiento de culpa y autodesprecio tras la ingesta de comida
- Ansiedad desmedida. Frecuentes casos de tabaquismo
- Insomnio
- Aislamiento social
- Desinterés sexual
- Dificultad de concentración y aprendizaje

## Criterios de diagnóstico

El diagnóstico se confirma con una serie de criterios aceptados internacionalmente para ambas patologías. Hay dos criterios de diagnósticos: los DSM-IV (Manual Estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales, 4ª ed.) y los CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 10ª ed.). Esta última ofrece la descripción clínica y las pautas para el diagnóstico, incluidos en los trastornos mentales y del comportamiento.

### Diagnóstico de la anorexia nerviosa (CIE-10)

- Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal inferior a 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.
- La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de 1) evitación del consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados; 3) purgas intestinales autoprovocadas; 4) ejercicio excesivo; 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos
- Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal
- Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-gonadal, manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida de interés y de la potencia sexual (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras anticonceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
- Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía.

Se utiliza el diagnóstico de **anorexia nerviosa atípica** para los casos en los que falta una o más de las características principales de la AN, como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante característico.

### Diagnóstico de la bulimia nerviosa (CIE-10)

- Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en periodos cortos.
- El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, periodos de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede llegar a abandonar su tratamiento con insulina.
- La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este período precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

## Bulimia nerviosa



La **bulimia nerviosa (BN)** es un desorden donde aparecen episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos en un espacio corto de tiempo, con sentimiento de pérdida de control durante la ingesta. Después de este episodio viene el sentimiento de culpa y el miedo a engordar provocación voluntaria de vómito y preocupación por el control del peso corporal.

Entre sus conductas destacar que tiende a:

- Comer de forma aislada ya que suelen evitar comer tanto con los demás miembros de su familia como en cualquier situación social que implique sentarse alrededor de la mesa.
- Circuito: dieta-atracón-dieta.
- Robar o esconder la comida
- Gastar mucho tiempo, energía y dinero como consecuencia de su problema. La actividad física es una variable fundamental en la génesis y mantenimiento del problema.

### Manifestaciones corporales BN

- Oscilaciones en el peso.
- Engrosamiento de las glándulas localizadas en el cuello.
- Cara hinchada y agrandamiento de las glándulas parótidas.
- Puede haber roturas vasculares en las mejillas y debajo de los ojos.
- Dolores musculares. Fatiga física.
- Garganta irritada. A veces disfonía (voz ronca).
- Caries. Pérdida de piezas dentarias.
- Caída del cabello.
- Menstruaciones irregulares.
- Vértigo y dolor de cabeza.
- Hipotensión.
- Diarrea y/o estreñimiento.
- Acidez estomacal. Reflujo. Úlcera gástrica o duodenal.
- Anemia.

### Alteraciones psíquicas BN

- Cambios en el carácter: depresión, fuertes sentimientos de culpa, repudio de sí mismo. En algunos casos hay alternancia entre euforia y depresión.
- Dificultad de concentración y aprendizaje.
- Vida social intensa con intervalos de aislamiento.
- Actividad sexual que oscila de la abstinencia a la promiscuidad.
- Abuso de alcohol y drogas.

En ambas patologías se producen en un plazo de tiempo determinado una serie de alteraciones fisiológicas que pueden comprometer seriamente la salud de la persona. Dentro de estas destacamos como **manifestaciones fisiológicas**:

1. **Cardiovascular:** Bradicardia que se interpreta como un intento del organismo de conservar energía. Algunos pacientes creen que es un signo de fortaleza física y llegan a decir que tienen corazón atlético. Hipotensión secundaria a la deshidratación que acompaña a los cuadros de AN graves y arritmias por desequilibrios electrolíticos.
2. **Digestivos:** Retraso de vaciado gástrico consecuencia de la flacidez y atrofia de las paredes del estómago. Distensión abdominal después de las comidas. Estreñimiento como consecuencia de la deshidratación y el tipo de alimentación.
3. **Sistema nervioso central:** Apatía. Disminución del poder de concentración.
4. **Endocrino:** Amenorrea e hipotermia. Consecuencia de la desnutrición y de la disfunción hipotalámico-hipofisaria.

### Características particulares de la anorexia y la bulimia

Anorexia	Bulimia
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad: Entre 14 y 18 años</li> <li>• Pérdida de peso severa</li> <li>• Figura muy adelgazada</li> <li>• Personalidad rígida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad: Entre 15 y 25 años</li> <li>• Pequeños cambios de peso</li> <li>• Figura de apariencia normal</li> <li>• Autocrítica severa</li> <li>• Imperiosa necesidad de recibir la aprobación de los demás</li> <li>• El nivel de autoestima es inversamente proporcional al peso</li> <li>• Personalidad desorganizada</li> <li>• Aceptan tener mucha hambre</li> <li>• Vida sexual activa</li> <li>• Períodos menstruales irregulares</li> <li>• Conciencia de que hay un desorden alimentario</li> <li>• Aceptación del tratamiento</li> <li>• Muerte por pérdidas de potasio o suicidio</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niegan tener hambre</li> <li>• Vida sexual inactiva</li> <li>• Periodo menstruación ausente</li> <li>• Niegan tener un desorden alimentario</li> <li>• Resistencia al tratamiento</li> <li>• Muerte por desnutrición o suicidio</li> </ul>	

## Tratamiento dietético-nutricional:

Para planificar el tratamiento nutricional es importante conocer las pautas de alimentación que seguía anteriormente el paciente, previo a empezar con la restricción voluntaria de alimentos. Es un proceso delicado ya que el paciente anoréxico, como es conocido, tiene una tendencia a manipular la información sobre su alimentación, ocultando datos, aumentando las raciones que ha consumido, etc. A través de este tipo de encuesta dietética se podrá estimar la ingesta proteica, los alimentos que temen o rechazan, conocer las frecuencias y tipo de comidas que realizan y poder indicar un tratamiento dietético más adecuado en cada caso.

La individualización del tratamiento permitirá plantear la conveniencia de un ingreso hospitalario para casos muy extremos, donde incluso hasta se podrá optar por una alimentación por sonda. Aunque la mayoría de estos pacientes pueden alimentarse por vía oral y siempre que el paciente muestre predisposición y el entorno familiar sea favorable, será preferible un tratamiento ambulatorio.

El plan de alimentación, **tiene objetivos a corto, medio y largo plazo**. No busca el peso ideal sino peso objetivo cercano al normal, **que será el que garantice la salud**. El objetivo del tratamiento dietético de los pacientes ambulatorios es establecer hábitos alimentarios normales, alcanzar un peso con el cual se normalicen las funciones fisiológicas y recuperar el estado de desnutrición causado por la enfermedad. Cabe resaltar la importancia de apoyar al paciente, tratando de **no forzarle a consumir grandes cantidades de alimentos** ya que el resultado en este caso será de rechazo de su parte. La motivación del paciente es fundamental y se logra con el apoyo psicológico y las charlas educativas.

En términos generales se iniciará el tratamiento con una cantidad energética de unas 1200-1400 Kcal/día realizando incrementos lentos y progresivos de 100 a 200 Kcal/día a intervalos de varios días, para promover una tasa constante de aumento de peso. Esta tasa en pacientes hospitalizados suele ser un incremento de 900/1300 g/semana y, en pacientes ambulatorios, de 450 g/semana.

### A. Anorexia Nerviosa

#### Esquema orientador de tratamiento:

Debido al ayuno o semiayuno que la mayoría de las pacientes experimentan, aparece como resultado una disminución del metabolismo basal, por lo que hay que emprender una dieta de inicio con una suplementación de 250 a 300 kcal, que se irán incrementando paulatinamente.

El plan de alimentación debe incluir un mínimo de cuatro comidas diarias, con ó sin colaciones, a horarios regulares, prefijados. Progresivamente se irá incrementando la cantidad calórica diaria, respetando las preferencias y gustos, hasta llegar al re-

querimiento óptimo para su edad, talla, contextura y actividad. Es importante indicar al paciente que se puede comer más cantidad de cualquier alimento estipulado, pero nunca menos. En el caso de las mujeres la reanudación de la menstruación es un parámetro crucial para evaluar la recuperación. La constipación es frecuente debido a la disminución de la motilidad intestinal provocada por el estado de semiayuno crónico; cuando se restablecen los hábitos alimentarios regulares, se resuelve. Por otro lado, puede haber diarrea en etapas iniciales.

Una vez que se establece el total de calorías de la dieta se deberá intentar seguir un plan dietético progresivo, donde se irá aumentando mayor cantidad de alimentos básicos, hasta llegar al nivel adecuado de acuerdo a la edad, sexo, talla y peso real al principio del tratamiento. Al mismo tiempo deben corregirse los hábitos alimenticios, de manera que su dieta sea completa, equilibrada y bien distribuida durante todo el día. Los alimentos a añadir en el menú deben establecerse de acuerdo a lo que la persona suele ingerir habitualmente, incrementando su variedad y cantidad según la tolerancia y la evolución, por lo que la motivación y disposición del enfermo para aceptar las orientaciones en su dieta son esenciales. Los cambios en la alimentación deben realizarse despacio, con tiempo para que se asienten los cambios psicológicos necesarios para aceptar el incremento de peso. La mejora del peso es un índice de evolución favorable, aunque a veces el paciente se intranquiliza si observa que es muy rápido, en especial al inicio del tratamiento. Por ello, debe explicarse que ese aumento inicial es debido a la rehidratación y no a una acumulación de grasa; esta aclaración evita que la persona se angustie.

No es una actitud sensata presentar platos abundantes, porque los rechazarán. La introducción de alimentos inicialmente rehusados debe ser paulatina. Es preciso enseñar de nuevo a comer, procurando olvidar la creencia de que todo engorda. En personas bulímicas, el control de peso pasa a ser un objetivo secundario, el objetivo primordial será controlar las crisis. Se ayudará a la persona a adquirir hábitos adecuados en todo lo que se refiere a la conducta de alimentación: fijar horarios regulares de comidas, establecer al menos 3 ó 4 comidas al día sin omitir ninguna y dedicarles el tiempo necesario, y evitar siempre las dietas estrictas y los períodos largos de tiempo sin ingerir ningún alimento.

Son variadas las técnicas para abordar a la anorexia nerviosa y la bulimia: cada caso en especial necesita de una adaptación propia, considerando la complejidad de las situaciones y de los vínculos interpersonales.

querimiento óptimo para su edad, talla, contextura y actividad. Es importante indicar al paciente que se puede comer más cantidad de cualquier alimento estipulado, pero nunca menos. En el caso de las mujeres la reanudación de la menstruación es un parámetro crucial para evaluar la recuperación. La constipación es frecuente debido a la disminución de la motilidad intestinal provocada por el estado de semiayuno crónico; cuando se restablecen los hábitos alimentarios regulares, se resuelve. Por otro lado, puede haber diarrea en etapas iniciales.

hecho que la serotonina desciende considerablemente en el sistema nervioso central de los bulímicos, previamente y durante el atracón. Por tanto, en el diseño de los menús se utilizarán entre otros alimentos ricos en triptófano como las carnes rojas, las anchoas saladas, los quesos grasos y tipo parmesano, los huevos, las nueces y las almendras.



### El papel de los padres

Cada vez parece más claro que **el papel de los padres y familiares es fundamental para prevenir trastornos de la conducta alimentaria**. Los padres deberían controlar más la alimentación de sus niños para favorecer la adquisición de hábitos saludables. Por otro lado, la obsesión de los padres por el cuerpo y el peso de los niños también influyen de manera significativa en los futuros trastornos alimenticios. Es fundamental hacer un abordaje interdisciplinario de los niños con exceso de peso que no sólo contemple dieta, ejercicio y conductas de vida, sino también, que trabaje desde la psicología para reforzar su equilibrio emocional y su autoestima, y prevenir trastornos alimenticios futuros.

No desayunar es otro de los hábitos que frecuentemente se visualizan entre los niños y que puede favorecer la aparición de trastornos asociados a la comida.

Siempre se ha creído que un rasgo característico de las anoréxicas era tender a la **perfección** en todos los ámbitos de la vida, sin embargo, aquello que parecía un síntoma, tal vez sea un factor desencadenante de **trastornos alimentarios**. Es evidente que existe una asociación entre el riesgo de padecer anorexia o bulimia y las familias de mayor éxito académico. El vínculo que existe es la tendencia al triunfo y al perfeccionismo.

### B. Bulimia Nerviosa

#### Esquema orientador de tratamiento:

El objetivo fundamental es detener los episodios de atracones mediante la instauración de un plan dietario acorde para cada paciente en particular.

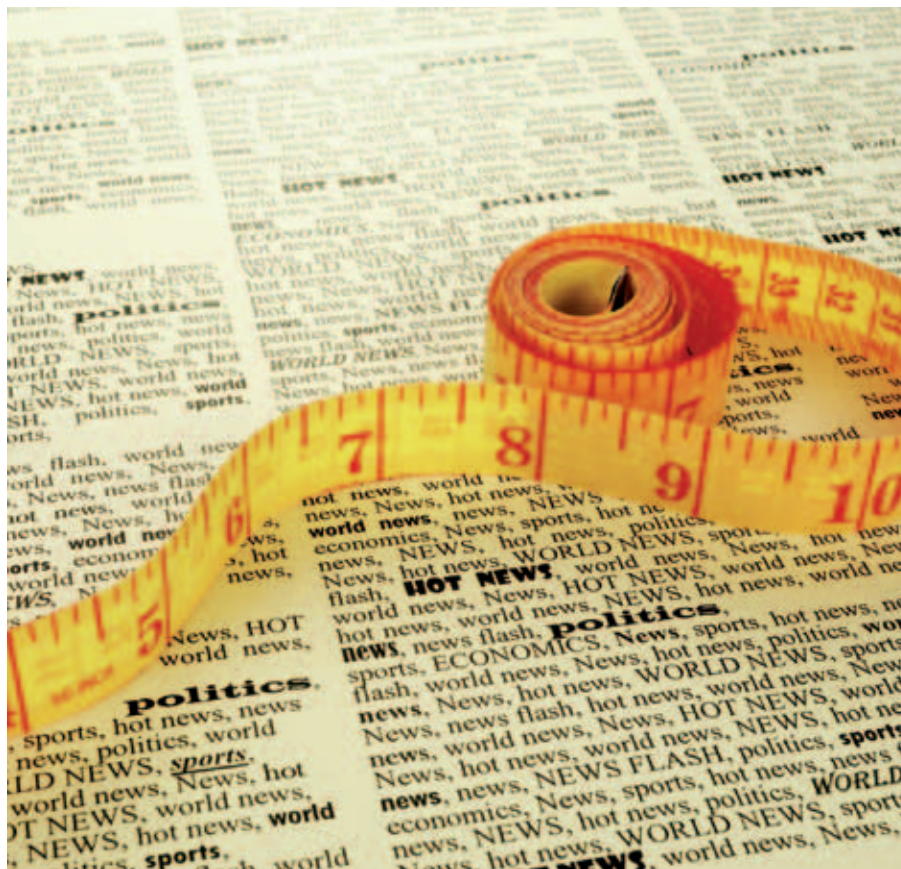
Se diseña, al igual que para la A. Nerviosa, un plan básico de cuatro comidas diarias, con ó sin colaciones, a horarios regulares. Algunos tratamientos o regímenes se fundamentan en el

### Los medios de comunicación y la sociedad

Aunque las causas de estos desórdenes son múltiples, la investigación científica ha probado la influencia de los medios de comunicación y otros factores socioculturales en la sintomatología de los trastornos de la alimentación. Los mensajes de los medios destacan insistentemente la belleza y la delgadez como signos de prestigio y éxito social para las mujeres.

Actualmente el cuerpo delgado está muy sobrevalorado ya que los medios de comunicación, la difusión de diferentes productos light, pastillas para adelgazar y programas que mezclan la vida de modelos generan una admiración por parte de adolescentes que luego buscan imitarlas provocando en ellas conceptos erróneos de su imagen.

La presencia en los medios de comunicación de los trastornos de la conducta alimenticia (TCA), tiene una gran trascendencia. Incide en la dieta, en los hábitos alimenticios y en la imagen física, muy especialmente en la de las mujeres y de los niños, adolescentes y jóvenes. A menudo, también hay contradicción entre los mensajes que, simultáneamente, se difunden: por un lado, imágenes de chicas extremadamente delgadas y, por otro, la incitación a consumir productos de la llamada "comida basura". Es muy importante que el aspecto físico de las personas que aparezcan en los medios sea saludable y se corresponda con la realidad: obesas, delgadas, altas, bajas, etc. El mundo de la moda incluyendo modistos y empresas juegan un papel relevante en la preocupación femenina por revelar/ocultar el cuerpo. Un factor importante a tener en cuenta en el mundo de la moda son los modelos. Sin ellas casi no habría difusión de las tendencias de la moda. Ellas protagonizan las exhibiciones de todo género en revistas, en televisión, carteles urbanos etc. Sus siluetas, sus figuras extremadamente delgadas parecen ejercer influencias decisivas en muchas adolescentes, jóvenes e incluso en edades muy tempranas.



El modelo social de "persona" está impuesto, también, por los medios de comunicación: nos bombardean con falsos estándares de belleza femenina, un estereotipo de perfección totalmente falsa y comercial. En este sentido, es preciso fomentar la diversidad física y rehuir la homogeneización y los cánones de estética que consideran un valor esencial el hecho de estar muy delgado.

Hay que presentar en los medios de comunicación situaciones en las que se promocionen los hábitos de vida saludables derivados de una alimentación correcta y de la realización del ejercicio físico de forma moderada y continua.

### ¿Qué hacer desde la escuela?

Los adolescentes, que están sufriendo cambios físicos, emocionales y sexuales, son una población muy sensible a los mensajes que llegan desde los medios de comunicación donde se asocian un aspecto físico ideal, con una imagen de autocontrol, atractivo, inteligencia y éxito. Es por ello fácil de entender que los adolescentes hagan dietas incontroladas y sumamente extrañas, para alcanzar esa imagen ideal.

La detección precoz y la prevención de la anorexia y bulimia son piezas claves para evitar que estos trastornos alimentarios progresen. Desde la escuela se puede estar atento a ciertos signos que denotan que algo no está yendo bien o de la forma adecuada.

Por ello dentro de su formación es interesante explicarles detenidamente que existen distintos tipos de cuerpos y pesos, el papel de la grasa en el cuerpo como una parte importantísima que nos mantiene vivos, explicar el peligro de las dietas incontroladas y por consiguiente la importancia de adecuar nuestra alimentación a una dieta sana y equilibrada y sobretodo acorde a nuestras necesidades... Es necesario aprender dietas sanas, variadas, equilibradas y fundamentales para la salud, para poder evitar la obesidad que ya sabemos es un factor predisponente.

Por otro lado, es interesante mostrarles mediante actividades, como la cultura socialmente aceptada promueve modelos anoréxicos. La pérdida de salud a cambio de belleza, el ridículo de la obesidad... Hacer hincapié en la comunicación, la autoestima y la confianza en sí mismo. Esto le dará fuerza a resistir la presión de sus compañeros y la sociedad que les invita a cambiar para ser «perfectos» o para tener cierto aspecto.

Y algo muy importante, explicarles que para que una persona sea atractiva tan importante como su silueta es la expresión de sus ojos, la sonrisa, el aspecto de su piel, la inteligencia, la creatividad...

## Recetas adecuadas (nutritivas, atractivas y apetecibles)

### ESTOFADO DE LEGUMBRES Y VERDURAS DE TEMPORADA

#### Ingredientes (4 personas)

- 250 g. de acelgas
- 250 g. de garbanzos cocidos
- 1 pimiento verde
- 2 zanahorias
- 2 tallos de apio
- 1 puerro
- 2 patatas
- Tomates maduros
- 2 vaso de caldo de verduras
- 1 cucharadita de comino molido
- 1 cucharadita de pimentón picante
- 2 ramitas de menta fresca
- Sal y pimienta
- 2 huevos cocidos

#### Preparación

Lavar los tallos de apio y las zanahorias y cortarlas en rodajas de medio centímetro. Lavar el pimiento, despepitarlo y cortarlo en dados pequeños.

Calentar el caldo en una cazuela grande y antes de que rompa el hervor, añadir las zanahorias, el apio y los pimientos y cocer 5 min.

Mientras, escaldar los tomates, pelarlos y cortarlos en trocitos. Pelar las patatas y cortarlas del mismo modo. Agregarlos a la cazuela junto con la menta picada, el comino y el pimentón y hervir 10 min. más. Incorporar luego los garbanzos, rectificar de sal, si fuera necesario, y cuando arranque de nuevo el hervor, tapar la cazuela y cocer 10 minutos más. Terminar con los huevos cocidos picados por encima.

### BERENJENAS RELLENAS

#### Ingredientes (4 personas)

- 4 berenjenas
- 150 g. de carne picada (1/2 cerdo, 1/2 ternera)
- 1 cebolla
- Diente de ajo
- 2 vasos de tomate frito
- 100 g de queso rallado
- 3 cucharadas de aceite
- 2 ramitas de perejil
- Sal y pimienta.

#### Preparación

Cocer las berenjenas previamente lavadas en abundante agua con sal 15 min., retirar y dejarlas enfriar. Cortarlas a lo largo y extraer la pulpa de la zona central.

Rehogar la cebolla, el ajo y el perejil, todo picado fino, junto con la carne picada. Salpimentar, añadir la pulpa de las berenjenas y dejar durante unos minutos a fuego medio. Rellenar con esta preparación las berenjenas y colocarlas en una fuente de horno engrasada con un poco de aceite. Cubrir las con el tomate frito y hornear unos 30 minutos a 200° C. Cuando estén en su punto, cubrir las con el queso y volver a hornear 8-10 minutos más, a 250° C, hasta que se doren. Servir en la misma fuente.

### MASCARPONE CON FRESAS Y PISTACHOS

#### Ingredientes (4 personas)

- 250 g de mascarpone
- 2 huevos
- 60 g de azúcar
- 200 g de fresas
- 100 g de galletas tipo digestive
- Coulis de frambuesas (o mermelada)
- Pistachos crudos

#### Preparación

Se baten las yemas con el azúcar hasta que se haga una crema y se añade el mascarpone mezclándolo bien.

Se baten las claras a punto de nieve y se mezcla con la crema anterior.

Se cortan las fresas por la mitad y se trocean las galletas digestive. Se mezclan y se ponen en la base de un recipiente, y encima se pone una capa de la crema, una capa del coulis de frambuesas y se cubre con la crema. Se decora con los pistachos cortados en trocitos.



**INSTITUTO TOMÁS PASCUAL**  
para la nutrición y la salud