

Trastornos de la conducta alimentaria: cómo actuar desde la familia

Claves para prevenir y tratar trastornos alimentarios
como la **anorexia** y la **bulimia** desde la familia



La Suma de Todos



Comunidad de Madrid

www.madrid.org

Autores

Rosa Calvo Sagardoy (Dra. Psicología Clínica)
Rodrigo Puente (Psiquiatra)
Pilar Vilariño (Psicóloga Clínica)

Equipo de la Unidad de Tratamiento
de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.
Hospital Universitario Santa Cristina.

Mi Querido Watson.

Coordinación

Dirección General de Familia, Comunidad de Madrid.

Dirección Creativa

Mi Querido Watson. / equipocreativo.

Fotografías

Laura Algibez.

Edita

Dirección General de la Familia, Comunidad de Madrid.

Imprime

B.O.C.M.

Deposito Legal: M-00.000-2008

Índice

Introducción	6
Definición y tipos	14
Anorexia nerviosa.	15
Bulimia nerviosa.	18
Factores comunes a ambos trastornos.	21
Otros trastornos alimentarios asociados.	25
La familia y los trastornos de la conducta alimentaria	30
Factores determinantes de los TCA	36
Factores socioculturales.	37
Factores personales.	39
Factores genético-biológicos.	43
Factores familiares.	44
Factores desencadenantes.	46
Inicio del problema y detección precoz	50
Anorexia nerviosa.	51
Bulimia nerviosa.	54
Tratamiento-intervención	60
Evaluación y diagnóstico.	66
Intervención.	66
Formas de intervención más adecuadas.	88
Duración del tratamiento.	91
Prevención.	92
Anexo 1	94
Clasificaciones diagnósticas.	94
Anexo 2	97
Complicaciones médicas en los TCA.	97
Bibliografía	102

Introducción.

Autores: Rosa Calvo Sagardoy (Dra. Psicología Clínica), Rodrigo Puente (Psiquiatra), Pilar Vilariño (Psicóloga Clínica) Equipo de la Unidad de Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Hospital Universitario Santa Cristina.



Un grupo cada vez más numeroso continúa en el empeño de controlar su comida hasta alterar los mecanismos de autorregulación alimentaria.

Cada año, varios cientos de personas en nuestro país, no sólo chicas jóvenes, sino también mujeres y varones de distintas edades -desde la prepubertad (9-11 años) hasta la edad madura (50 años o más)-, deciden hacer dietas, y restringen su alimentación de forma deliberada para perder peso. Buscan salud, belleza, “clase”, éxito social y/o laboral, autoestima, etc. Afortunadamente, no todas ellas desarrollan un trastorno alimentario, bien porque desisten de hacer dieta, bien porque aprenden a comer adecuadamente (sin restricciones o carencias nutricionales). Un grupo cada vez más numeroso continúa en el empeño de controlar su comida hasta alterar los mecanismos de autorregulación alimentaria, y terminan por desarrollar alguno de los siguientes trastornos: anorexia o bulimia nerviosa, atracones, sobrepeso, obsesión por la comida sana, etc.

Es quizás por esta razón que la opinión predominante en la sociedad actual respecto a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se apoya en la creencia de que las personas que los padecen tienen un problema con la comida debido a su deseo de estar delgadas. Esta opinión, aunque cierta, es muy incompleta y, en ocasiones, ha contribuido a trivializar la gravedad de la patología, ya que no tiene en cuenta que el excesivo control o el descontrol de la comida está más asociado con la búsqueda de métodos para calmar la ansiedad, llenar un vacío o sentirse seguro que con el hambre biológica. Un punto de partida tan limitado respecto a los TCA genera tratamientos sesgados en los que, habitualmente, se realiza el control (más o menos voluntario)

de la alimentación de las personas que padecen los trastornos, descuidando los aspectos personales y familiares implicados. Sin embargo, tales aspectos son ineludibles en el contexto terapéutico para lograr una recuperación estable de las/los pacientes.

Los trastornos de la conducta alimentaria no son sólo signo de problemas con la comida, sino que son, primordialmente, los síntomas de la forma en que algunas personas (cada vez más numerosas) afrontan la vida. La comida se utiliza para sentir cierto control ante la sensación de descontrol hacia situaciones y emociones que no domina. Así, la persona que desarrolla una anorexia nerviosa, encuentra su libertad y autoestima en el dominio/restricción de su comida y su peso. Su libertad, porque debido a su deseo de complacer a los demás, nunca antes expresó ni cubrió sus necesidades y deseos. Su autoestima, porque el control de la comida compensa su sensación de fracaso perpetuo generado por la búsqueda de una perfección irreal e inalcanzable. Además, al controlar su dieta suaviza su tensión, su ira y su ansiedad.

“Una de mis mayores dificultades es la falta de confianza en mí misma y en mi capacidad para sacar las cosas adelante y arreglar mis problemas. Creo que me aislé y me metí en los desarreglos de la alimentación para evitar enfrentarme a algunos de mis problemas. Reconozco que, cada vez que se me presenta algún inconveniente en mi trabajo, me siento inferior al resto, se me mete en la cabeza la idea de que no sirvo para lo

que estoy trabajando. No me entra en la cabeza pensar que, como toda persona, soy limitada y no tengo por qué tener todos los conocimientos necesarios, sino que me debo permitir el hecho de preguntar a los demás sin que esto sea una derrota para mí.”

“He aprendido últimamente a no ser tan dura conmigo misma, porque yo nunca me he felicitado por mis propios logros por grandes que fueran y, sin embargo, en cuanto cometía un fallo, aunque fuera muy pequeño, me he estado torturando y llamándome de todo por haberlo hecho”.

Por su parte, la persona que desarrolla una bulimia nerviosa se siente muy insegura acerca de su valía personal y la busca únicamente en su apariencia. Precisa una aprobación y admiración permanentes de los demás. Para calmar su malestar interior busca la comida que, temporalmente, le alivia y reconforta. Las conductas purgativas que realiza, no sólo tienen como objetivo prevenir una ganancia de peso debida a los atracones, sino obtener un cierto control de su impulsividad suavizando así su ansiedad y estrés.

Muchas personas con sobrepeso encuentran en la comida el ansiolítico que necesitan, sin ser conscientes de la relación establecida entre ansiedad y comida.

Ambos grupos -anoréxicas/os y bulímicas/os- enfocan su atención en las calorías y/o el ejercicio físico

para poder bloquear sus pensamientos, emociones y sentimientos que perciben como amenazantes para su estabilidad psíquica.

Una vez instaurado el control o el descontrol alimentario, las personas que padecen un TCA empiezan a realizar cambios en su forma de pensar, sentir y comportarse. Estas transformaciones comportamentales, emocionales y relacionales que sufren, junto con la salud precaria generada por sus conductas patológicas (dietas extremas, atracones, purgaciones, ejercicio excesivo) producen un gran dolor en el entorno familiar.



“Aunque no sé si lo recuerdo o me lo han dicho, yo era una niña vitalista, muy activa, con mucha ilusión por conocer, saber, vivir ¿será que poco a poco según fui creciendo comenzó a darme miedo la vida? Me siento perdida, presionada, abandonada, agobiada, angustiada, obsesiva. Cuántas veces he que-

rido gritar a pleno pulmón y no lo he hecho, la impotencia es una de mis emociones y mis sentimientos más constantes. Pasé de ser formal, alegre, inquieta, diligente, sana, sensible, buena, a ser mala, fuerte, desconfiada, y enferma.”

Los familiares no comprenden como su hija/o, anteriormente tan bien adaptada/o y tan sana/o, es ahora una persona difícil, testaruda a la que no le importa arriesgar su vida. La mayoría de las familias se verán desbordadas, se sentirán impotentes, frustradas, desgraciadas, y no tendrán mas remedio que aprender nuevas formas de relacionarse con sus hijas/os o esposas/os esperando que ello facilite una recuperación que, frecuentemente, será ardua y lenta.

La aparente modernidad de los TCA, sustentada en el notable incremento de su incidencia y prevalencia en el último cuarto del siglo XX, harán pensar a muchas familias que se trata de patologías “actuales”, de las que todavía se sabe muy poco como para que sea posible la mejoría. Sin embargo, las referencias históricas nos indican que, en otras épocas, hubo personas que buscaron la delgadez y presentaron trastornos similares a los actuales TCA. Por ejemplo, el ayuno que se impusieron algunas santas como una forma de ascetismo para alcanzar la santidad es una de las primeras referencias de comportamiento anoréxico. Ellas dedicaron parte de su vida a alimentar a los demás, restringiendo su dieta de forma muy severa. Padecieron amenorrea, estreñimiento, dificultades para conciliar el sueño y tuvieron una vida hiperactiva; eran muy

perfeccionistas y nunca se sentían seguras de poder alcanzar el ideal propuesto.

Hoy se sabe que esas características conductuales, típicas de las personas anoréxicas, pueden no ser causa, sino consecuencia del ayuno prolongado y que se dan en todas aquellas personas que, por diversas razones, han realizado un ayuno voluntario aunque no estén obsesionadas por su apariencia externa.

Durante el siglo XIX se produce un creciente interés científico por la anorexia que culmina a finales de siglo con la convicción de que las personas que se abstienen de comer son enfermas y necesitan tratamiento. Es la época victoriana, y la moda por la delgadez se impone entre las jóvenes. Marcé (1828-1864) es el primer autor que publica un artículo describiendo el trastorno y destacando que el rechazo a comer se presenta fundamentalmente en chicas que inician la pubertad, atribuyendo su causa a factores mentales y no físicos. Unos años más tarde, Laségue y Gull, considerados los autores pioneros en la descripción del trastorno y de sus recomendaciones terapéuticas, publican, casi de forma paralela, sendos artículos sobre la Anorexia. Gull (1868) recalcó la importancia de realizar un diagnóstico diferencial y de buscar explicaciones causales alternativas a los síntomas. Laségue (1873) que describe el trastorno tal y como lo conocemos actualmente, destaca que las medicinas

y los estimulantes del apetito son ineficaces para ayudar a su recuperación, y señala la situación de indefensión en que se encuentran las familias debido a las manipulaciones de las pacientes. Este autor entendió que para poder recuperarlas era fundamental introducir cambios en las relaciones que establecían con sus familiares y allegados. Sus descripciones y sugerencias de tratamiento permitieron actuaciones que aún en la actualidad siguen vigentes.

Respecto a la Bulimia Nerviosa, las descripciones fueron muy escasas hasta los años 70 y todas se sitúan en el siglo XX. Es especialmente conocida la descripción del trastorno realizado por el Dr. Russell en 1979, momento en que acuña el nombre de bulimia nerviosa para referirse a una pauta de comportamiento alimentario caracterizada por el consumo de grandes cantidades de comida seguidas de una purgación. No podemos, sin embargo, obviar la presencia de trastornos bulímicos en otras épocas. La similitud de las conductas bulímicas con las comilonas y purgaciones propias de las culturas en decadencia como la romana, pone en evidencia la existencia de esta patología desde tiempos muy remotos. Actualmente, es el trastorno más frecuente y se manifiesta, en muchos casos, con una impulsividad asociada a otros comportamientos de riesgo -alcohol, compras, caos- característicos de un trastorno de personalidad.

Los años 80 destacan por el incremento exponencial de pacientes con patología alimentaria, especialmente anorexia nerviosa, en países “desarrollados”. Dado que

la proporción de pacientes entre 12-13 años fue la más frecuente surgió el mito de que la anorexia era característica de chicas blancas, muy inteligentes, pertenecientes a clase social alta o media alta y que estaban iniciando su adolescencia. Desgraciadamente, este mito infundió al trastorno un glamour que derivó en el consiguiente deseo de “ser anoréxica” especialmente para las chicas más vulnerables a la presión del entorno social.

En la actualidad se considera que los trastornos de la conducta alimentaria no son exclusivos de ninguna edad, sexo, nivel intelectual, raza o grupo social.

Aunque el desarrollo de la anorexia es más frecuente en el inicio de la pubertad y el comienzo de la bulimia es más frecuente en la juventud, los trastornos pueden ocurrir en la infancia y en la edad adulta. Igualmente, no son sólo las mujeres quienes presentan alteraciones de la conducta alimentaria, ya que actualmente el número de hombres ha crecido de forma paulatina debido a las exigencias sociales para lograr un cuerpo musculoso y sin grasa. Aparecen, así mismo, en todos los estratos sociales y en cualquier raza o condición. La supuesta inteligencia superior basada en resultados académicos brillantes está más relacionada con horas de estudios que con la dotación de un Cociente Intelectual extraordinario.

A partir de los años 60-70 aparecen diversas formas de tratamiento -enfoque dinámico, cognitivo-con-

ductual, sistémico- que se complementan mutuamente. Unos autores destacan la necesidad de cambiar la excesiva protección de los padres hacia la hija/o; otros, la necesidad de buscar refuerzos alternativos a la comida; el fomento de la expresión emocional y/o una interacción asertiva.

Todos los modelos terapéuticos coinciden en dar una gran importancia al papel que cumple la familia en su recuperación, especialmente si cambia la forma en la que sus miembros se relacionan.

Aunque ningún enfoque terapéutico sobre los TCA considera a los padres y/o allegados culpables de la patología, la mayoría se sienten responsables y se preguntan “¿qué hemos hecho mal?, ¿cómo es posible que no nos hayamos dado cuenta antes de que empezaba a tener problemas con la comida?, ¿cómo es posible que no hayamos sido capaces de evitar que desarrolle el trastorno?, ¿por qué me empeñé en que adelgazara...?” Se preocupan recordando lo sucedido, y se inculpan por su forma de educar, por los valores que han infundido a sus hijas/os o por sus propios problemas con la comida. La sensación de culpa puede incrementarse si conocen que investigadores y clínicos han encontrado patrones relacionales similares (sin que ello signifique que estaban en el origen de la enfermedad) en algunas familias de pacientes con anorexia y bulimia nerviosa.

De los estudios y reflexiones efectuados en los últimos treinta años acerca de la contribución de las familias de las/los pacientes a la evolución de los trastornos de la conducta alimentaria, se ha llegado a ciertas conclusiones innegables. Parece que las familias de pacientes con anorexia nerviosa presentan un funcionamiento muy organizado con tendencia a un control rígido, en tanto que las familias de pacientes con bulimia nerviosa presentan un funcionamiento más caótico y crítico. A su vez, se ha observado un mayor riesgo en familias que muestran una excesiva preocupación por el peso y el aspecto corporal con tendencia a realizar dietas alimentarias, en familias en las que los hijos expresan un gran malestar en el momento de discutir o solventar sus problemas con los padres, y en familias de inmigrantes con un deseo imperioso de adaptación a los valores de la sociedad occidental.



En las familias en que ambos progenitores animan a sus hijos a controlar su peso, magnificando la presión cultural hacia el atractivo físico -delgadez- la probabilidad de patología se dispara. Esta petición transmitida de padres a hijos

parece considerar el peso y, por extensión, el atractivo corporal, como sujetos al control voluntario, lo que aumenta la probabilidad de que los jóvenes inicien regímenes alimentarios restrictivos, principal situación de riesgo para padecer un trastorno de la conducta alimentaria.

La presente guía está especialmente dirigida a las personas que padecen un trastorno alimentario y a sus familias puesto que, en el camino de la liberación de su patología, necesitarán una colaboración mutua y estrecha, tanto en el cumplimiento de las estrategias sugeridas por sus psicoterapeutas y médicos, como en el entendimiento del significado profundo de lo acaecido.

Su objetivo prioritario es ofrecer la información de que disponemos para que puedan corregirse algunas ideas inexactas acerca de la naturaleza de los trastornos, su evolución y tratamiento. Conocer las características de los trastornos y los modelos de dinámica familiar predominantes permite plantearse maneras alternativas y más saludables de relación en las familias de forma que se favorezca la recuperación de sus familiares. Sin embargo, es fundamental aclarar que aunque estas observaciones se han hecho sobre multitud de familias no tienen por qué ajustarse a la de quienes lean esta guía.

Puesto que los inicios de los trastornos son difíciles de percibir, la información aportada en esta guía pretende contribuir a la detección precoz de los primeros síntomas del trastorno, diferenciándolos de aquellas conductas alimentarias problemáticas, pero

transitorias, que presentan muchas/os jóvenes, y cada vez más adultos, a consecuencia de la moda actual de las dietas. Además, desea contribuir con consejos eficaces acerca de cuál es la mejor manera para los padres de abordar el problema con su hija/o, para favorecer que reconozca sus dificultades y pueda pedir ayuda cuanto antes. Debido al incremento de personas mayores con TCA se ha tenido en cuenta que algunos familiares del/la paciente son su cónyuge e hijos y necesitan información y apoyo adaptados a su situación específica.

Debido a las dificultades inherentes al manejo de las/los pacientes que desarrollan una anorexia o una bulimia se pretende, asimismo, proporcionar una información concisa y práctica acerca de:

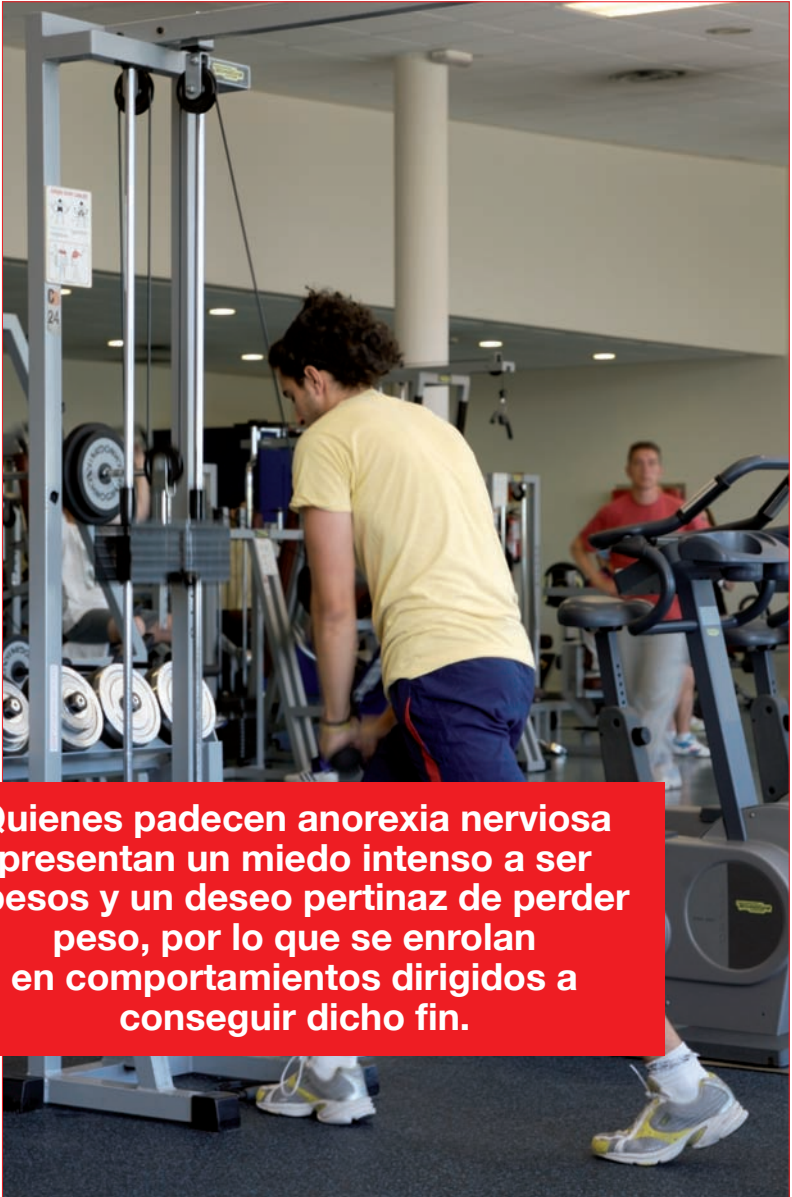
- Características esenciales de los TCA.
- Identificación de los primeros síntomas.
- Afrontamiento del problema en sus inicios.
- Tratamientos posibles.
- Pautas relacionales más convenientes en el entorno familiar y social.
- Proceso de recuperación.

A lo largo de los capítulos se sugieren ciertas transformaciones en las relaciones personales y familiares de las/los pacientes y sus familias, a la vez que se quiere subrayar que, en ningún caso, estas recomendaciones sustituyen el trabajo profesional y presencial del

tratamiento. Únicamente pretenden completar el trabajo clínico realizado en la consulta y contribuir

a una recuperación efectiva y estable de cada una/o de los afectados por los trastornos.

Definición y tipos.



Quienes padecen anorexia nerviosa presentan un miedo intenso a ser obesos y un deseo pertinaz de perder peso, por lo que se enrolan en comportamientos dirigidos a conseguir dicho fin.

Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa ha sido quizá la enfermedad paradigmática entre los trastornos de la conducta alimentaria y la de mayor dificultad de comprensión. Es una patología severa, potencialmente mortal, con un inicio próximo a la adolescencia, fundamentalmente en torno a la pubertad, y caracterizada por el ayuno, un temor irrefrenable a la ganancia de peso y una excesiva pérdida de éste, con las consecuencias somáticas y psíquicas que ello acarrea. Se manifiesta de manera más frecuente en mujeres que en varones, siendo la proporción aproximada entre ambos sexos de unas diez mujeres por cada varón.

Quienes padecen anorexia nerviosa presentan un miedo intenso a ser obesos y un deseo pertinaz de perder peso, por lo que se enrolan en comportamientos dirigidos a conseguir dicho fin. Estos son, entre otros, la privación o la selección restrictiva de determinados alimentos hasta la malnutrición, la práctica de un ejercicio extenuante como medio para quemar calorías, la inducción del vómito o el uso de otras medidas purgativas para “librarse” de la comida ingerida, el consumo de fármacos “adelgazantes” u otras conductas que supuestamente conducen a la no asimilación, eliminación o compensación de las calorías aportadas.

Para poder considerar que una persona tiene anorexia, tiene que existir la auto-imposición de mantener su peso por debajo del normal. El criterio mínimo utilizado ha sido un peso por debajo del 85% del peso esperado para su edad y su altura, o tener un índice de

masa corporal igual o inferior a 17.5. Para poder hacer el diagnóstico de anorexia es preciso descartar que esta pérdida de peso dependa de enfermedades físicas (cáncer u otras patologías) o psíquicas (depresión, delirio de envenenamiento, etc.)

Aunque el termino anorexia significa perdida de apetito, esta característica no es propia del trastorno ya que la persona anoréxica tiene mucho hambre debido a su restricción alimentaria. Y sólo en estadios tardíos llega a perder la sensación de apetito.

En las mujeres ya desarrolladas se pierde el periodo o se tienen trastornos menstruales. Si es una niña no desarrolla la menstruación en su momento o sólo aparece de forma esporádica. En los hombres los niveles de hormona sexual descienden.

La/el paciente anoréxica/o puede conseguir sus objetivos a través de diferentes métodos, que sirven para clasificar la anorexia en subgrupos distintos:

■ **Anorexia restrictiva:** la pérdida de peso se realiza a través de una restricción de su dieta. No se utilizan métodos purgativos y no tienen, al menos durante mucho tiempo, episodios de descontrol. Esta restricción se complementa, en la mayoría, por la realización de ejercicio excesivo y por una hiperactividad en las tareas que efectúan.

Cuando el método predominante para perder peso es el ejercicio

excesivo y obsesivo, mucho más allá de lo que es necesario para mantenerse “sano”, se considera una variante del subgrupo anterior y recibe el nombre de anorexia atlética. El ejercicio va consumiendo tiempo y espacio a cualquier otra actividad de la persona: trabajo, estudios, familia, ocio. La valoración personal se realiza a través de la resistencia y la superación continua de los logros en la actividad deportiva. Paralelamente con el ejercicio suele darse un fanatismo por la comida “sana”.

■ **Anorexia purgativa:** además de hacer dietas y/o ejercicio excesivo, utilizan métodos purgativos para eliminar la comida ingerida. La purgación puede darse después de una cantidad mínima de comida, de cualquier ingesta, o después de un atracón. Aproximadamente la mitad de las/los anoréxicas/os presentan atracones en algún momento de la evolución del trastorno.

Los vómitos de la/el paciente anoréxica/o se inician por dos razones principales: el miedo a la gordura y la culpa por haber cedido a su hambre. La purgación les apacigua la ansiedad producida por comer esa mínima cantidad de comida, cuyos posibles efectos en el cuerpo, su pensamiento distorsiona; y a la vez purgan la culpa de ceder a la tentación y haber comido más de lo que se habían programado.

La mayoría de las/los pacientes utilizan laxantes porque el trastorno anoréxico cursa con un estreñimiento pertinaz. La intensidad de este estreñimiento permanente

requiere que el médico aconseje tomar algún tipo de laxantes y favorecer la ingesta de una dieta rica en fibra. Aún así es posible que tengan muchas dificultades para solventarlo y se produzca una adicción. El estreñimiento no sólo es físico ni se refiere únicamente a la imposibilidad de evacuación de la comida. Durante el trastorno la/el paciente tiene igualmente un “estreñimiento mental” manifestado en un descenso de fluidez de ideas, dificultades para desprenderse de cualquier objeto, siendo especialmente “agarradas” con su dinero que procuran no gastar.



Los dos subgrupos rechazan numerosas comidas por insanas y “grasosas” ya que consideran la grasa como algo desagradable y repugnante que debe eliminarse a toda costa; incluso aunque su eliminación de la dieta afecte gravemente su salud. Clasifican el peso corporal en términos morales: la gordura se juzga como algo moralmente reproachable y la delgadez como algo que les otorga superioridad moral. El incremento de peso o la pérdida de control sobre la comida generan una autocrítica extremada

que se asocia a sentimientos depresivos y de auto-desprecio. La pérdida de peso y el control de la ingesta les llevan a una sensación de triunfo y euforia. Estos cambios emocionales se dan únicamente asociados a la comida y el peso, mientras que otros acontecimientos vitales problemáticos parecen dejarles indiferentes.

Es muy posible que en el inicio del trastorno la/el paciente defina su estado de ánimo como eufórico demostrándose a sí mismo que sus dificultades se solucionan mediante las estrategias asumidas en el control de la alimentación. Con la euforia aparece una sensación de control, puede que por primera vez en su vida. Siente que es capaz de controlar algo, aunque sea tan básico como lo que come. Cuanto más peso pierde más poderoso se siente, más fuerte. Para ser igual que los demás, contradictoriamente, se obliga a ser mejor que los demás; ante el sentimiento de no ser lo suficientemente buena/o aspira a ser la/el mejor. Se crea así un ideal rígido y desproporcionado, inalcanzable. Aparece entonces el miedo a perder lo conseguido, endureciendo las reglas que se impone como medio de asegurar lo conquistado.

Ocasionalmente, la/el paciente que restringe su alimentación se verá impelida/o a consumir grandes cantidades de comida -de forma objetiva o subjetiva para el distorsionado entendimiento del/la paciente- como respuesta de su organismo a la desnutrición. Cuando esto ocurre, la pretensión es compensar lo sucedido mediante el vómito, el uso de laxantes, un ejercicio extenuante o por otros medios.

Instaurado el trastorno se producen una serie de cambios que pueden dificultar la relación con la persona que padece la anorexia.

La malnutrición repercute de manera significativa en la mente, causando alteraciones bioquímicas que afectan el modo de pensar, de sentir y de comportarse del/la paciente desnutrido/a. A medida que el estado nutricional empeora la persona se muestra más irritable y apática, testaruda y negativa. Finalmente, la depresión hace su aparición, reemplazando la previa sensación de euforia. El temor a perder el control que con tanto esfuerzo ha conseguido es apabullante, ya que supone que su pérdida irá acompañada de todo tipo de exceso y caos, la vida perderá su sentido. Fuera de esa rigidez sólo habrá desamparo y vacío.

La negación o minimización de las sensaciones corporales es otra de las consecuencias que acompañan a la malnutrición. Las sensaciones de hambre, de frío, de debilidad y cansancio se eliminan de la mente mediante pensamientos auto-inducidos apropiados: “no siento hambre, no necesito comer, así es como estoy bien... no siento frío, no siento nada” o con una actividad extenuante que le impida pensar.

Las personas que padecen una anorexia están necesitadas de atención y la buscan de forma desesperada a través del sometimiento y los síntomas. Debido a la nula valoración de sí mismas como personas y a su sentimiento de inferioridad e indefensión, subor-

dinan sus necesidades a las del otro pensando que así no les abandonan. Su falta de autoestima le impide quejarse, expresar sus opiniones y discrepancias. Al creerse sin derechos, acepta los abusos verbales, físicos y/o sexuales casi como algo merecido.

“Es cierto que la persona que inicia una anorexia busca -prácticamente de continuo- la valoración, el reconocimiento y la aceptación de los demás que viven a su alrededor. Vienen a ser las vitaminas necesarias para su mente y su espíritu. No sé si esto forma parte de la personalidad de uno o es sólo una consecuencia de la enfermedad; lo que sí es bien cierto es que te dejas la piel en esa especie de reclamo emocional. En muchas ocasiones me he sentido como alguien adaptable y moldeable a los intereses de los demás.”

Bulimia nerviosa

Habitualmente, la bulimia nerviosa se inicia de una manera parecida a la anorexia nerviosa, reduciendo la cantidad de comida ingerida o eliminando determinados alimentos de la dieta habitual, pero en lugar de continuar con un ayuno mantenido, las/los pacientes comienzan a darse atracones y presentan conductas purgativas o compensatorias. Algunos estudios han señalado que cinco de cada cien mujeres padecerían bulimia nerviosa en los países occidentales, y ya hay numerosos varones que presentan atracones a consecuencia de la manipulación de su alimentación para obtener, supuestamente, estar en forma.

El reconocimiento de las personas con bulimia nerviosa no se puede fundamentar en el peso como sucede con las que padecen anorexia ya que su peso puede estar incrementado, reducido o ser el adecuado respecto del idóneo para su edad, talla y sexo. Lo que sí es frecuente es la aparición de fluctuaciones rápidas en el peso como resultado de los hábitos alimentarios caóticos que, al comienzo, pasan desapercibidos.

Como norma general puede decirse que la comida realizada por el/la paciente delante de otros suele ser normal e incluso abundante, aunque algunos días ayune o realice una dieta muy restrictiva. En las reuniones y celebraciones, los amigos y allegados le/la ven comer normal o en exceso y a todos sorprende el buen tipo que tiene en comparación con lo que come. Tras esta apariencia de normalidad alimentaria se hallan escondidos sus atracones y su comida excesiva, que realiza de forma secreta.

A consecuencia de la privación de determinados alimentos y de periodos de ayuno ocultos, el deseo de comer se hace imparable y la impulsividad sin freno domina a la persona que restringe su comida.

Cuando esto ocurre no hay comida que se resista. El/la paciente consumirá de forma descomunal leche, cereales, bollos, galletas, chocolate. A continuación engullirá todo lo que encuentre en la casa: el queso y los fiambres, la cena de toda la familia; la comida del día siguiente; los alimentos y chuces que él/ella mismo/a se haya com-

prado; finalmente, en el extremo más grave del trastorno bulímico, la comida de los atracones será cualquier cosa comestible, llegando a comer los restos de la basura, la comida congelada o la comida de los animales de compañía.

Sin embargo, algunos familiares se sienten confusos cuando su allegado/a enfermo/a les dice que se ha dado un atracón, ya que la cantidad ingerida no es excesiva. Ello se debe a la diferencia existente entre el atracón objetivo y subjetivo.

Un **atracón es objetivo** cuando la cantidad de alimento ingerida es mucho mayor de la habitual y se come en un período de tiempo breve para esa cuantía de comida. Acompañando al atracón tiene que aparecer un sentimiento de pérdida de control sobre el comportamiento alimentario.

Un **atracón es subjetivo** cuando la sensación de falta de control está asociada a una cantidad de comida poco cuantiosa o, en ocasiones, extremadamente pequeña.

cesidad imperiosa de purgarse (usualmente a escondidas), ya sea por la culpa que genera, el temor a ganar peso, las sensaciones de malestar abdominal, etc. Las conductas de purga y compensación de la ingesta son diversas: vómitos, uso de laxantes o diuréticos, empleo inadecuado de fármacos, ejercicio extenuante o nuevos períodos de ayuno. Lo que diferencia a la bulimia nerviosa de la anorexia nerviosa, atendiendo a la conducta alimentaria, no es la presencia de conductas purgativas, sino la existencia de un patrón cíclico de atracón-purga-atracón.

Una vez que el impulso de comer aparece, no existe posibilidad de control (sin un largo tratamiento), sea la hora que sea, se esté en el lugar que se esté o se realice cualquier actividad por muy deseada que sea. La evitación del desayuno o la comida prepara un atracón que puede aparecer en minutos u horas. Reducir la ingesta del día a la cena predispone para el surgimiento del atracón nocturno que le perturbará el sueño ya que tendrá que levantarse de forma imperiosa para comer. Por la mañana se sentirá agotado/a y le costará levantarse, iniciando un absentismo escolar o laboral progresivo. El caos horario se puede extender a toda su vida hasta que el día se transforma en una sucesión de atracones y de vómitos.



Algunas de las conductas desarrolladas por las/los pacientes bulímicas/os adoptan rasgos más propios de las adicciones, dado que conducen a estados de placer y sentimientos agradables y reconfortantes que

El atracón tanto objetivo como subjetivo es seguido de una ne-

actúan como elementos reforzantes de nuevos episodios. Por ello, la bulimia ha sido comparada con las adicciones a otras sustancias o conductas (juego, compras compulsivas). Unos autores han sugerido que la adicción es a la comida, otros, a las conductas purgativas; la mayoría piensa que la adicción es a ambas. La comida excesiva se utiliza para calmar una sensación de hambre irrefrenable y la purgación para evitar la ganancia de peso. En uno y otro caso, la conducta realizada está unida al alivio de sentimientos no deseados y/o la descarga de tensión. Puesto que el alivio del malestar corporal y la ansiedad es uno de los refuerzos mas potentes para la persona y la comida o la purgación tiene efectos inmediatos, el organismo aprende a utilizarlos (como en cualquier otra adicción) sin tener en cuenta que tales beneficios son transitorios y cada vez se necesita mayor cantidad para obtener el mismo alivio.

Cuando el ciclo atracón-purga se establece y estas conductas aparecen con frecuencia, la/el paciente con bulimia nerviosa tiene la sensación de que su vida gira en torno a la comida, y alrededor de ella parece organizar la actividad diaria.

La comida es vivida como enemigo y a amigo la vez: la persona con bulimia nerviosa necesita saber que dispone de comida, que está ahí a su alcance (ansía comer), aunque se prohíbe tocarla (teme descontrolarse), en una continua contención de su deseo de comer. En este caso el temor es el de no poder parar de comer una vez que se ha iniciado el proceso.

Al contrario que en la anorexia, estas/os pacientes parecen dis-

frutar de una especie de éxtasis cuando abandonan el deseo de control y se “rinden” ante el atracón. Este se vive con una sensación agradable y desagradable al mismo tiempo. Agradable mientras empiezan a comer y comen. Desagradable cuando terminan de comer y se dan cuenta tanto de lo mucho que han comido como de la manera incorrecta en que han comido.

A pesar de la imagen que pretenden transmitir (y que de hecho transmiten en sus relaciones menos estrechas) es muy probable que se sientan solos/as y atemorizados/as ante la posibilidad de que “su secreto” sea revelado. Finalmente, conducirse de forma impulsiva ante la comidas, acompañada de sentimientos de pérdida de control, se asocia a un sentimiento de desamparo, de insuficiencia para gobernar la propia vida, que conducen, en la mayoría de estas personas, a la depresión.

En la/el paciente con bulimia nerviosa no es tan frecuente la observación de la irritabilidad, la negación y la testarudez propias del/la paciente anoréxica/o. Aún así, es posible encontrar episodios de irritabilidad, inquietud, ansiedad, angustia e incluso agitación por diversos motivos. Son también frecuentes las fluctuaciones bruscas en el ánimo, muchas de ellas entendidas como compensaciones a los sentimientos de tristeza.

Al contrario que las pacientes con anorexia nerviosa, gratificadas ante su rechazo de adquirir un cuerpo femenino adulto mediante la supresión de las menstruaciones y el mantenimiento de un cuerpo de características infan-

tiles, las mujeres con bulimia nerviosa parecen confusas respecto de su ideal de feminidad. Conviene en ellas el deseo de independencia y autonomía, por un lado, y la necesidad de establecer relaciones cercanas y ser aceptadas por los demás. Esta confusión acerca de lo que significa para ellas su feminidad les coloca en ocasiones en circunstancias difíciles, incluso viéndose arrastradas hacia comportamientos promiscuos.



Es frecuente también que las/los pacientes bulímicas/os abusen de sustancias tóxicas como alcohol, ansiolíticos, anfetaminas y cocaína, algunos de ellos (estos dos últimos) empleados en ocasiones como métodos purgativos. En cualquier caso, estos hábitos complican el tratamiento y pueden actuar como perpetuadores del trastorno alimentario, al margen de las complicaciones que generan por sí mismos.

“A pesar de restringir la comida, como enseguida empezaron a darme el “coñazo”, a vigilar-me, a controlarme, desde el principio empecé a vomitar. ¡Que increíble!, ningún control, y cuando había que comer con la familia vomitaba y se acabó. Apareció un chico en mi vida con la consiguiente oposición de mis padres y yo cada vez más agobiada por el control propio y ajeno. El alcohol entró en mi vida al mismo tiempo que la comida, de hecho nunca había bebido ni una sola cerveza. Para mí la comida y la bebida son lo mismo, un medio de evasión, un respiro, un dejar de pensar.”

Factores comunes a ambos trastornos

La anorexia y la bulimia nerviosa están clasificadas en los manuales científicos como dos entidades diagnósticas diferentes y durante la manifestación de su patología muestran varias conductas distintas. Sin embargo, el trabajo clínico pone de manifiesto que los bordes de ambos trastornos no están nunca claros. Presentan algunos aspectos cognitivos, emocionales y conductuales comunes y además muchas/os pacientes anoréxicas/os desembocan en un trastorno bulímico y muchas/os pacientes bulímicas/os tienen periodos de ayuno continuado; e incluso, durante algunos periodos, presentan todas las particularidades de una anorexia.

Las características que ambos trastornos (anorexia y bulimia nerviosa) comparten según las descripciones actuales son el miedo al so-

brepeso, los problemas referidos a la imagen corporal, la búsqueda del adelgazamiento como forma de obtener su autoestima y la existencia de numerosos sesgos cognitivos y creencias irracionales.

De los aspectos comunes a ambos trastornos, los más importantes son:

Imagen corporal y la confusión de sensaciones corporales

El término “imagen corporal” se refiere a las percepciones, sentimientos y actitudes que muestra la persona ante su propio cuerpo, o cómo esa persona experimenta psicológicamente su propio cuerpo. Su formación depende del interés, cuidado, respeto e importancia que los padres y otras personas importantes del entorno hayan concedido a su cuerpo en su crianza.

A partir de los estudios realizados por los expertos se ha llegado a la conclusión de que los problemas en la imagen corporal incluyen tres componentes principales:

■ **a. Percepción.** Se refiere a la imagen que uno ve cuando se mira al espejo. La percepción de su imagen corporal puede estar, o no, distorsionada, pero en cualquier caso su cuerpo puede no ser de su agrado si ha adoptado metas no realistas o si se exige ser perfecta.

■ **b. Actitud.** Es el significado que se otorga a su percepción, reflejo de la auto-valía depositada en la apariencia. Esta actitud hacia la imagen percibida determina la manera en que uno se siente y actúa.

■ **c. Comportamiento.** Conductas como el ayuno, los vómitos auto-inducidos, el ejercicio extenuante y los atracones están basados, al menos parcialmente, en los dos componentes anteriores, percepción y actitud.



Los mensajes de los medios ayudan a crear un contexto en el que las personas aprenden a valorar de forma exagerada el tamaño y la silueta de su cuerpo aunque no causan directamente los trastornos.

Los comportamientos alimentarios patológicos observados en las personas que padecen anorexia o bulimia nerviosas, se producen a causa de las tentativas que hacen para cambiar su imagen corporal.

Debido al deseo de todos de tener una forma de ser atractiva, y en la medida en que anuncios y programas incluyen “modelos” y “famosos” que definen su valía (y su forma de ganarse la vida) por su apariencia corporal, la imitación de tales valores será extrema-

damente fuerte y perniciosa. No podemos olvidar que los medios son la mayor fuente de información sobre salud y alimentación de los adolescentes “sanos”. Estudios recientes estiman que las chicas adolescentes leen, al menos, una revista de moda de forma habitual, y que estas revistas tienen un porcentaje más alto de anuncios y artículos que promueven dietas y formas para perder peso.

Los padres con actitudes más negativas hacia la figura corporal de sus hijos contribuyen a que estos presenten conductas restrictivas más severas, mayor incidencia de comportamientos bulímicos y una pobre imagen de sí mismos. Si, como se ha demostrado en este y otros temas, la preocupación ansiosa hacia un aspecto de la vida distorsiona su percepción (las personas con claustrofobia distorsionan el aparato de resonancia y lo perciben cerrado por uno de sus extremos, aunque está abierto por ambos), se comprenderá cómo muchas personas que se obsesionan con su imagen corporal la distorsionan percibiendo defectos y gordura que otros no ven. Ellas ven en el espejo una proyección de los miedos que sienten por dentro. Algunas personas en mayor riesgo de devenir enfermas no distorsionan su imagen pero están mucho más insatisfechas con ella que el resto y la rechazan por no cumplir los requisitos de perfección que ellas exigen.

Dado que las conductas patológicas con la comida son secundarias al deseo de modificar el cuerpo, si conseguimos cambios en la percepción y la actitud hacia la imagen corporal, podemos conseguir cambios en el comportamiento alimen-

tario. Esta situación no se producirá de forma inversa: si únicamente forzamos a comer o a suspender el ejercicio, no conseguiremos resultados estables a largo plazo y las conductas vuelven a aparecer cuando la persona se enfrenta a situaciones en las que se siente vulnerable.

Estilo cognitivo y creencias irracionales

La persona que padece un trastorno alimentario tiende a presentar ciertas actitudes, reflejo de un estilo cognitivo extremadamente polarizado. Su pensamiento se expresa de forma dicotómica, en términos de todo-nada, sin un punto medio, lo que les hace adoptar reglas muy rígidas e inflexibles. Este estilo cognitivo se observa tanto con respecto a la comida y el ejercicio físico como al resto de los ámbitos de su vida.

La polarización y el pensamiento todo-nada lleva al paciente a necesitar, en todo momento y situación, dar la “talla”, exigiéndose metas extremas. La intolerancia a los fallos, las metas inasequibles que ella misma se exige y que le han creado una sensación permanente de incompetencia se refleja en su obligación de dar el do de pecho.

A su vez, mantienen una serie de creencias irracionales reflejadas en comportamientos o en sus ideas que interfieren en su recuperación. Tienen un pensamiento supersticioso o mágico que supone una relación causa-efecto entre dos acontecimientos o resultados que no están relacionados, pero que ellos/as creen sin ninguna duda.

Dentro de este pensamiento supersticioso se incluye la ya men-

cionada relación entre culpa y consecuencias de las acciones y viceversa. Las/los pacientes creen que no les va a pasar nada por lo que están haciendo si pueden demostrar que ellas/los no son responsables, sino que lo que hacen depende de circunstancias ajenas a su voluntad. Los familiares pueden escuchar, por ejemplo, que dicen: *“no he podido comer porque tenía clase, yo no tengo la culpa”, “no tengo hambre, no necesito comer; estoy llena de todo lo que hago; yo quiero comer pero no puedo”, “me sentía muy llena y he tenido que vomitar”*. Obviamente, el cuerpo se desgasta y no sobrevive si no se le alimenta, o si se le purga en exceso, sea cual sea la razón por la que no se come o se vomita.

La consecuencia directa de esta conexión mágica es la elusión de la responsabilidad en su cuidado. Las/los pacientes no consideran que las complicaciones físicas producidas por la desnutrición o las conductas purgativas sean de su incumbencia; ni se cuidan, ni consideran que deben hacer algo para solucionar lo que les pasa. Si les preocupa algo de lo que les ocurre, lo proyectan en los demás para que sean ellos los que se lo solucionen.

“Se me cae la dentadura”, dijo en el grupo de terapia J... paciente anoréxico restrictivo de 32 años. Este hecho no le llevó a considerar que tenía que incrementar su comida, ni acudir al dentista. Con esa queja en voz alta trataba de que el terapeuta asumiera la responsabilidad de solucionárselo; la queja era también una forma indirecta de quejarse de que

en el tratamiento no le cuidaban lo suficiente.

Exceso de obligaciones

“Debo de, tengo que”: son expresiones características de aquellas personas que guían su existencia motivándose con obligaciones e imponiéndose lo que hacen sin considerar ninguna otra necesidad o posibilidad. Puede observarse este estilo cognitivo por la rigidez de sus horarios, la ausencia de descanso y solaz y la culpa que les ocasiona no haber cumplido todos los objetivos propuestos. En muchas ocasiones esta creencia está asociada a otro error cognitivo muy dañino: descansar es sinónimo de vagancia.

Constricción emocional

Las/los pacientes no suelen demostrar sus emociones y sentimientos negativos tales como la agresividad o la tristeza. Ocultan cualquier tipo de decepción ocurrido en sus relaciones interpersonales y se niegan a sí mismas/os su resentimiento o rebeldía. Les es especialmente difícil reconocer y exponer sus necesidades y deseos. Demuestran con dificultad las emociones y sentimientos positivos de forma que los demás no se aperciben de que necesitan de su afecto y atención. Este control férreo de las emociones procede del desconocimiento y el miedo. Creen que si sienten, la sensación va a ser tan intensa que les inundará. Imaginan que los sentimientos negativos no se van nunca, ni nadie puede hacer algo al respecto. El miedo al dolor y al sufrimiento les impide dar los pasos necesarios para buscar soluciones alternativas y aliviar su malestar. Para manejar las emociones utilizan dos formas predominan-

tes, dependiendo si están en una posición anoréxica o bulímica. En el primer caso, acallan sus emociones con el frío y el dolor que les inflinge su dieta despiadada. En el segundo, utilizan la comida para dejar de pensar y sentir.

Estas dificultades emocionales propias, contrastan con la capacidad que tienen para percibir los sentimientos de los demás, hecho que puede confundir a los que les conocen. Extremadamente sensitivos a las influencias externas, ven lo de fuera y se pierden lo de dentro. Una vez que logren saber lo que está sintiendo su madre o ha percibido con claridad lo que sentía la vecina, la halagará para conseguir su aprobación, sin jamás saber o a veces sabiendo y callando, lo que sienten ellas/los.



Paralelamente a ello, se detectan trastornos afectivos expresados en su desánimo, bajos niveles de energía, tristeza y abatimiento. Además, es posible que tengan

problemas para conciliar el sueño, falta de interés en la vida y presencia de pensamientos auto-depreciativos. En ocasiones todos estos sentimientos se expresan sin palabras, a través de un comportamiento agresivo, sin razón aparente para el que le ve desde fuera.

“Últimamente no hago más que llorar, bueno eso me parece. Durante más de ocho años no he sido capaz de derramar una sola lágrima. Quiero superar todo esto, lo que sea. No se si será demasiado doloroso conocer cuál es el principio de todos mis males pero quiero superarlo ya. Quiero dejar de sentirme perdida y atormentada. Trato de sumergirme en mi memoria y mis recuerdos, pero no lo consigo, sólo encuentro confusión. Últimamente me despierto sobresaltada y con una sensación de desasosiego y amargura exagerada”.

Otros trastornos alimentarios asociados

Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado

Para determinar clínicamente una anorexia o bulimia nerviosas, deben concurrir en el/a paciente todos los signos y síntomas exigidos por los estándares internacionales (Ver Anexo). Sin embargo, en la práctica diaria, este conjunto de características no aparece siempre al completo, lo cual no significa que no exista una patología alimentaria que necesite tratamiento. Cuando se dan varias características patológicas, pero

no están todas, se dice que la persona tiene un síndrome parcial, identificado como trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE). Las situaciones más frecuentes son:

- Pacientes que cumplen todos los criterios de anorexia nerviosa pero no han perdido la menstruación.
- Pacientes que cumplen todos los criterios de anorexia nerviosa pero su pérdida de peso está dentro del rango normal.
- Pacientes que tienen atracones o se purgan menos de dos veces por semana, no cumpliendo los requisitos de frecuencia impuestos para diagnosticar bulimia nerviosa.
- Pacientes que se purgan después de ingerir pequeñas cantidades de comida y su pérdida de peso no llega al 15% necesario para ser calificados como anoréxicos.
- Pacientes que escupen o tiran la comida sin tragarla, para evitar la ingesta de calorías.

En ocasiones, estos cuadros incompletos no son tales, sino una etapa inicial del trastorno en la que aún no ha terminado de expresarse toda la patología. Este puede ser el caso de los pacientes muy jóvenes, resultando conveniente estar alerta a la evolución de los síntomas y no minusvalorar la importancia de conductas alteradas primerizas. Otras veces, el cuadro parece incompleto porque el paciente ha mejorado en algunos aspectos pero, como en el caso anterior, no se debe desestimar la gravedad de lo que queda por recuperar.

Si el trastorno de la conducta alimentaria no especificado no desemboca en un trastorno completo, los pacientes suelen ser de menor gravedad y la patología evoluciona favorablemente con un tratamiento de duración limitada en régimen ambulatorio.

Trastorno por Atracón

El trastorno por atracón se define por la existencia de una comida excesiva en un período discreto de tiempo -no más de dos horas- sobre la que la persona siente que no puede ejercer ningún control para pararla, a la que no le siguen conductas purgativas compensatorias. La ausencia de conductas compensatorias hace que las personas que lo padecen presenten un exceso de peso que les hace sentirse muy desgraciados. La comida se ingiere de forma compulsiva a cualquier hora del día y produce una gran vergüenza y sentimientos de culpa. Como en el caso de los pacientes bulímicos, el atracón ayuda a la persona a sobrellevar los estados de estrés, calma el malestar emocional y permite eludir los problemas cotidianos.

Las personas que presentan un trastorno por atracón tienden a atribuir cualquier fracaso laboral o sentimental a su peso, sin pensar que puedan tener otras deficiencias psicológicas que deberían corregir.

Eso les hace fantasear con la idea de que cuando adelgacen resolverán todos sus problemas y serán unas personas felices. En consecuencia, presentan una gran insatisfacción por su imagen corporal,

pero nunca llegan a distorsionar la percepción del peso o volumen de su cuerpo.

Es un trastorno muy frecuente en niños con obesidad, en pacientes que por algún tipo de enfermedad física han tenido que hacer dietas especiales (como, por ejemplo, pacientes adolescentes con diabetes) o en algunos padres varones de pacientes anoréxicas o bulímicas, aunque su conducta nunca se haya percibido como “problemática”. Los intentos que hacen los familiares para restringir su ingesta suelen ser vanos y nocivos, especialmente si se trata de niños/as o adolescentes. Lo máximo que consiguen es que mientan. Es relativamente frecuente que dediquen su dinero a comprar comida cuando están fuera de casa e incluso pueden robar comida del colegio, las tiendas o de la casa de otros.

Sus relaciones sociales pueden estar muy limitadas, tienen pocos amigos y en su interior sienten que es muy difícil vivir en esta sociedad donde se rechaza tanto cualquier mínimo sobrepeso. Al sufrimiento por la comida descontrolada se une el producido por las vejaciones infligidas socialmente al considerarlos glotones/as, vagos/as, sin fuerza de voluntad y sin capacidad de autocontrol. Esto les hace retraerse y aislarse pero, en su aislamiento, la única alternativa que les queda es comer más. Las pautas destructivas de comportamiento se perpetúan porque la persona que tiene un trastorno por atracón no ha aprendido alternativas para afrontar su deseo compulsivo de comer, ni a confiar en que sus sentimientos se pasen. Ante cualquier

malestar psíquico, especialmente la ansiedad, acabará tranquilizándose con comida.



Al tormento psicológico que acompaña a este trastorno se le va sumando la aparición progresiva de complicaciones físicas, como el desarrollo de una diabetes o una hipertensión arterial, consecuencia de una alimentación desequilibrada y un peso excesivo. Por eso, muchos pacientes buscan ayuda para su obesidad más que para el trastorno alimentario en sí mismo. Las dietas que se les prescriben ayudan temporalmente pero, si no se tratan los aspectos emocionales, terminan fracasando.

El trastorno por atracón suele presentar asociado a trastornos del estado del ánimo, experimentando a lo largo de su vida numerosos episodios depresivos. La depresión les hace comer más y moverse menos, por lo que la obesidad se dispara aumentando la sensación de ser personas “non gratas” a la vista de los demás.

Dado que el trastorno por atracón tiene enormes similitudes con el trastorno bulímico, excepto porque no se realizan conductas purgativas compensatorias, muchos de los aspectos del tratamiento de

la bulimia nerviosa pueden beneficiar a las personas que sufren un trastorno por atracón. Especialmente eficaz es la combinación de terapia cognitivo-conductual para los problemas alimentarios, terapia interpersonal para los problemas de aislamiento y medicación antidepressiva para mejorar los estados de ánimo.

Síndrome de comida nocturna

Aunque este síndrome no se recoge como tal en los manuales diagnósticos, es un trastorno que aparece con frecuencia en la práctica clínica. Las personas que lo padecen presentan una forma de alimentación que se caracteriza por no comer nada durante la mañana (desayuno, almuerzo, incluso comida) y empezar a hacerlo al atardecer, pudiéndose prolongar la ingesta hasta la madrugada.

Los personas que lo padecen tienen problemas para conciliar el sueño, que puede verse perturbado por episodios de apnea (dificultades respiratorias y pausas respiratorias prolongadas mientras se duerme) debidos, en parte, a la acumulación de comida sin digerir en el estómago. En consecuencia, pueden presentar episodios de somnolencia durante el día. Algunos pacientes llegan a comer de forma descontrolada en fases de sonambulismo. Este atracón noctámbulo se recuerda de forma muy confusa e incluso se produce sobre patrones totalmente inconscientes, pudiendo llegar a quemarse por intentar cocinar o calentar comida. Si los familiares enfrentan al paciente con la realidad de lo ocurrido, a éste le cuesta creerlo, y si se despierta mientras está comiendo, suele sentir una gran ansiedad cuando se da cuenta del

nivel de descontrol alcanzado. Las personas con este síndrome, principalmente pacientes bulímicas/os, con trastornos por atracón y obesos, experimentan vergüenza, culpa y ansiedad por comer así, pues lo interpretan como una forma de “vicio” y glotonería. Por ello tienden a ocultarlo a los demás y difícilmente piden ayuda.

El tratamiento requiere fijar unas pautas de organización alimentaria y posiblemente, una comprensión profunda de por qué se produce esta necesidad de comer por la noche. No es infrecuente que el deseo de atracón esté ligado al despertarse por la noche o de la siesta, por lo que encuentran una asociación sugestiva con el mundo de los sueños.



Ortorexia

Las personas que padecen este trastorno obsesivo se preocupan de manera excesiva por nutrirse de forma sana e ingerir exclusivamente alimentos “naturales”. Si en el trastorno anoréxico y bulímico la obsesión ha sido la cantidad de la comida que se ingiere, en el trastorno ortoréxico, la obsesión es la calidad de la comida y la búsqueda de lo “sano”. La preocupación por la salud, la fijación

por comer una dieta sana llega a tal extremo que prefieren pasar hambre antes que comer algún alimento del que no están seguros tenga la calidad debida.

El deseo por comer de forma saludable y las recomendaciones médicas acerca de los alimentos y dietas sanas siempre han existido, pero actualmente esta preocupación tiene visos de desbordarse, especialmente en determinados círculos que creen haber encontrado la panacea para evitar algo inherente a nuestra condición humana: nuestra fragilidad física y la existencia de enfermedades. El trastorno ha florecido a partir de la moda alimentaria impuesta por aquellos cuyo objetivo primordial en la vida es cuidar su cuerpo, por lo que la ortorexia suele darse asociada a las personas que pre-

sentan un interés, igualmente desmedido por el ejercicio físico que realizan con el supuesto objetivo de “estar en forma”. Es una moda muy común entre los actores de Hollywood.

Muy cercano a los trastornos hipcondríacos, la sociedad difícilmente conceptúa la ortorexia como patológica, bien al contrario, quienes detentan el trastorno llegan a creerse superiores en inteligencia y conocimiento que el resto de los mortales. Sin embargo, el exceso de inquietud por la comida sana puede llegar a dañar la salud de aquel que queda atrapado en la consecución de la perfección alimentaria. En ocasiones, el trastorno es un preámbulo de la anorexia nerviosa o un factor desencadenante de atracones de comida “no sana”, pero sabrosa.

La familia y los trastornos de la conducta alimentaria.



Un hecho incuestionable es que durante el transcurso de la anorexia, las relaciones creadas en las familias presentan algunos patrones comunes.

¿En qué medida influye la familia en lo que le pasa al hijo/a/miembro que padece un trastorno alimentario? Esta es siempre la cuestión que subyace cuando se afronta la existencia de ciertas constelaciones familiares asociadas a los trastornos y que se repiten a lo largo de todos los grupos, independientemente del país, clase social o condición en los que surgen. Todos los autores afirman que no, pero inmediatamente claman por la necesidad de cambiar algunas pautas relacionales en la familia, pues de esta manera se incrementa la probabilidad de mejoría. El dilema queda sin resolver, pues nadie puede afirmar que las relaciones familiares observadas durante los trastornos sean las mismas que las existentes antes de la patología. Y aunque de cara al tratamiento no importa si fueron antes o después -pues lo primordial es cambiarlas-, sí convendría llegar a conocer, en orden a conseguir una mejor prevención, cuáles son las relaciones familiares tempranas que debemos corregir para no incrementar la vulnerabilidad a los trastornos.

Relaciones familiares del/la paciente anoréxico/a

Bien sea porque las relaciones familiares fueron siempre similares a las que vamos a describir, o porque el trastorno anoréxico genera tanta tensión en el seno familiar que las relaciones cambian, el hecho incuestionable es que durante el transcurso de la anorexia, las relaciones creadas en las familias presentan algunos patrones comunes contraproducentes:

■ **Amalgama:** Describe una manera extremadamente estrecha e intensa de relación familiar en la

que los límites se pierden. Los roles se difuminan, confunden e intercambian siendo muy difícil establecer con claridad quién ejerce determinados papeles en la familia. En muchas ocasiones los hijos hacen el rol de los padres y los padres asumen actitudes más propias de sus hijos. Además, los padres intentan que sus hijos disfruten de la infancia que ellos no tuvieron o del futuro que desearon para ellos mismos, lo que acarrea una excesiva implicación en el desarrollo de su descendencia.

La individualidad y la autonomía de los integrantes de estas familias son inhibidas; desaparece la privacidad y todos los espacios, ilusiones, objetivos y emociones se comparten. Todos los miembros de la familia se sienten con el derecho (y el deber) de participar en las emociones, decisiones, etc. de los demás; y ninguno se siente legitimado para defender su privacidad.

Es posible que establezcan relaciones más cercanas entre alguno de los hijos y uno de los padres, presentando un frente común hacia el otro progenitor. Y que la comunicación entre dos personas tenga lugar a través de una tercera, en vez de producirse de forma directa. Estos patrones de comportamiento pueden perpetuarse sin que nadie en la familia esté al tanto de que se están conduciendo en esta manera.

■ **Sobreprotección:** Es característico de algunas familias de pacientes con anorexia un desvelo mutuo y continuo entre sus miembros, no sólo hacia el hijo enfermo, que responde a un cariño genuino, presente tiempo antes de que la anorexia se iniciase. Sin embargo,

la sobreprotección cuando los hijos/as crecen refuerza la idea de que el mundo es un lugar inseguro y la vida una situación plagada de posibles catástrofes. Cualquier vivencia fuera de la red familiar se tiende a interpretar como un riesgo gratuito e innecesario, incluso como un acto de traición a la unidad y bienestar familiares.

Cada cual tiene la sensación de que el cuidado de los restantes miembros de la familia es responsabilidad suya, dejando a los demás a cargo de su propio cuidado personal. Los hijos son así ignorantes de su propia realidad y negligentes de su propio cuidado.

J.: “Recuerdo una situación antigua entre mi hija I... y su hermana... Hubo un momento tan difícil en la relación de ambas que I... le decía a su hermana qué alimentos debía o no ingerir. Incluso la hermana fue al médico para pedirle un certificado de los alimentos que podía consumir; el médico le indicó que lo que tenía que hacer era enfrentarse a la hermana. Pero yo en aquella situación recuerdo haber sentido un sufrimiento terrible, y que la situación crecía como una bola de nieve, y yo no sabía qué hacer.....no supe defenderla.”

■ **Rigidez:** En algunas de estas familias cualquier cambio es vivido como amenazante e indeseable, dado que pone en riesgo el sentimiento de seguridad que ofrece una búsqueda continua de control. La supuesta seguridad que aporta limita tremendamente la libertad y autonomía de sus miembros y, aunque pretende proteger de los cambios que puedan venir

desde el exterior (de la familia), lo que realmente consigue es limitar las posibilidades de adaptación a estos.

■ **Evitación del conflicto:** Cualquier realidad conflictiva es sentida de forma amenazante hacia la armonía familiar y, por tanto, se desaprueba. Impera entonces la ley del silencio. Los problemas se niegan o minimizan. Es habitual que ante sentimientos de malestar la respuesta de los padres sea del tipo “no hay por qué preocuparse, ya verás como todo se soluciona, siempre lo has hecho”. El mensaje implícito es que los padres esperan que su hijo sea capaz de resolver sus dificultades (aparece entonces el temor a fracasar, a fallar a los padres) sin el ofrecimiento de un apoyo al respecto.

■ **Implicación de los hijos en el conflicto paterno:** En ocasiones, las/los pacientes con anorexia son confidentes de alguno de sus padres, forzando una alianza con uno de los padres frente al otro o se convierten en mediadores del problema de los padres. Cuando la anorexia nerviosa aparece, los padres parecen olvidar o ignorar sus crisis maritales, abortos como están en la protección y cuidado del hijo/a enfermo/a. Tienen así un motivo válido para unirse y olvidar sus cuitas personales. Así, los síntomas se convierten en un elemento determinante de estabilidad o inestabilidad familiar.

Estas constelaciones relacionales señaladas pueden impedir, no sólo el proceso de maduración personal del hijo/a más “dócil” y por tanto convertirse en un factor de vulnerabilidad para el trastorno,

sino también mantener la patología e impedir su recuperación (como veremos en capítulos posteriores).

Relaciones familiares del/la paciente bulímico/a

Los estudios recientes sobre el medio familiar de los/as pacientes bulímicos/as han revelado aspectos consistentes en la interacción entre sus miembros, de forma similar a lo descrito en el caso de la anorexia nerviosa. Identificar una pauta específica de relación familiar como factor de riesgo de patología bulímica es extremadamente útil porque permite detectar la situación de vulnerabilidad del sistema familiar para el desarrollo del trastorno y corregirla con prontitud. Y aunque la investigación no ha dibujado un cuadro completo de todas las características familiares, sí se han detectado algunos rasgos típicos de la relación familiar sin que ello signifique que los familiares sean los causantes del trastorno.



Muchas familias en las que emerge un trastorno bulímico comparten un funcionamiento que trasluce una orientación excesiva de sus intereses hacia los logros académicos y laborales, mientras que se le da poca importancia a los aspectos culturales, el ocio, el desa-

rollo de objetivos intelectuales o los aspectos religioso-morales. Así mismo, se han observado dificultades de cohesión, muy baja tolerancia a la frustración y una falta de límites entre sus miembros. Estas familias se perciben a sí mismas como disgregadas, caóticas, con poca conexión emocional y, simultáneamente, con una relación amalgamada e intrusa.

Conceder una importancia excesiva a los logros académicos, la apariencia perfecta y no dar ninguna importancia a la autonomía personal ni a la expresión asertiva, genera que la relación se establezca desde la corrección continua del más mínimo error. Cada miembro opina del otro y de lo que hace de forma negativa predominando el desacuerdo y la tensión en el seno familiar. Es posible que las conductas y formas que se corrijan estén equivocadas y se tenga razón en lo que se recrimina, pero la ausencia de márgenes para el error en la vida nos coloca en una situación de fracaso perpetuo, devastador para el afianzamiento de la autoestima.

La dificultad de separación impide el establecimiento de unos límites que diferencien, sin perder la relación afectuosa que necesitan. La falta de límites se pone de manifiesto en numerosas situaciones, especialmente en las provisiones alimentarias, ya que los atracones suelen incluir la comida de toda la familia. La relación entre hermanos se resiente por la utilización mutua de sus espacios y pertenencias sin permiso (ropa, objetos de aseo y maquillaje, material de escritorio, ordenador, etc.)

sin permiso. Puesto que la privacidad no suele valorarse en la familia, esta situación puede persistir incluso cuando desde el tratamiento se sugiere la necesidad de establecer límites y diferenciar las características individuales de cada miembro familiar.

A... relata las múltiples veces que su hermana entra en la habitación quitándole las zapatillas de deporte, los jerséis, los lápices, los folios, el teléfono móvil que utiliza cuando le parece o dinero. Cuando se queja a sus padres de estos hechos, ellos le dicen que es una rara, que las hermanas deben compartir todo y que ella también usa cosas de G...

El manejo de las situaciones angustiosas es muy deficitario ya que las emociones que emergen ante la angustia son la irritabilidad, la ira, la hostilidad. Ello hace que la comunicación derive hacia los gritos y la culpa. La angustia ante la adversidad, vivida como insoluble, es también la causa del aparente desinterés que muestran algunos padres hacia los síntomas de la enfermedad del/la paciente.

Estas emociones negativas no son producto de falta de cariño entre hijos y progenitores, sino la expresión de un desbordamiento emocional inmanejable que suele cubrir síntomas de depresión o rasgos depresivos subyacentes.

Son además frecuentes los comportamientos impulsivos y las conductas adictivas (insistimos, no presentes en todas las familias, sino con una frecuencia mayor a la ob-

servada en familias sin individuos con bulimia nerviosa). En numerosas ocasiones alguno o ambos padres presentan obesidad, problemas con alcohol e impulsividad asociada a conductas explosivas.

La gravedad de la bulimia se ha asociado a la inconsistencia del afecto materno ya que las fluctuaciones de su expresión amorosa suelen ser excesivas; unos días da muestras de mucho cariño y otros días manifiesta un rechazo total. Se ha visto, a su vez, muy negativa la tendencia de algunas madres de culpar a sus hijas por los problemas familiares, negando su propio papel en el malestar familiar. Por lo que respecta al padre varón, la relación más destacada y negativa es la negligencia. Debido a un nivel de ansiedad muy elevado, los padres se distancian y no apoyan al/la hijo/a con problemas, negando su existencia o su gravedad. En su papel de maridos suelen ser inconscientes de los problemas matrimoniales que ocurren y del sufrimiento de su pareja.

Esta caracterización no tiene por qué ser permanente o inherente a la propia familia, sino que puede ser la reacción adaptada del grupo familiar a circunstancias externas o internas. No podemos olvidar que la presencia de un miembro con un trastorno bulímico supone un importante impacto en la salud y bienestar de las familias, además de incrementar su gasto monetario.

De hecho, muchas de los aspectos emocionales descritos se encuentran en familias depresivas con un estrés excesivo que dejan

a los hijos vulnerables a cualquier patología mental. Si a ello se une una excesiva importancia a la apariencia, al que dirán; y se busca la identidad familiar en el logro profesional y el éxito, se ha creado el clima ideal para el desarrollo del trastorno bulímico.



Factores determinantes de los TCA.



Al identificar delgadez con éxito profesional o sentimental, belleza, juventud, buena salud y fuerza de voluntad, nuestra cultura ha ido gestando un cambio profundo del concepto de ideal físico al que se debe aspirar.

Los trastornos de la conducta alimentaria -Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa- son trastornos multidimensionales y complejos que emergen debido a la confluencia de varios factores: socioculturales, biológicos, psicológicos e interpersonales.

Factores socioculturales

Uno de los factores más importantes en la creación de vulnerabilidad es la presión social que induce a considerar el atractivo físico como el valor personal predominante. Los mensajes de nuestra cultura que equiparan belleza y atracción con delgadez han creado el contexto necesario para que muchas mujeres y muchos hombres se sientan insatisfechos con su cuerpo. Buscan su autoestima en la modificación de su apariencia corporal tratando de asemejarse a los cánones de belleza impuestos.

Pretender conseguir una imagen corporal perfecta produce tal inseguridad en nuestra sociedad que muchas personas deciden alcanzar este objetivo imposible a cualquier precio. La forma más habitual es reducir su comida y/o utilizar métodos purgativos o ejercicio físico excesivo. Aquellas personas que realizan estos comportamientos de forma más asidua tienen mayor probabilidad de desembocar en un trastorno alimentario.

Contexto social tóxico

El deseo de adelgazar no siempre ha estado presente en la sociedad.

La delgadez como ideal de belleza ha sufrido diversos vaivenes a lo largo de la historia hasta mediados del siglo XX en que este ideal se estabilizó de manera permanente hasta nuestros días. Desde el siglo XIII al XIX, la gordura era considerada atractiva, indicativa de mayor status social. A partir de la segunda década del siglo XX, debido a una mayor disponibilidad de alimentos, este ideal comienza a cambiar hasta la consideración actual de la delgadez como un signo de superioridad social. Al mismo tiempo, empieza a popularizarse la realización de ejercicio físico y la ropa que se utiliza para estos fines es cada vez más ajustada, permitiendo mostrar más el cuerpo.

Al identificar delgadez con éxito profesional y sentimental, belleza, juventud, buena salud y fuerza de voluntad, nuestra cultura ha ido gestando, a través de los mensajes transmitidos por los medios de comunicación de masas, un cambio profundo del concepto de ideal físico al que se debe aspirar. Este cambio en los patrones de belleza y la reducción de la valoración personal con forma corporal ha supuesto, en un comienzo, un enorme perjuicio para las mujeres ya que se les transmite que, para ser queridas, valoradas, exitosas, necesitan tener un cuerpo irrealmente perfecto. Actualmente, la preocupación se ha extendido a los varones, que han visto como en los últimos años del siglo XX y primeros del actual, se les exige un incremento progresivo de la masa muscular para ser considerados sanos, fuertes y exitosos. Patrones corporales como éstos están provocando una baja autoestima entre la mayoría de los chicos, que, por comparación, se sienten en-

clenques e insignificantes. Su inseguridad está siendo capitalizada para promocionar el ejercicio físico abusivo, el empleo de dietas desequilibradas y el consumo de esteroides anabolizantes.

El impacto de los medios

Un buen reflejo de esta transformación se encuentra en el cambio espectacular de los patrones de belleza femenina y masculina de los anuncios y las revistas de moda. Hombres y mujeres se ven desbordados por mensajes publicitarios que generan una inseguridad desmedida ante la posibilidad de que el cuerpo adquiera una forma y/o un peso por encima de los cánones impuestos. Niñas/os y adolescentes han dejado de ver una variedad de formas corporales normales con las que sí podrían identificarse, y se encuentran con un ideal inalcanzable incluso para las propias modelos que lo encarnan. La industria del cine también ha contribuido a potenciar el ideal de delgadez al elegir estrellas cada vez más delgadas para compensar el hecho de que las cámaras tienden a "engordar". Por su parte, los diseñadores eligen, para lucir sus prendas, a modelos extremadamente delgadas por considerarlas más elegantes. Incluso las muñecas exhiben cuerpos de delgadez extrema.

El contagio de los anuncios televisivos y los comentarios que flotan en el ambiente llegan a tales niveles que instan a obsesionarse por la gordura en unas edades y con una intensidad completamente impensable hasta ahora. Existen niñas y niños de seis años que dicen estar gordos y

se niegan a comer, buscando ya en la apariencia delgada la solución a sus problemas escolares y afectivos.



El trabajo realizado actualmente para que los medios presenten imágenes reales y diversas de personas que están sanas y muestran una buena autoestima basada en sus cualidades, ayuda a incrementar el número de personas que se sienten bien como son y reduce potencialmente el desarrollo de TCA.

Control, control, control

Si a ello se une que nuestra sociedad da un gran valor a ser una persona con control, la incitación para que muchos jóvenes inseguros intenten conseguirlo mediante la eliminación de cualquier conducta espontánea y la supresión del deseo, está servida. El adolescente, que necesita para su desarrollo -como forma de aprendizaje

básico- experimentar y cometer errores, se constriñe evitando el desenvolvimiento de su sentido de responsabilidad. El sometimiento a los patrones propuestos por los adultos genera una doble vulnerabilidad a los TCA:

■ El/la joven anoréxica logra “independizarse” del control externo de su espontaneidad mediante el control férreo, pero decidido por él/ella, de la comida.

■ El aburrimiento de una vida monótona, de la que no se espera la mínima sorpresa, se compensa con el sabor de la comida en el descontrol temporal y secreto de la dieta.

Discriminación por el peso

La predisposición hacia el desarrollo de un trastorno alimentario aumenta si el chico o la chica han recibido un trato vejatorio por su aspecto corporal. La sociedad “sana” proyecta una gran crueldad hacia los individuos con sobrepeso o cualquier otra diferencia corporal o étnica, dejándolos sin capacidad para alimentar su autoestima. Cuando una chica o un chico han sido insultados, se han reído de ellos o han recibido motes por el peso o volumen que tenían en su infancia y/o pubertad, se ocasiona una impronta tan intensa en su mente, que estas burlas le acompañarán posteriormente en todas las situaciones de la vida.

La inseguridad por su aspecto aparecerá en entrevistas de trabajo, citas con el otro sexo, excursiones a la playa, etc. Interiormente se odiará, odiará su cuerpo y su vida. Y se aislará o buscará en la consecución de la delgadez la autoestima deseada.

La comida como evasión

Por otro lado, la sociedad occidental que se caracteriza por la superabundancia de alimentos concede una excesiva importancia a la comida como respuesta, no sólo al hambre física, sino también al hambre espiritual y relacional, resultado de planteamientos existenciales constreñidos y superficiales.

Esta circunstancia ha hecho que muchas personas que tienen un desarrollo deficitario de las habilidades asertivas y de resolución de problemas (emocionales/relacionales), sin ser conscientes de ello, utilicen la comida para manejar los estados anímicos negativos y el estrés relacional. La aculturación alimentaria, producto de la copia de formas de vida supuestamente más prestigiosas, genera nuevos hábitos alimentarios incorrectos, especialmente si se desea seguir una dieta rígida y drásticamente restrictiva para controlar el peso y asemejarse corporalmente a los modelos impuestos.

Factores personales

Ahora bien, dado que no todas las personas expuestas a este contexto social tóxico desarrollan una patología alimentaria, es necesaria la confluencia e interacción con otros factores personales psicológico-familiares. Las personas con mayor sensación de ineficacia y malestar en las relaciones interpersonales; aquellas que dependen en exceso de las opiniones externas y que eliminan toda suerte de emociones e imperfecciones, son las más vulnerables. Otros factores como la obesidad familiar, la

impulsividad y las alteraciones del estado de ánimo, favorecen igualmente esta interacción.

Adolescencia y desarrollo personal

Los adolescentes, que por su edad tienen una imagen corporal aún poco definida e inestable, son la población más sensible a la manipulación social al tratar de establecer su identidad personal. Son proclives a definirse comparando su apariencia física con la de los otros, y no poseen los recursos psíquicos necesarios para defenderse de tamañas ficciones publicitarias. La mera exposición a la lectura de una revista de moda o el hecho de escuchar comentarios sobre lo guapas que son las modelos, o el tipazo del chico del anuncio de bebidas, dispara el proceso de comparación, en el que, todavía débiles, siempre salen mal parados. Esto influye negativamente en su auto-imagen, en su estado de ánimo e, incluso, provoca distorsiones en la percepción de su volumen corporal. La sombra del trastorno aparece en el horizonte mental de la chica cuando una idea salta casi instantáneamente como una forma de contrarrestar esos sentimientos: “Tengo que adelgazar”. En el chico, la sombra del trastorno se deja ver en este mismo deseo de estar delgado o por contrario, cuando se propone llegar a tener unos músculos inalcanzables.

La exaltación de la delgadez como el principal valor relacional anula los aspectos más sustanciales de la persona fomentando, no solo la importancia de la apariencia externa en el desarrollo personal, sino también la competitividad. Las relaciones de amistad entre chicas

quedan impregnadas de toda esta ideología. La chica que adelgaza se siente mejor, entre otras cosas, porque logra de todas las que le rodean (compañeras, amigas y allegadas) su admiración y su atención, pero también su envidia. El refuerzo social que obtiene en los primeros momentos es tan inmenso (a la apreciación estética de la delgadez conseguida se añaden los valores positivos que se suponen propios de esa condición), que por sí sólo propicia el desarrollo de los trastornos alimentarios.

Durante un tiempo, a esta joven que adelgaza y logra mantener la delgadez se le recubre con las cualidades más deseables en esta nuestra cultura del éxito y la competición. Se le supone poseedora de un nivel de inteligencia elevado, de una gran autodisciplina y de la capacidad de acceder a los atributos de la clase social alta. Esto ha generado una actitud trágicamente favorable al trastorno anoréxico e impide crear un espacio social que favorezca tanto la acción preventiva como la curativa.

Identidad personal

Parte de la predisposición a los trastornos alimentarios se genera y adquiere en la infancia cuando las necesidades físicas y emocionales no han sido satisfechas de forma apropiada. La crianza y el proceso de socialización recibidos determinan una fragilidad psíquica en el niño/a que hará más fácil el desarrollo futuro de cualquier tipo de patología.

Se sabe, por ejemplo, que los padres excesivamente protectores dificultan el desarrollo de la conciencia interoceptiva (percepción

de las señales corporales) de sus hijos, siendo ésta necesaria para discriminar sus sensaciones, pensamientos y emociones, e integrar adecuadamente su imagen corporal, componentes básicos de su identidad futura. En la pubertad, esta chica que se encuentra con sensaciones, deseos y retos externos desconocidos que la hacen sentirse indefensa, frena, mediante la restricción alimentaria, su desarrollo corporal, y encuentra en la enfermedad anoréxica la sensación de control y seguridad que necesita frente a un futuro incierto que no sabe cómo abordar. Por eso, el trastorno ha sido denominado, por algunos autores, “Síndrome de Peter Pan”.



La posición opuesta predispone, igualmente, a la patología. Por ejemplo, algunos padres establecen una relación emocionalmente distante con sus hijos, pensando que así favorecen su fortaleza psíquica, y no atienden suficientemente sus necesidades emocio-

nales y físicas, o esperan demasiado para atenderlas. Sin saberlo, exhortan a la niña a no escuchar ni tomar en consideración las señales que le llegan de su interior y la inducen a considerarse alguien insignificante y sin valor. La fragilidad psíquica adquirida limitará sus posibilidades de maduración, dificultando un tránsito adecuado a la adolescencia y la edad adulta.

En este entorno deficitario, por exceso o por defecto, a algunas chicas el control de la dieta les sirve para paliar las deficiencias de autorregulación interna y les proporciona la estructura que necesitan desarrollando un trastorno anoréxico. A otras, la comida les proporciona la sensación afecto y cariño de la que han carecido y desarrollarán un trastorno bulímico.

Cambios corporales durante la pubertad

Algunas niñas inician el trastorno al no poder asumir los cambios corporales de la pubertad, especialmente si aparecen de forma prematura. Y algunos varones inician el trastorno si los cambios corporales -crecimiento, aumento de la musculatura- tardan en aparecer.

Personalidad

Algunos rasgos de personalidad hacen vulnerable al desarrollo de la anorexia porque el trastorno facilita la evitación de situaciones vitales y sociales angustiosas. A las personas con anorexia se las ha definido como introvertidas, tímidas, emocionalmente inmaduras, irritables, hostiles, manipuladoras, socialmente ansiosas, excesivamente dependientes de la familia, con una enorme necesidad de aprobación externa, competitivas,

autocríticas. Algunas de estas características estaban antes del trastorno: necesidad de aprobación, tendencia a la conformidad, obsesiones, falta de responsabilidad hacia las necesidades internas, control y disciplina escolar y posiblemente, aunque atenuadas, persistan después de su recuperación.

Aspectos cognitivos

Las peculiaridades en la forma de pensar ya sean leves o severas, pueden ser un factor de riesgo para el desarrollo de alguno de los trastornos de la conducta alimentaria, por su intervención en la maduración emocional y física, la creación y mantenimiento de relaciones interpersonales, el sentimiento de autonomía y una apropiada autoestima.

Algunas de las características del estilo cognitivo personal son distorsionadas y afectan la manera de sentir y actuar. En las personas que padecen un TCA se han observado algunas creencias irracionales consistentes que instan a realizar las conductas patológicas e interfieren el proceso de cambio. Algunas han sido mencionadas en el capítulo anterior, otras son las que indicamos a continuación:

■ **Pensar con los propios sentimientos:** se puede pensar que algo es cierto porque el sentimiento es muy intenso, ignorando las pruebas que orientan hacia una realidad contraria. Las emociones son convertidas en pruebas de realidad: “me siento gorda, así que debo serlo”.

■ **Uso de etiquetas:** Una persona puede atribuirse un calificativo e identificarse con él. Estos califica-

tivos suelen ser globales y habitualmente de carácter negativo: “soy una perdedora”.

■ **Filtrado de lo negativo:** todo aquello que pueda ser considerado positivo es relegado a un plano de menor importancia, minimizado o negado, destacando lo negativo: “no importa que yo sea simpática e inteligente, lo único que importa es el tamaño de mis caderas”.

■ **Personalización:** se considera que las reacciones de los demás, sus estados de ánimo, lo que dicen, están determinados por el que personaliza: “cómo no van a dejarme si soy una gorda”, “mi padre estaba ayer muy triste, yo sé que era por mí, porque hace días discutí con él”.

■ **Generalización:** se establecen conclusiones globales a partir de observaciones o acontecimientos únicos: “el otro día lo pase mal con mi amiga, ya nunca volveré a llevarme bien con ella”, “si hoy no he podido controlar mi hambre, siempre será de la misma manera”.

■ **Catastrofismo:** Se exageran los aspectos negativos de un acontecimiento o circunstancia, sin contemplar otras alternativas. “He aumentado 300 gramos de peso, la vida ya no merece la pena”.

■ **Comparaciones injustas o parciales:** mediante la comparación con el más alto estándar de lo comparado, la persona se siente siempre inferior. “Nunca podré ser como las modelos de las revistas”, “quisiera tener el pecho de fulanita, las caderas de menganita, el dinero de tal y la cultura de cual, nunca podré tenerlo todo, no valgo nada”.

Desde el punto de vista del procesamiento de la información, vuelve a una forma de pensar infantil, con una capacidad de abstracción muy mermada.

Factores genéticos-biológicos

Los modelos de vulnerabilidad a los TCA actuales integran los factores genéticos y las experiencias tempranas de la vida con los aspectos sociales y personales. Se supone que estos factores generan una determinada susceptibilidad para mostrar una respuesta inadaptada al estrés crónico. Esta respuesta está mediada, entre otros fenómenos, por un incorrecto funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal. En presencia de determinados factores de estrés, la respuesta de afrontamiento realizada por este eje es errática lo que determina una pérdida del equilibrio nutricional.

Predisposición genética

Los estudios familiares y gemelares parecen indicar que existe un riesgo incrementado de padecer anorexia o bulimia si tienen familiares que padecen estas enfermedades.

No existe ningún gen único que sea responsable del surgimiento de una anorexia o una bulimia, más bien, serían múltiples los genes que contribuirían a la transmisión genética de determinadas características que participarían en suscitar una mayor vulnerabilidad al padecimiento de los trastornos de

la conducta alimentaria, entre otros aquellos que participan en la codificación de mediadores de la regulación del equilibrio nutricional o en la presentación de determinados rasgos temperamentales. Los datos al respecto son todavía inciertos para exponerlos con seguridad.



Las dietas

Hacer dieta predispone a padecer un TCA, tanto más cuanto mayor sea su duración e intensidad, debido al impacto que tiene en los procesos de regulación biológica de nuestro organismo:

- Se elimina la percepción de hambre y saciedad. Seguir una dieta supone aprender a no hacer caso a las señales internas del organismo, generando confusión y miedo a excederse en la ingesta, lo que lleva a reforzar el control sobre lo que se come.
- Altera la sincronía de las estructuras cerebrales encargadas del control de la ingesta y del mantenimiento del peso corporal en torno a un valor de referencia llamado “punto de ajuste”. Este

mantiene el peso corporal estable pero con una variabilidad totalmente normal.

■ Si la restricción en el consumo equilibrado de alimentos se mantiene en exceso, puede producir una desorganización general del individuo generando alteraciones físicas, cognitivas y emocionales: trastornos gastrointestinales, incremento del sueño, sensación de estar mareada, dolor de cabeza, aumento de la sensibilidad al ruido y a la luz, descenso del control motor, pérdida de fuerza, pérdida de pelo, intolerancia al frío, manos y pies helados, edemas. Cambios en la grasa corporal y en la musculatura; preocupación obsesiva por la comida, pérdida de interés por otras actividades, dificultades de concentración y descenso de la comprensión y el juicio; tristeza, apatía, aislamiento social, labilidad afectiva con irritabilidad y episodios de agresividad.

■ La restricción alimentaria es el factor de riesgo inmediato más evidente en la anorexia nerviosa. Aunque ignorado de forma sistemática por los/las pacientes, ésta puede conducir también a un trastorno bulímico o, al menos, a la aparición de síntomas bulímicos.

Factores familiares

Además de las relaciones familiares relatadas en el capítulo anterior, existen otros factores en el ambiente familiar que propician la aparición de los trastornos alimentarios.

Importancia de la apariencia en la familia

En muchas familias la apariencia

ocupa un lugar privilegiado y el buen aspecto externo se ha convertido en sinónimo de superioridad. Los recursos psíquicos y económicos de estas familias se dedican a conseguir que los demás les vean siempre bien y les admiren, sin pararse a pensar si realmente se sienten bien o mal. Por ello, y probablemente sin darse demasiada cuenta, realizan comentarios muy negativos ante cualquier mínimo “defecto” corporal de las personas. Un clima familiar semejante genera que los hijos crezcan con un miedo a engordar muy intenso. Al llegar a la pubertad, este miedo entorpece la aceptación del aumento de peso consustancial a esta etapa, que es un ingrediente básico para el crecimiento posterior.

Los padres que han generado esta vulnerabilidad en el seno familiar deben entender estos procesos pero no por ello sentirse culpables, sino víctimas de los valores sociales dominantes.

Tomar conciencia de sus actitudes hacia el cuerpo será el primer paso para promover la prevención de los trastornos o la recuperación.

Aculturación alimentaria

Aspectos tradicionales, como sentarse a la mesa para comer o cenar en familia y el uso de la dieta mediterránea están desapareciendo de las casas españolas. El cambio en los hábitos familiares ha favorecido la utilización inapropiada de la comida y el desarrollo de trastornos bulímicos. La ausencia

de una persona que se responsabilice de los horarios de comida (un papel tradicionalmente atribuido a la madre y ahora muy desdibujado y sin claras alternativas), dificulta que en muchos casos se adquieran unos hábitos de alimentación adecuados.

Conciliación de vida laboral y familiar

En íntima relación con el punto anterior se encuentra la vulnerabilidad producida por jornadas laborales largas y extenuantes. Debido a su horario laboral, los padres van siempre con prisa, salen temprano y llegan muy tarde, sin tiempo para estar en casa. Las consecuencias más negativas de esta situación son que se prescinde de preparar el desayuno de los niños y de acompañarles mientras lo toman, y que no pueden recibirlos cuando vuelven por la tarde del colegio o del instituto. Muchos suelen ir a clase habiendo tomado un desayuno irrisorio y solitario o bien van al colegio sin desayunar, con el encargo de comprarse algo por ahí para comerlo luego.

socializada que le llene el cuerpo y el espíritu. La merienda se reduce a una mera ingesta física en soledad, con la única compañía de la nevera.

En estos casos, la vulnerabilidad a la anorexia o la bulimia vienen tanto de la ausencia de una alimentación estructurada, como de la ausencia de un afecto relacional expresado. El niño/a, el adolescente, no aprende la importancia que tiene comer para rendir bien en el colegio o aprende a sustituir la ausencia de sus padres por la comida, y ambas circunstancias propician el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario. Además, con esta forma de vida, los padres pierden la posibilidad de observar y detectar qué están haciendo sus hijos con la alimentación y para cuando se quieren dar cuenta, el trastorno está instaurado.

Problemas alimentarios de allegados y amigos

Que las personas muy cercanas a el/la niña o adolescente estén a régimen o hagan dietas especiales, es uno de los mayores factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno alimentario, debido a su efecto de contagio.

Esto no significa que si un familiar tiene sobrepeso deba seguir con él, pero tiene que considerar muy cuidadosamente cual será la mejor manera de afrontar

tarlo sin perjudicar a los de su alrededor. No debe olvidar que su hija/sobrina/nieta ve lo que hacen sus familiares, toman buena nota de ello y les imitan.



Después, la prolongación de las horas de trabajo hace que estén ausentes cuando el/la hija vuelve del colegio y que ésta carezca de la posibilidad de una comida

En ocasiones, la obsesión de la madre por adelgazar es tan intensa que insta a la hija a realizar una dieta a dúo con ella.

Algunas madres/padres siempre tienen a dieta a la familia, bajo la excusa de que hay que comer sano -ortorexia-; exige o atormenta a los hijos para que coman lo que ella/él dice. La comida sabrosa, bien cocinada, los caprichos alimentarios, las chucherías, son extras que raramente se permiten. Negar de forma rígida los componentes no nutricionales de los alimentos, produce unas carencias gustativas y olfativas que necesitarán satisfacerse en el futuro, generalmente en forma de comida compulsiva y excesiva.

Eliminación/fingimiento de emociones negativas

En aquellas familias en las que se teme el surgimiento y la expresión de emociones negativas, ya que suelen ser percibidas como una amenaza para la integridad mental, los hijos crecen carentes de recursos expresivos y pueden buscar en cualquier sustancia -alcohol, drogas, comida- una forma de anular/dominar lo que sienten. La hija que desarrolla una anorexia es la que ha cumplido esta inhibición emocional a rajatabla. Cree que para que se la quiera tiene que sentir y actuar de acuerdo a lo que se espera de ella, aunque esto implique anular o fingir sus emociones y hacer lo que no le apetece. La niña o joven que se ve desbordada por sus emociones, busca en la comida una forma de derivar el descontrol a otro terreno más inicuo y así, templar la tur-

bulencia de su conflicto interior desarrollando una bulimia.

Factores desencadenantes

Los cambios

Los trastornos de la conducta alimentaria suelen iniciarse en el contexto de un cambio vital: cambio de colegio, instituto; inicio de la universidad o de la vida laboral; cambios en el domicilio; de amigos; separación de pareja... esto es, situaciones que suponen una mayor responsabilidad o un nivel de madurez que la persona no tiene. El cambio más común es la pubertad, que implica hacer frente a una serie de cambios corporales y se producen los primeros acercamientos sexuales.



Además, existen otros cambios que sitúan a algunas personas en situación de riesgo: el estrés producido por el cambio de vida y las nuevas responsabilidades de

la joven que contrae matrimonio puede desencadenar un TCA si tuvieron ciertas dificultades con la comida durante su adolescencia; pero no fueron lo suficientemente graves como para desembocar en un cuadro clínico.

La soledad del ama de casa cuando los hijos se hacen mayores puede desencadenar trastornos alimentarios si tiende a usar la comida como entretenimiento y evasión. En la mayoría de los casos, la situación se ha ido gestando durante años de vida sedentaria que le han producido un exceso de peso. Algunas de estas amas de casa pueden encontrarse con que llevar pautas de vida más saludables que incluyan adelgazar, iniciar actividades fuera y aumentar el ejercicio físico les llena la vida, lo que termina en obsesión.

Personas de mediana edad, entre los 35-60 años, inician dietas para perder peso pensando que así adquieren un aspecto más joven. En este objetivo encuentran algo con que llenar ilusoriamente el vacío de una existencia que se les ha escapado y creen que así podrán recuperar.

Comentarios de personas relevantes

Son factores muy perjudiciales e inducen a muchas chicas a iniciar el trastorno, los comentarios de los entrenadores físicos -gimnasia, patinaje, natación, ballet, etc.- acerca de la necesidad de tener un cuerpo delgado para destacar, triunfar o vencer en las pruebas de competición o exhibiciones artísticas. O los comentarios opuestos acerca de la falta de habilidades de alguna alumna co-

mo consecuencia de un cuerpo con el más ligero sobrepeso.

La operación “Bikini”: los comentarios sobre el cuerpo y la ropa cuando se acerca la temporada primavera-verano y las conversaciones sobre cómo van a eliminar la celulitis; la exaltación de las intervenciones quirúrgicas; inducen a muchas personas a iniciar dietas “milagrosas”.

La influencia de los compañeros: contagio escolar-seguridad relacional

La presión para hacer dieta, de las compañeras del colegio o de algún equipo de deporte, es una situación de alto riesgo en una etapa -inicio de la adolescencia- en la que la influencia de los iguales adquiere un gran peso en la toma de decisiones. En esta etapa suelen existir en los colegios algunas chicas perversas que inducen a otras chicas -las más vulnerables- a hacer dietas que ellas nunca harán. Se apuestan conductas restrictivas: “no comer la merienda”, “no desayunar”, y se desprecia a las que parecen no lograrlo. La inductora miente y no restringe, la vulnerable, que desea ser aceptada por la prestigiosa, lo consigue y desarrolla el trastorno.

Las informaciones supuestamente preventivas de ciertas charlas escolares sobre alimentación sana, pueden inducir a eliminar la grasa de la comida familiar. Esta información, adquirida sin filtro, puede ser interpretada de forma excesivamente radical y al comparar lo aconsejado con lo que comen habitualmente en su casa, llegar a la conclusión de que no es una comida sana, decidiendo cumplir a rajatabla lo aprendido.

Situaciones de evaluación

Los exámenes. El estrés que produce la evaluación y la perpetua sensación de ineficacia de las personas vulnerables, hace que bastantes casos de anorexia y bulimia nerviosa surjan en época de exámenes. Además, muchas jóvenes inician sus atracones preparando exámenes al utilizar la comida como gratificación compensatoria.

Haber sido víctima de abusos

Haber tenido experiencias sexuales no placenteras. Algunas personas tras una experiencia sexual no deseada inician un trastorno purgativo que puede desembocar en una anorexia o en una bulimia. Otras sienten tanto asco hacia su cuerpo y sus sensaciones, que tratan de eliminarlo, castigarlo, como forma de olvidar la situación de abuso vivida.



Inicio del problema y detección precoz.



No todas las preocupaciones referidas al peso y las dietas son suficientes para diagnosticar la presencia de una anorexia nerviosa.



Para que un trastorno de la conducta alimentaria no se asiente de forma permanente es primordial detectarlo con prontitud. Sin embargo, la posición persecutoria, fruto de una ansiedad extrema, puede ser aún más perjudicial que la tardanza en percibirlo pues genera en el potencial paciente un afán de lucha que le hace muy refractario al tratamiento. Por ello, los familiares y allegados deberán adquirir el conocimiento de los primeros síntomas para detectar la patología rápidamente pero también tendrán que aprender la mejor forma de abordar estos problemas, evitando una confrontación en la que ellos, si no lo hacen bien, siempre acabarán vencidos.

Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa no se presenta con la misma gravedad en todas/os las/los pacientes. Ni todas las preocupaciones referidas al peso y las dietas son suficientes para diagnosticar la presencia de una anorexia nerviosa. La identificación temprana no siempre es fácil ya que algunas preocupaciones características de la anorexia son muy frecuentes en nuestra sociedad y no todas las particularidades de la patología se manifiestan en el inicio del trastorno.

¿Cómo pueden, los familiares saber si deberían pedir ayuda profesional? Proporcionar a la familia ciertas claves para facilitar la detección precoz y una intervención terapéutica temprana requiere la conjunción de conocimientos y actitudes.

Perfección extrema

Los primeros signos de un tras-

torno anoréxico aparecen en el ámbito de lo personal. La entrega y perfección que siempre ha tenido la/el hija/o más obediente y dócil aumentan llegando a convertirse en el miembro ideal de la familia: todo lo hace bien, es disciplinada/o, correcta/o, obediente, sensible. De forma simultánea el rendimiento académico se torna más brillante, si es que eso es posible y los resultados académicos, ya de por sí muy buenos, se hacen extraordinarios. Estos logros le generan las alabanzas de todo su entorno familiar y escolar, adquiriendo fama de persona muy trabajadora y “formal”. Para no perder este refuerzo, ocupa gran parte de su tiempo estudiando y disminuye su tiempo de ocio y descanso.

Dietas

Paralelamente, aunque aún puede pasar inadvertida, la persona que desarrolla una anorexia toma la determinación de perder peso e inicia una dieta. La restricción puede parecer similar a la que realizan muchas otras personas normales preocupadas por el peso, pero una visión en profundidad resalta algunas particulares que ayudan a diferenciarlas.

Diferencias entre las dietas de una persona normal y de una persona con riesgo de desarrollar una anorexia nerviosa:

■ **A.** Es *poco probable* que una persona desarrolle una anorexia nerviosa, a pesar de que quiera perder unos kilos para entrar en el bañador o esté algunos días comiendo menos pan o se niegue a comer dulces, si:

- a. Trata de hacer dietas y las abandona a los pocos días.

b. Es capaz de descansar y “pierde el tiempo” con las amigas.

c. Sabe exponer sus ideas discrepantes o protestar ante lo que le parece injusto, sin que esto le ocasione una culpa excesiva.

■ B. Es *muy probable* que ya haya sido atrapada por el trastorno si:

a. Hace una dieta de manera implacable que no rompe ante ningún evento o situación: cumpleaños, Navidad, Fiesta de fin de curso, etc.

b. La dieta se hace más estricta a pesar de que ya ha perdido los kilos que se había propuesto al comenzar a restringir.

c. Al perder peso la admiran por su delgadez y ella adquiere un aspecto triunfante.

d. Deja de exhibir su delgadez porque alguien le ha comentado que está excesivamente delgada y ella se enfada y lo niega.

e. A partir de ese momento comienza a enmascarar su cuerpo vistiendo ropas anchas y superpuestas.

Cambios en la forma de comer

Según va teniendo éxito en su dieta, limita los alimentos que ingiere -pan, dulces, fritos-, y la forma de comer cambia. Come lentamente, trocea la comida en pequeños pedacitos y la esparce por el plato; la aplasta sobre el plato, mueve las comidas de un sitio otro en el plato, deja comida en los bordes, etc.

Es especialmente significativo que se ausente de la comida familiar con diversas razones, todas ellas aparentemente coherentes: “cene fuera”, “me tomé un pincho en clase”...; y, niegue su delgadez: “estas perdiendo peso... pues yo como”.

Los cambios más habituales respecto a la comida se describen en la tabla siguiente:

Colecciona y almacena toda clase de alimentos.
Dedica períodos largos de tiempo a leer libros de cocina y la sección dedicada a dietas de las revistas.
Consigue (recortar, coleccionar etc.) dietas en libros y revistas y las atesora.
Presta atención/vigilancia a lo que se va a comer en la casa.
Supervisa la necesidad de alimentos de la casa: despensa o nevera.
Programa, decide y realiza la compra de la familia.
Prepara la comida familiar.
Cocina comidas “especiales”: tartas, bizcochos..., que nunca prueba.
Cuida la alimentación de otros miembros de la familia: padre, hermanos, animales de compañía.
Elige alimentos bajos en calorías excluyendo cualquier otro.

Entra con la familia en pastelerías aparentando desear comer. El acompañante come y ella sale sin haber comido nada.
Se levanta de la mesa durante la comida. Va muchas veces a la cocina. Sustituye a la madre para ir a por los otros platos.
Lava la comida en el grifo; seca la grasa con servilletas o papel de cocina.
Oculto la comida debajo de la mesa, del plato, en los bolsillos.
Si tiene que comer en la mesa con todos, la comida se le cae, estropea, estruja.
Tira comida por el “servicio” o por la ventana o aparece en la basura.
Come de pie.
Utiliza muchas especias y toda clase de condimentos.
Guarda comida en lugares inapropiados: armarios, debajo de la cama, cajones.
Reacciona con irritación cuando se cambia la hora de las comidas, aunque sean unos pocos minutos más temprano o más tarde de lo habitual.
Reacciona con malestar y discusiones por pequeñísimas cantidades de comida.
Consume chicles de forma excesiva y continuada.
La duración de los tiempos de comida son muy largos y come muy lentamente.

Realiza una ingesta excesiva o una restricción total de líquidos. (bebe mucho agua o no bebe agua).
Bebe muchas bebidas bajas en calorías.
Prefiere comer sola. Evita comer con otros diciendo que lo hará luego.
Es incapaz de tolerar acontecimientos no planificados que impliquen comida.

Con el objetivo de conseguir la pérdida de peso deseada y mantenerlo bajo su control la persona que ha desarrollado una anorexia realiza otras conductas típicas:

Se pesa varias veces al día, o después de cualquier comida.
Hace ejercicio excesivo, especialmente después de comer: pasear, correr, subir escaleras, nadar, bicicleta, etc.
Realiza movimientos continuos: flexiones de piernas, bicicleta, mientras está sentada.
Hace cosas que impliquen ejercicio: tareas de casa, deporte; o está de pie en situaciones inhabituales para ello: tareas del colegio, ver TV, leer, comer.
Desarrolla rutinas diarias muy rígidas: horarios, planes, sin posibilidad de introducir ningún cambio, para sentirse segura.
Se viste con ropa muy amplia para ocultar la delgadez.

Utiliza muchas ropas, unas encima de otras para preservarse del frío.

Incrementa las actividades extraescolares: estudio de varios idiomas, danza, gimnasia...

Tiene dificultades para conciliar el sueño y/o se despierta muy temprano.

A estas conductas hay que añadir las transformaciones psicológicas ya que son esenciales para el diagnóstico del trastorno, especialmente la llamada “actitud anoréxica”, que implica la necesidad de control y coherencia con sus conductas patológicas. Para mantener su control adopta una actitud perfeccionista, debiendo hacer todo al pie de la letra. Valora las virtudes asociadas al “ascesismo”, fuerza de voluntad, estar en forma. Desarrolla rituales y obsesiones en otras áreas tales como la limpieza. Para conseguir esta coherencia se niega a sí misma y a los demás el hambre que pasa, la fatiga que siente o las complicaciones físicas secundarias al trastorno. Su delgadez extrema le hace sentir una alegría y sensación de fuerza ficticia que no logra mejorar la opinión real que tiene de sí misma, aislándose de la gente. Pronto este aislamiento se extiende a todos los ámbitos de su vida: evita salidas, celebraciones, fiestas y pierde sus amistades.

Debido a la culpa que le ocasiona lo que hace, intenta ayudar a otros: ayuda a otras personas enfermas, voluntariado; incrementa el interés hacia temas del hambre del tercer mundo y se relaciona mediante el sometimiento y una docili-

dad aparentes, sin expresar sus verdaderas opiniones.



Bulimia nerviosa

Los primeros momentos del trastorno bulímico son difíciles de apreciar ya que tanto la comida que realiza delante de los demás como la apariencia corporal del/la paciente son “normales”. Debido a sus conductas purgativas presenta durante un largo periodo de tiempo un aspecto corporal delgado e inmejorable, a pesar de que come en abundancia. No obstante, comienzan a surgir algunos signos en la casa que permiten detectar que algo no marcha bien. En especial, en relación al consumo de alimentos y al uso del servicio. La despensa y la nevera se vacían rápidamente. Se “esfuman” las comidas preparadas para algún miembro de la familia o para todos. Desaparecen los paquetes de galletas, los cereales y la leche. Otros comportamientos relacionados se detallan en la tabla siguiente.

La comida con otros es normal e incluso algo excesiva.

Come enormes cantidades de manzanas y queso fresco, desnatado o semi-desnatado.
Come muchas “chucherías”, caramelos y chicles.
Aparecen envases de laxantes y envoltorios de “chuches” o comidas preparadas en la basura o en su habitación.
Sale de forma extemporánea sin razón aparente para los demás, para comprar comida.
Se levanta por la noche a comer y los familiares la encuentran en la cocina a horas intempestivas.
Se queja de tener pesadillas y sueños de comida.
Enmascaramiento y soledad: desaparece sin que la familia sepa a donde ha ido o se cierra en su cuarto durante largo tiempo.

Con objeto de eliminar la comida excesiva, el/la paciente bulímico/a realiza comportamientos purgativos que afectan de forma directa a su salud y la ponen en riesgo. Estos comportamientos se reflejan en conductas, acontecimientos en la casa y fluctuaciones de su apariencia corporal.

Va al baño nada más comer.
Se producen atascos en las cañerías. (Vómitos en lavabo, bañera, ducha)
Abre innecesariamente grifos de la ducha, baño, lavabo, o tira frecuentemente de la cadena.

La factura del agua aumenta de forma exagerada.
Usa laxantes, (diarreas frecuentes) y/o supresores del apetito.
Usa diuréticos (consumo agua excesiva/diuresis muy frecuente) Aumenta excesivamente sus gastos.
Dispendio del dinero propio y ajeno: se queda enseguida sin dinero y pide prestamos (generalmente al padre), que no suele devolver.
Realiza robos de comida y/o dinero.
Empiezan a faltar objetos de valor en la casa.
Gasta demasiado en cremas reductoras y masajes.
Apariencia corporal normal o excelente.
Oscilaciones muy bruscas del aspecto corporal, de gorda a delgada.
Tiene ropa de muchas tallas.
Invierte muchas horas en el gimnasio y le preocupa en exceso el modelo de ropa que va a llevar para hacer sus ejercicios.
Compite con las compañeras para llegar a ser la más perfecta en su imagen y su rendimiento.
Tiene una agenda llena de compromisos, pero tiende a cambiar de pareja con frecuencia.

Surge el caos: su conducta desemboca en un descontrol de horarios, de relaciones o actividades. Empieza cosas y no las termina.

Abandona sus responsabilidades: trabajo, citas, exámenes, clases Promiscuidad sexual. Riesgo en el sexo. (embarazo, Sida)

Conductas auto-lesivas: cortes, golpes contra la pared, quemaduras.

Dependencias: abuso de alcohol, otras drogas.

La persona que padece una bulimia sufre igualmente en los ámbitos cognitivo y emocional. Al ser muy insegura necesita la aprobación y admiración de los otros por lo que se comporta de forma complaciente aunque sus verdaderos sentimientos no sean esos. Atormentada por sus hábitos alimentarios, siente tambalear su valía que se determina por el control y la forma corporal. De esta forma, la báscula se convierte en un elemento fundamental y decide si el día que se inicia va a ser “bueno” o “malo”. Debido a la crítica exacerbada de su silueta, trata de cambiar una o varias partes de su cuerpo -nalgas, muslos- no sólo tratando de controlar su comida sino también mediante cremas o cirugía.

Utiliza la bulimia como excusa para eludir responsabilidades y compromisos: “no puedo, tengo bulimia”.

Quejas sobre aburrimiento.

Empeoramiento del trastorno en los periodos vacacionales y fines de semana.

Enmascara su sufrimiento ocultando sus pensamientos negativos con el ciclo atracón-purgación, ya que éste le impide pensar y además le ocupa la mayor parte de su tiempo.

Cambios del estado de ánimo, incluyendo depresión, tristeza, culpa y odio hacia sí misma.

“Sociabilidad” excesiva: cambios muy frecuentes de amigos.

Inestabilidad sentimental. (Cambia de novios con mucha frecuencia).

Peleas y problemas por conductas de riesgo: accidentes Ansiedad inespecífica.

Competitividad en todo lo que hace.

Actitud de superación continua.

Aspectos comunes a ambos trastornos en la detección precoz

Las familias pueden percatarse de estas alteraciones de la imagen corporal -especialmente en las hijas- por algunos de estos indicios:

■ a. La excesiva frecuencia con la que comenta lo gorda que está; los comentarios negativos que reflejen odio a su cuerpo, el deseo de no tener cuerpo, o que tiene miedo a su cuerpo. Puede comentar que sus muslos son deformes

o desproporcionados, que quiere cortarse las cartucheras o las nalgas por verlas muy grandes, que tiene las carnes fofas, caídas; que le es imprescindible eliminar su celulitis.

■ **b.** La atención que prestan a los anuncios de televisión de productos adelgazantes. Si la observan que expresa deseos de adelgazar después de ver u oír un anuncio dedicado a productos adelgazantes. Si ve una película y comenta lo gruesas o delgadas que están las actrices. Comentarios que reflejan la envidia que siente al ver a las modelos en desfiles o anuncios. Percibir que le resultan más atractivas y simpáticas las personas delgadas o comenta que las delgadas son más aceptadas y tienen más oportunidades laborales.

■ **c.** Los comportamientos de chequeo hacia su cuerpo: los padres pueden encontrarla mirándose la tripa y los muslos en el espejo o en los cristales de ventanas y escaparates, principalmente después de haber comido. Esta tendencia a chequear su cuerpo en el espejo también se desencadena después de haber mirado una revista con modelos delgadas; debido a la forma en que alguien le está mirando; porque se esté hablando de otra persona y se refieran a ella como gordita o rellenita; porque le dicen que está mejor o tiene buen aspecto; después de haber obedecido y callado cuando deseaba expresar su opinión; después de haberse comportado de manera excesivamente complaciente o haberse sometido, ya que todos estos comportamientos les hacen sentirse “psíquicamente

gorda”. Al mirarse en el espejo busca directamente ciertas zonas de su cuerpo para evaluar su supuesta gordura.

■ **d.** Se la ve llorar, ponerse muy nerviosa o muy agresiva después de mirarse al espejo. Se la ve pellizcarse zonas del cuerpo para comprobar si tiene grasa. Se sienta apretando el estómago y no soporta que se le hagan arrugas en la ropa que pueda sugerir la posibilidad de tener barriga, estómago o “michelines”. Es posible que ponga las manos encima de su vientre y estómago o se estire el jersey, con el fin de tapar esa zona del cuerpo.

■ **e.** La forma y el tiempo dedicado a vestir. La persona puede dedicar varias horas en decidir lo que se pone, quitándose y poniéndose diferentes prendas. Algunos días se ve tan mal que decide no vestirse y se queda en casa. Muchas compran ropa compulsivamente y otras tienen tanto miedo a verse como están, que se niegan a ir de compras, a entrar en las tiendas o a probarse la ropa. Cuando se sienten mal ven su cuerpo deforme y pueden enmascararlo con ropas excesivamente anchas, sin que se marquen las formas, lo que puede darles un aspecto de desaliño o sobrepeso.

■ **f.** Elige y se pone esa ropa muy holgada u oscura, que no le gusta y a la que considera “ropa de gorda”, pensando que así no se nota el volumen que ella siente tener. Se niega a ponerse pantalones estrechos, cortos, minifaldas, bañador o prendas ajustadas para hacer deporte (mallas y “body’s”). En ocasiones, si han perdido peso y se sienten bien se

acicalan en exceso, poniéndose las prendas y los complementos totalmente conjuntados, sin faltar detalle.

■ **g.** Aislamiento del entorno social: cuando la paciente siente que tiene un físico esplendoroso, es muy proclive a las salidas excesivas. Por el contrario, si ve su cuerpo con el más mínimo fallo, evita cualquier actividad social que exija “vestirse” o en el que exista la posibilidad de compararse con gente. En esta situación le resulta imposible pasar por la calle delante de gente joven, entrar en una cafetería o arriesgarse a encontrarse con alguien conocido. Evita ir al gimnasio porque le da vergüenza utilizar ropa ajustada o tener que utilizar las duchas comunes. Evita ir a la piscina o la playa para no ponerse en bañador. Si se lo logra poner se queda sentada o se pone una toalla si se levanta. No se atreve a pasear en bañador delante de gente, sobre todo si es gente joven.

■ **h.** Gastos excesivos en productos cosméticos y tratamientos para moldear el cuerpo. Las pacientes compran toda clase de cremas reductoras y reafirmantes. Gastan en masajes y técnicas de “esculpir” el cuerpo casi todo

su dinero. Muchas expresan el deseo de hacerse intervenciones de cirugía plástica, llegando a realizarse la liposucción, especialmente de los muslos.



■ **i.** Conductas auto-lesivas. Algunas pacientes se sienten tan mal cuando ven reflejado en el espejo su cuerpo y no les gusta, que llegan a maltratarse verbal y físicamente. La familia puede observar que al mirar alguna foto, visionar un video, en los que a ella le parece que está mas gorda de lo que le gustaría verse o si percibe el más mínimo “defecto” en su cuerpo, se refleja en su cara el disgusto y el rechazo hacia ella con tal intensidad que puede lesionarse dándose golpes o haciéndose quemaduras. Estos comportamientos se exacerban ante un cambio de talla, situación de riesgo que conviene ayudar a manejar.

Tratamiento-intervención.

Dependiendo del tipo de trastorno y del carácter de la persona, la respuesta puede ser diferente, pero la mayoría tiende a negar lo que ocurre.



El objetivo global del tratamiento puede resumirse en la máxima siguiente: es necesario colocar la comida en su sitio tanto física como psíquicamente. Este enunciado implica numerosas intervenciones terapéuticas pero su sencillez puede ayudar a guiar el proceso de recuperación de las personas con TCA y sus familiares, sin perderse.

■ **Situar la comida en su sitio físicamente** implica aprender a comer en cantidad, variedad, lugar, tiempo, ritmo y forma. Tanto la/el paciente como sus familiares tendrán que establecer un horario, relativamente flexible, para realizar sus comidas potenciando que se efectúe alguna comida familiar en la que todos puedan estar relajados y en comunicación positiva. Los adultos responsables de la alimentación (padre, madre o ambos) tienen que ofrecer una comida suficiente, variada y bien cocinada, para que los alimentos ingeridos les proporcionen no sólo los nutrientes necesarios, sino también sabores y texturas que cubran el deseo de olor, sabor y percepción (degustación). El lugar donde se realice la comida tiene que ser, en la medida de lo posible, específico; o al menos que no se coma en el sofá delante de la TV o en situaciones semejantes. Es necesario dejar un intervalo de tiempo entre comidas para que los miembros de la familia lleguen a sentir hambre. Conviene marcar un intervalo de tiempo que no fomente una comida excesivamente rápida o lenta (se sugiere un tiempo máximo de $\frac{3}{4}$ de hora para

las comidas principales, $\frac{1}{2}$ hora para desayunos y 15-20 minutos para los tentempiés). En cuanto a la forma, atañe especialmente al cambio en la manera en que los pacientes se enfrentan a su comida. Tendrán que comprometerse a no trocear la comida en exceso; ni dejarla en los bordes, ni tirarla fuera del plato, ni echar agua, ni quitar la grasa con servilletas, etc.

■ **Situar la comida en su sitio psíquicamente** implica desconectar las asociaciones entre pensamientos, sensaciones corporales, emociones y sentimientos y la comida; bien sea porque decidan restringirla ante ideas de gordura supuestamente presente o futura; bien sea porque deseen comer en exceso y se den un atracón o picoteen sin parar. Igualmente, tendrán que desconectar las asociaciones entre emociones negativas tales como sometimiento, frustración o ira y la sensación de gordura, y ésta con comportamientos compensatorios -ejercicio excesivo y conductas purgativas-. Para conseguir estas desconexiones es necesario saber que cada emoción produce cambios en la percepción que tenemos de nuestra imagen corporal. La sensación de gordura tiene poco que ver con estar gordo/a y mucho con el manejo de las emociones internas. Los sentimientos negativos generan tensión corporal, malestar en la zona del abdomen, percepción de gordura y sensación de alivio inmediato (aunque sea transitorio) con las purgaciones. Por tanto, las dificultades de la familia para aceptar la imagen corporal están relacionadas con los conflictos para expresar sentimientos. Para solventar estos problemas en la familia será necesario que los progeni-

tores resuelvan antes los suyos propios. No pueden ayudar si no saben expresar su propia vida emocional que, en demasiadas ocasiones, ha sido suprimida, distorsionada o descontrolada. Una vez generado en casa un clima de aceptación del mundo emocional de cada uno, sin que ello signifique crítica, traición o riesgo de abandono, los hijos podrán expresar su soledad, dolor, miedo, sin tener que recurrir a la comida. Además, ya que la excesiva importancia que ha podido darse a la delgadez se ha debido, en gran parte, a la presión social directa o indirecta, la familia tendrá que trabajar su propia independencia del medio y apostar por valores más humanos de aceptación, consideración y respeto hacia todos los seres humanos más allá de su forma corporal.

Sin embargo, estos objetivos que parecen claros y sencillos, son complicados de obtener porque la mayoría de los pacientes no quieren ser tratados por miedo a perder el control, engordar, aceptar aspectos de su forma de actuar que no les agrada ver, o simplemente asumir que se equivocaron en su decisión de controlar su cuerpo y su comida. Por otra parte, la excesiva sensibilidad de las personas que padecen un trastorno alimentario les hace muy susceptibles a lo que se les dice y, por tanto, indicarles que necesitan ayuda suele ser una tarea muy estresante y difícil. Este primer acercamiento a la persona enferma es tan relevante que puede determinar el desarrollo del trastorno y la posibilidad o no de tratamiento. Exponemos a continuación algunas de las respuestas más comunes de las familias y

ciertas líneas de actuación que potencian la aceptación de ayuda más fácilmente.

Actitud de las familias ante el descubrimiento de un trastorno alimentario

Cuando una familia se da cuenta de la existencia de un trastorno alimentario en uno de sus miembros, puede adoptar diferentes posiciones: muchos padres niegan o minimizan el problema o esperan que este se arregle solo, sin hacer nada. Otros prefieren pensar que el problema es solamente físico, que sólo necesita ganar peso. Algunos son resistentes a la idea de una psicoterapia y se sienten avergonzados o con sensación de que han fracasado en su tarea de lograr que su hijo sea sano y feliz.



En general, ante un TCA en la familia, se pasa por diferentes estadios emocionales que son similares a los atravesados en un duelo:

■ 1. **Negación:** se minimiza o niega que exista un problema.

■ **2. Enfadado:** se vive como una decisión voluntaria cuya razón no aciertan a comprender: ¿por qué haces esto?

■ **3. Negociación:** puesto que el trastorno se supone voluntario, se le proponen beneficios si abandona su determinación: si dejas de vomitar, te llevo a “Disney”.

■ **4. Depresión:** trascurrido un tiempo sin que sus esfuerzos hayan servido para algo, surgen emociones de depresión y fracaso: “¿por qué no se pone bien?”

■ **5. Aceptación:** se acepta que no pueden solucionar el problema sin ayuda y que la capacidad de recuperación y decisión de trabajar en ello es de el/la paciente.

Confrontación con el hijo/a

Durante estos estados y debido a la gran angustia que produce el descubrimiento de lo que sucede, la forma de hablar al hijo/a puede ser totalmente inadecuada. Unas veces la desesperación lleva a los gritos y las peleas, otras al llanto y las lamentaciones. En ocasiones ambos padres, afortunadamente, se ponen de acuerdo antes de hablar para ver qué y cómo le van a decir lo que observan. Pero, muchas otras, padre y madre se enfrentan, piensan cosas distintas e inician ellos mismos una pelea. Las sugerencias propuestas a continuación ayudarán a paliar las dificultades:

■ **a.** Cuando los padres tienen sospechas de un trastorno alimentario deben mantener una conversación con la/el chica/o *actuando de forma coordinada y con un criterio uniforme* que previamente han consensuado (incluso aunque

estén separados). Ambos deben transmitir su preocupación y señalarle que están abiertos a cualquier cosa que quiera decirles y mostrar su disposición a ayudarle.

■ **b.** *No es recomendable iniciar la conversación a la hora de las comidas.* Hay que esperar el momento adecuado en el que el/ella esté en disposición de escuchar, el clima emocional no esté sobrecargado y no estén otras personas presentes, es decir, preservando su intimidad.

■ **c.** *El tema debe ser planteado de forma directa y clara* explicando los síntomas o actitudes que han observado, por ejemplo: “te hemos escuchado vomitar después de las comidas” en lugar de “pasas mucho tiempo en el baño” y sin juzgar sus sentimientos (“debes sentirte muy infeliz para hacer esto que haces”).

■ **d.** *Escuchar atentamente su punto de vista sin rebatirlo ni entrar en confrontaciones directas o discusiones violentas.* Si la conversación sube de tono e incluso se pasa a cualquier forma de agresión verbal o física, es aconsejable finalizar la conversación y posponerla para otro momento cuando se pueda hablar con calma.

■ **e.** *Evitar dejarse manipular o convencer* por el/la paciente así como realizar acusaciones o insultos, porque necesita el apoyo de su familia.

■ **f.** *Evitar poner normas* (tienes que comer lo que mamá te pone) o tratar de conseguir promesas que no van a poder cumplirse (prométeme que no vas a volver a vomitar).

■ **g.** Proponer la *necesidad de ponerse en tratamiento*. Puede hacerse una aproximación inicial de darle alguna información sobre TCA. Si lo rechaza, se le puede plantear que acuda a la consulta para que todos se queden tranquilos y que un profesional les asegure que está bien. El tratamiento es más efectivo cuando lo decide el/ella. Otra opción es que acudan los miembros de la familia aunque no vaya el/la paciente ya que esto puede despertar la necesidad de ir a defender su punto de vista.

■ **h.** En caso de resistencia, también *puede negociarse un plan para lograr la conducta más aceptable*: “vale, hacemos un trato: accedo a que no vayas a consulta si te comprometes a incrementar lo que comes en las próximas dos semanas, eso sí, si finalizado ese plazo observamos tu incapacidad para cumplir el objetivo, acudirás a la consulta ¿de acuerdo?”

■ **i.** Si el riesgo es elevado porque esta muy delgada/o o pierde peso muy rápidamente o hay mucha sintomatología activa, autolesiones, ideación autolítica o autolesiva, promiscuidad, es necesario pedir ayuda, incluso tramitando un ingreso judicial.

Anticipando su respuesta

Dependiendo del tipo de trastorno y del carácter de la persona, la respuesta puede ser diferente, pero la mayoría tiende a negar lo que le ocurre:

■ Las personas que padecen un trastorno *anoréxico de inicio temprano* niegan tener algún problema, consideran que están gordas

y que deben hacer dieta para perder peso, es decir, no suelen reconocer la necesidad de ayuda porque además, la malnutrición afecta a su capacidad de pensar y sentir. Otras pueden aceptar de buen grado ir al médico por no disgustar a sus padres pero sin que esto signifique necesariamente que acepten el compromiso de ganar peso.

■ Las personas que padecen un *trastorno bulímico o comida compulsiva*, a pesar de que los síntomas pueden permanecer años ocultos, tiene menos dificultad para que reconozcan su problema pero a la vez que reconocen la necesidad de ayuda pueden resistirse a abandonar sus ciclos de atracón-purga.



A pesar de esta negación, la familia debe de buscar ayuda, pedir consulta y forzar para que se acuda a la sesión. A veces esto se facilita si la primera entrevista se realiza para toda la familia. Es posible que la persona con el trastorno anoréxico se ponga agresiva e insulte. Los familiares no deben darse por aludidos ni enfadarse, sino comprender que está asustada y trata de defender su lugar

en la vida. Cree firmemente que no le pasa nada, que está mejor que nunca y no comprende cómo sus familiares la ven enferma.

El proceso de cambio: estadios y procesos

La posición negadora tiene relación con el estadio de cambio en el que se encuentra toda persona que quiere o necesita cambiar. Para que una persona pueda dar un cambio tiene que prepararse para ello, pues éste no ocurre por el solo hecho de desearlo. En el proceso de preparación se atraviesan diferentes estadios que a su vez requieren diferentes intervenciones terapéuticas ajustadas a cada etapa. El cambio se produce de forma progresiva, es decir, se tiene que pasar por los diferentes estadios preparatorios hasta que se llega a la acción transformadora. Si se desestima el momento de cambio o se utilizan técnicas inadecuadas para el nivel correspondiente se corre el riesgo de atribuir la falta de mejoría a la cronicidad del trastorno y no a la utilización inoportuna de consejos y técnicas para ese determinado momento.

■ 1. **Pre-contemplación:** No reconoce que tiene un problema.

■ 2. **Contemplación:** Empieza a aceptar que tiene un problema.

■ 3. **Preparación:** Considera la posibilidad de cambiar y analiza los pros y contras de vivir con el problema.

■ 4. **Acción:** Comienza a dar pasos para cambiar.

■ 5. **Mantenimiento:** Trata de mantener los cambios logrados.

■ 6. **Terminación:** Incorpora los cambios a su vida y desaparece el problema.

Todo tratamiento tiene que tener en cuenta los estadios anteriores y evaluar en qué estadio de motivación está el/la paciente para seleccionar aquellas estrategias que sean más efectivas. Por ejemplo, de poco sirve dar estrategias de manejo de vómitos a un/a paciente que aún no tiene conciencia de tener un problema, es decir que está pre-contemplativo/a, porque no las iba a utilizar. En este caso, lo oportuno es dar información y trabajar la toma de conciencia del trastorno. A veces el uso de estrategias erróneas se genera debido a la precipitación en la búsqueda de resultados. Si la familia y el/la paciente quieren mejorar rápidamente pueden presionar al equipo y derivar en acciones compulsivas carentes de resultados positivos estables que garanticen la recuperación a largo plazo.

Existen otras variables que influyen en la recuperación

Si el/la paciente habla y expresa, tiene capacidad de introspección, es abierto/a a nuevas ideas o conductas, se arriesga a probar nuevos caminos, se ha logrado el 40% del tratamiento. Si además es capaz de tener esperanza y confianza en el proceso que se inicia, se le añade un 15% más de posibilidades de éxito.

La capacidad del terapeuta para lograr empatía, apoyar sin enjuiciar y poseer conocimiento clínico, suponen un 30% en la posibilidad de recuperación. Las estrategias empleadas y el momento en que se aplican dan cuenta del 15% restante.

Evaluación y diagnóstico

La evaluación de un problema alimentario debe abarcar aspectos médicos, nutricionales y psicológicos.

■ El primer contacto puede ser con el médico de cabecera o pediatra para que haga una primera valoración del estado físico del paciente que determine, en base a estos datos y a las actitudes y conductas que la familia ha observado, si realmente se trata de un problema de alimentación, si es necesario o no derivarle a Salud Mental o si el estado físico es alarmante puede tomar incluso la decisión de ingreso hospitalario.

■ Una vez determinado que el problema es un trastorno alimentario, el tratamiento tendrá que incluir la acción médica, nutricional, psicológica y psiquiátrica. Además de los síntomas físicos del trastorno es necesario examinar las diferentes áreas de la vida del paciente (familia, amigos, trabajo, relaciones con otro sexo, etc.) con el fin de detectar las deficiencias de funcionamiento que la persona con TCA puede estar intentando resolver con los síntomas. E igualmente, debe explorarse el nivel de conciencia del trastorno y su capacidad de colaboración activa en la recuperación.

En base a esta evaluación global se determinará la forma de intervención más oportuna, aunque siempre considerando al paciente como un ser integral en el que hay

que cuidar su cuerpo, su mente y su espíritu. El tratamiento integral debe incluir:



■ 1. Una fase de **cuidados y protección**.

■ 2. Una fase de **cooperación** en la que el/la paciente se implica de manera activa.

■ 3. Una fase de **prevención de recaídas y conclusión**.

Los límites entre las tres fases no están nunca totalmente definidos ya que determinadas acciones de la segunda fase pueden iniciarse en la primera y algunos síntomas pueden alargarse durante la fase segunda e incluso en la tercera. La tercera fase debe considerarse un entrenamiento en prevención de recaídas y utiliza muchas de las estrategias propias de la fase segunda e, incluso, de la primera.

Intervención

PRIMERA FASE

Recuperar la salud

Los primeros esfuerzos del equipo

se dedican a identificar los problemas, establecer objetivos y lograr cierta mejoría en la reducción de los síntomas físicos: peso, purgas, atracones, ejercicio excesivo. Consegir recuperar un mínimo de salud requiere que el/la paciente cambie su forma de comer, disminuya sus atracones, descienda o elimine sus comportamientos purgativos y sitúe su ejercicio físico en un nivel saludable.

La forma en cómo se consigan estas metas va a depender de la gravedad de la situación física, de la colaboración voluntaria del/la paciente y de la capacidad de la familia para iniciar algunos cambios en sus rutinas y su estilo relacional. En ocasiones, es necesaria la aplicación de un *programa de aprendizaje operante* que estructure un medio terapéutico, tanto en su casa como en el hospital, si es necesario un ingreso. Este programa operante tiene como finalidad conseguir los objetivos médicos necesarios para salvar la vida del paciente, restituir su salud y recuperar el mínimo nivel nutricional que le permita vivir sin tanto peligro.

Programa operante: para incentivar el cumplimiento de las prescripciones médicas se establece un sistema de refuerzos y un “coste de respuesta”. Los refuerzos son sucesos u objetos que la persona desea. Se debe controlar y facilitar el acceso a ellos asociándolos al logro de una conducta-objetivo, necesaria para la salud del/la paciente. El “coste de respuesta” son sucesos u objetos que el paciente perderá si no se cumplen esos objetivos.

El grado de afectación de la salud del/la paciente va a marcar la ne-

cesidad de ingreso o la realización del tratamiento en régimen ambulatorio. Este, a su vez, puede ser intensivo y en ese caso se realiza en formato de Hospital de Día o puede no necesitar tanta intensidad, y en ese caso se hace de forma ambulatoria en los centros de Salud Mental. Los criterios de ingreso se han establecido por los expertos y nunca pueden depender del deseo de los familiares. Por ello, aunque el/la paciente sea menor de edad, es obligatorio evitar amenazas del estilo: “como no comas te vamos a ingresar”; si vomitas te ingreso” etc. pues hacen creer a la persona enferma que la decisión depende del enfado familiar y no de su gravedad física y/o psíquica.

En algunos/as pacientes menos graves y en estadios iniciales puede ser suficientemente terapéutico dar información sobre los efectos de la dieta, características de TCA y sus consecuencias; y proseguir el tratamiento de forma ambulatoria. En estos casos sería erróneo utilizar técnicas más firmes o introducirlos en grupos donde se contaminan de comportamientos más patológicos. Este tratamiento ambulatorio tiene la ventaja de compatibilizar el proceso de recuperación con la vida familiar y social y con la actividad escolar o profesional.

Si el/la paciente presenta patología asociada como, por ejemplo, depresión o abuso de sustancias hay que tratar también estos síntomas, incluso antes de abordar el TCA.

En pacientes que padecen una anorexia el objetivo primordial es restablecer el nivel nutricional y el índice de masa corporal hasta los

límites saludables. Este restablecimiento puede requerir el incremento de peso hasta un nivel adecuado, pero nunca debe identificarse con “engordar”. De hecho, tiene que garantizarse, dentro de la capacidad de predicción humana, que se le va a enseñar a prevenir la comida excesiva y los atracones de forma que el peso no siga incrementándose una vez adquirido su punto de ajuste biológico.



■ En personas anoréxicas preadolescentes o de inicio temprano, interesa ir directamente a eliminar los síntomas como primera elección -mejoría en su salud, aspectos nutricionales, peso, reducción del ejercicio físico excesivo- ya que para poder trabajar los aspectos psicológicos es necesario tener unos mínimos de salud físicos. Paralelamente, se trabaja con la familia que debe establecer numerosos cambios en la forma de relacionarse; especialmente a través del trastorno.

■ En el caso de pacientes de más edad que durante años han tenido un peso inferior al ideal y la enfermedad es un estilo de vida, es necesaria la terapia individual con soporte familiar. Para estos pacientes el primer objetivo será una re-nutrición progresiva en la que

la ganancia de peso tendrá que ser muy paulatina y limitada. En ocasiones, la duración y gravedad han sido tan grandes que los objetivos serán incrementar su calidad de vida -en aquellas áreas donde presentan deficiencias bien sea en el ámbito relacional, laboral u otras- y mantener un nivel de salud precario que le permita realizar su vida de forma ambulatoria. En caso de descompensación, tendrá que aceptar el ingreso.

En esta fase, el equipo tiene que resolver el dilema generado por la divergencia entre el estado físico y el psicológico. Físicamente, el/la paciente no se encuentra bien, pero psicológicamente sí, puesto que tiene la fantasía de que los síntomas son la forma de solventar todos los problemas que se le presentan y se sienten con más sensación de control y poder. Aceptar ayuda es admitir que su mente le ha engañado; que hizo una elección equivocada; Y para ellos/as, esta aceptación es el fracaso total de su existencia. Es renunciar a todo aquello que les dio sentido y autoestima en su vida. Su resistencia se manifiesta a través de emociones negativas muy intensas: enfado, desafío y paranoia. El momento es muy complicado y la familia tiene que resistir la presión que ejerce sobre ellos para abandonar la terapia. Es muy frecuente que se atribuya al equipo el supuesto empeoramiento psicológico y se califique a uno o todos sus componentes de ignorantes o malos.

En pacientes que padecen una bulimia el ingreso viene determinado por la gravedad de su salud a causa de sus conductas purga-

tivas y/o por la imposibilidad de reestablecer algún control en su comida. El ingreso puede estar motivado también por cuadros psicopatológicos agudos, por ejemplo, ideación auto-lítica o auto-lesiva, impulsividad descontrolada, etc.

Puesto que en estos/as pacientes bulímicos/as también puede haber una ambivalencia respecto a liberarse de los síntomas (quieren y no quieren), conviene insistir en que los síntomas son respuestas a situaciones angustiosas y estresantes y que pueden aprender nuevas alternativas de solución que no pasen por comer o purgarse.

Ahora bien, dado que alguno/as pacientes bulímico/as se dan el atracón en un estado de semi-inconsciencia, especialmente los que ocurren por la noche, precisan incrementar su conciencia antes de realizar algún cambio intencional. Algunos, incluso, tienen una amnesia total de los hechos y no pueden recordar lo que ha pasado. Otros lo perciben cuando ha pasado, pero no mientras les estaba sucediendo.

Para conseguir que los hechos adquieran nuevamente relieve en su conciencia, se debe focalizar la atención sobre uno mismo hasta lograr darse cuenta de lo que se hace. La percepción de sus acciones, pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales, le avisan de lo que necesita hacer para curarse. Ser consciente de los comportamientos inadecuados, no sólo es observar las cantidades o clases de comidas que se come, lo que se vomita o las flexiones que realiza, sino las razones por las que está comportándose de esa forma. Esta discriminación se

realiza mediante un conjunto de técnicas, siendo las más eficaces el aumento de la autoconciencia corporal y la realización de auto-registros. Esta tarea puede iniciarse incluso durante el ingreso hospitalario.

Aprender a comer

Tanto los/as pacientes con anorexia como con bulimia tienen que aceptar la normalización de su dieta. Los primeros porque deben corregir su desnutrición y malnutrición de forma que recuperen su peso adecuado y/o corrijan excesos o defectos en su dieta (por ejemplo, el consumo de demasiados lácteos o frutas, y la ausencia o disminución de proteínas o hidratos de carbono).

El peso adecuado depende de la constitución corporal, estatura e incluso de la edad. Es decir, no hay un peso ideal que sea saludable para todas las personas que tienen la misma edad o estatura. Además es un valor que fluctúa, no es algo estático.

Las personas con bulimia porque tienen que estabilizarse en una dieta equilibrada y ordenada que les permita superar su caos y disminuir los atracones.

Nutricionista y dietista se encargan de esta tarea en el equipo. Ayudan a corregir errores o deshacer tabúes nutricionales, a tener una relación más sana con la comida y a mantener un peso saludable sin recurrir a conductas compensatorias. Enseñan al paciente que no hay alimentos buenos y malos, todas las comidas tienen calorías, la ganancia de peso depende de in-

gerir más calorías de las que se gasta, provengan de donde provengan. También enseñan a estructurar la comida incidiendo en la necesidad de comer de todo, en cantidad adecuada y repartida en 5 ingestas pues esto reduce las posibilidades de atracarse y ayuda a tener una mayor estabilidad anímica.

En algunos casos, puede ser útil establecer un plan semanal de comidas que se irá variando de forma progresiva para ir incrementando la cantidad y variedad de alimentos. Si el déficit nutricional es importante será necesario implementar la dieta con suplementos nutricionales de forma que se cubran los mínimos aportes calóricos requeridos.



Conseguir normalizar las comidas requiere un acuerdo acerca de cómo lograr que el/la paciente coma de forma conveniente. Dada su resistencia, y en función de la gravedad y premura para mejorar su salud, las posiciones adoptadas por los equipos varían desde una aproximación coercitiva en un extremo, hasta una posición laxa en que la toma de decisiones descansa en el compromiso pactado

entre el facultativo y el/la paciente. Realizar esta tarea es propia de los psicólogos ya que ellos conocen los mecanismos de resistencia al cambio, las estrategias para incrementar la motivación, las fases del aprendizaje de nuevas conductas y las etapas de descondicionamiento de las asociaciones conductuales y emocionales erróneas. En ocasiones tienen que recurrir al establecimiento de un programa de refuerzos que sirvan de incentivo para obtener la meta propuesta.

El acuerdo entre el nutricionista, el psicólogo y el/la paciente necesita ser ampliado a la familia que debe saber cómo organizar las comidas del hogar, incluyendo aspectos tales como: cuánto debería comer cada vez que se sienta; cuánto debería durar el tiempo de estar en la mesa; dónde debería ser la comida; quién debería estar allí y dónde debería sentarse; quién debería proporcionar apoyo y cómo; de qué hablar y cómo evitar temas y miradas perjudiciales.

En ocasiones, antes de iniciar la normalización en el domicilio, los tratamientos ambulatorios se pueden beneficiar si se complementan, durante un periodo limitado, con un comedor terapéutico. Este tipo de comedor proporciona a el/la paciente una de las comidas del día de forma estructurada. La comida debe contemplar todos los aspectos necesarios para que su realización continuada devenga en comida normal. La participación de una comida socializada con los otros pacientes facilita el evitar su aislamiento. Se aconseja la comida del mediodía en los pacientes anoréxicos y la cena en los pacientes bulímicos.

La familia y el/la paciente tienen que saber que después de haber restringido la ingesta de comida se tarda un tiempo en recuperar las sensaciones de hambre y saciedad o al menos en aprender a reconocerlas de nuevo. Conseguirlo requiere práctica, regularidad de horarios y comer adecuadamente sin espaciar demasiado las comidas. También hay que tener en cuenta que las digestiones durante un tiempo son más lentas de lo normal. Con el tiempo y la práctica de los consejos recibidos la tendencia del organismo es comer normal. Ello incluye aspectos como: comer cuando se tiene hambre y parar cuando se está lleno, comer de todo, darse algún capricho y algún exceso de vez en cuando, e incluso en algunas ocasiones comer porque se está contento o aburrido.

Prevenir atracones

El primer paso para eliminar los atracones y el picoteo de forma progresiva es estructurar la comida, tanto en horario como en cantidad y variedad. Hacer 5 comidas al día: desayuno, media mañana, comida, merienda y cena.

Cuando se saltan comidas o se prohíben alimentos, se incrementan las posibilidades de darse atracones y comer en exceso en forma de picoteo continuo.

En ocasiones el caos es tan intenso que la estructuración requiere metas intermedias: por ejemplo, estabilizando primero el desayuno, posteriormente las comidas de los domingos o las cenas de los martes, etc., hasta llegar a la meta final. Una vez que se consigue la

estructura hay que disciplinarse y estabilizarla el tiempo suficiente (meses o años) hasta conseguir la comida normal que ya depende del hambre y la saciedad.

Estas acciones llevan a la eliminación de los atracones dependiendo de los aspectos biológicos de la comida. Sin embargo, otros atracones dependen de la asociación entre los aspectos cognitivos, emocionales y relacionales con el hecho de comer, y necesitan un tratamiento psicológico específico. Se necesitan investigar las asociaciones correspondientes y aprender respuestas alternativas sustitutivas. Estas son algunas de las acciones que incrementan las probabilidades de éxito:

■ **1. Identificar los “precipitantes” del atracón:** pensamientos y emociones que dan lugar a los atracones. También puede favorecer su aparición el cocinar, tener comida tentadora o estar mucho tiempo solo. Si se conoce qué los precipita, puede intervenir de antemano sobre ellos.

■ **2. Convertir la comida en un momento agradable,** relajado. Mirar, oler, saborear la comida. No ver la televisión, ni realizar otras actividades mientras se come. Comer acompañado y charlar distendidamente. Planificar las comidas de antemano y plantearse una actividad divertida para después de comer y así evitar seguir comiendo. Disfrutar de una alimentación variada, no prohibirse alimentos ni establecer categorías de alimentos buenos/malos. Llevarse un tentempié si se va a estar fuera para no picar cualquier cosa ni dejar pasar muchas horas sin comer.

■ **3.** *Evitar estar en casa en las horas de máximo riesgo de atracón:* salir a clases; visitar a un amigo, evitar estar solo. Buscar apoyo en los seres queridos y amigos; evitar el alcohol y las drogas porque al disminuir la inhibición favorecen el atracón.

■ **4.** Cuando se tengan deseos de atracarse:

a. *Salir del entorno del atracón:* pasear acompañado, buscar compañía, llamar a alguien que se sepa estará dispuesto a escuchar; iniciar actividades que no tengan que ver con la comida.

b. *Investigar los atracones y las circunstancias* en las que se producen para detectar situaciones de riesgo y poder buscar alternativas o variar las circunstancias. Ante la idea de darse un atracón, preguntarse ¿realmente me quiero atracar?

c. *Planificar algunos atracones para reducir la ansiedad* que genera la negación y lucha correspondiente entre el sí y el no; entre el deseo de comer y el temor al descontrol y la gordura. Decidir cuándo, qué alimentos se van a comer y en qué situación va a suceder.

d. *Aprender estrategias de demora y división del atracón:* Comer a poca velocidad. Dividir todo lo que se va a comer en porciones pequeñas y meter un mínimo de tiempo entre porción y porción. El tiempo se puede alargar realizando alguna actividad. Desde dar dos pequeños golpecitos a la mesa, antes del siguiente bocado, hasta de-

morar este bocado 20 minutos en los que se ha llamado a un amigo, se ha hecho la cama, se ha tomado un baño, etc. o bien observar qué pensamientos y sensaciones le impulsan a seguir.

e. *Practicar actividades de relajación:* yoga, masaje, meditación, darse un baño relajante, recurrir a autoafirmaciones positivas tales como “no voy a dejarme arrastrar por el impulso” y/o a actividades manuales como alternativas al atracón. Estas acciones dificultan más el atracón que si se realizan acciones pasivas como ver la TV.

■ **5.** No dejarse llevar por el impulso a seguir por el hecho de haberse pasado comiendo.

■ **6.** Si uno se da un atracón, no sirve de nada culpabilizarse o castigarse sino entender por qué se lo ha dado y así prepararse para prevenir próximos atracones.

Disminuir las conductas purgativas

Los/as pacientes deben recibir información acerca de la incapacidad de las conductas purgativas (vómitos, laxantes, diuréticos), para conseguir un cambio real y estable de peso y los riesgos de salud que corren al usarlas. Su manejo requiere de ciertas técnicas terapéuticas:

■ Observación de los antecedentes inmediatos: miedo a la gordura por la comida ingerida; experiencias negativas de sometimiento, agresividad, cansancio, aburrimiento.

■ Observación de las consecuencias inmediatas: sensación de lim-

pieza, pureza, ligereza, atención, castigo a las figuras de autoridad.

■ Inicio de soluciones alternativas para obtener las mismas consecuencias deseadas a través de conductas positivas.

■ Afrontamiento directo de los vómitos mediante exposición y prevención de respuesta. El terapeuta le expone a los alimentos “peligrosos”, los come y tiene que controlar el impulso de vomitar.

■ Cambiar el vómito por un ejercicio físico no excesivo pero sí suficiente para que las sensaciones y pensamientos adversos disminuyan. Para facilitar que se haga se les aconseja que coman ya con las zapatillas de deportes puestas, pues tener que cambiarse después de comer, puede impedir la salida.

Reducir el ejercicio físico excesivo

El ejercicio excesivo es muy común durante el transcurso de los trastornos: no debe eliminarse pues la prohibición tiende a incrementar su realización a escondidas. Es mucho más realista pactar con el/la paciente la reducción progresiva hasta situarlo en una intensidad y frecuencia saludables.

Una de las técnicas empleadas para animarles a moderar su ejercicio es señalar el efecto colateral del ejercicio físico excesivo: que le convierte en un método inútil para obtener una delgadez permanente. Existen diversas razones por las que ninguna persona puede mantener un nivel de ejercicio muy exagerado por mucho tiempo. La primera razón, es que toda actividad realizada en exceso produce una saturación que finalmente lleva al rechazo. Además, las circunstancias de la vida, lo imprevisto, las lesiones, rompen los planes y uno ya no puede volver a reestructurar su vida como quisiera. Entonces surgen las consecuencias del exceso. La persona que abandona el gimnasio, el deporte o cualquier otro tipo de ejercicio que realizaba -y no ha cambiado cognitiva y emocionalmente- engorda de manera exagerada y su cuerpo adquiere un aspecto “blando” en cuanto se detiene. La supuesta elasticidad conseguida se pierde con prontitud y pronto aparece la flacidez. Sólo cuando la elasticidad del cuerpo se nutre de una mente flexible, los músculos adquieren esa cualidad cimbreante. Y desde luego, este logro estará matizado siempre por la edad de la persona.

Reducir la ansiedad y la sintomatología depresiva

Tratamiento farmacológico: Los fármacos antidepresivos, sobre todo los inhibidores de la recaptación de serotonina, son indicados para ayudar a reducir los episodios de atracón/purga y para tratar la patología asociada de tipo depresivo, obsesivo o crisis de pánico. Generalmente, las dosis dirigidas a reducir la sintomatología alimentaria, por



ejemplo, en la fluoxetina, son mayores que las utilizadas para tratar depresión o ansiedad. También pueden utilizarse otros estabilizadores del ánimo como el topiramato y ansiolíticos.

Otros fármacos utilizados son los neurolépticos atípicos con el fin de lograr reducir la ansiedad e ideación obsesiva. La medicación debe combinarse con terapia y, si bien los fármacos se ha visto que pueden ser eficaces en bulimia, la eficacia de los fármacos en anorexia es más limitada.

Proporcionar información a la familia

Psico-educación: Durante este período los familiares deben recibir información acerca de las características del trastorno que padece su hijo/a, esposa/o, de ciertas formas de relación entre ellos que ayuden a obtener la voluntariedad del tratamiento y de las intervenciones esenciales en el tratamiento.

SEGUNDA FASE

Cooperación

El/la paciente se implica, observa, incrementa la autoconciencia, aprende y utiliza estrategias de cambio. Empieza a existir concordancia entre la mejoría física y la psicológica. Todas las acciones de la primera fase continúan y amplían hasta integrar todos los elementos terapéuticos y conseguir el tratamiento global.

Manteniendo los cuidados y el trabajo con los síntomas, la acción terapéutica se enfoca hacia los problemas psicológicos que inhiben el crecimiento cognitivo y emocional de la persona. Se abordan

los conflictos familiares porque estos afectan al/la paciente buscando alternativas de solución. Estos conflictos pueden ser entre padres e hijos, entre hermanos, de pareja, etc. También se trabaja la forma de comunicarse para que sea directa y asertiva; el establecimiento de límites y roles claros; asumir las responsabilidades propias de cada uno; no hacerse cargo de aquellos conflictos que no tienen que ver de forma directa, por ejemplo, si hay un problema de pareja este compete al marido y a la esposa, no a los hijos.

El/la paciente reconoce, progresivamente, que los síntomas son un modo de comunicar aquello que no se dice con palabras, y le sirven para afrontar un cúmulo de situaciones de malestar. En ocasiones, incluso sirven para manejar a los demás y tenerlos bajo su control. Por ello, la terapia debe ayudar a poner palabras a lo que sienten y piensan; buscar estrategias alternativas para afrontar el malestar; encontrar nuevas soluciones a los conflictos emocionales y relacionales; disminuir la sensación de ineficacia, subsanar las dificultades en la resolución de problemas, aumentar la capacidad para manifestar quejas o poner límites a los demás; resolver problemas relacionados con la sexualidad, etc.

En resumen, la terapia va dirigida esencialmente a que el/la paciente descubra su propia ruta más que predeterminarle una sin que él/ella participe en las decisiones.

Esto lleva tiempo, y como es un camino cargado de dudas puede

producir cierta desconfianza que deberá ser disipada por el equipo.

Reducción del estrés

El estrés es un componente predominante en la toma de decisión de la restricción, los atracones y las conductas purgativas. La ruptura del círculo tensiones-síntomas-tensiones es un objetivo básico.



Para reducir el estrés hay que:

- Reconocer sus signos físicos; tensión muscular, fatiga, presión de dientes y mandíbulas, sentimientos de ansiedad, enfado e irritabilidad, nerviosismo, presión en estómago, dolor de cabeza, dolor de espalda, debilidad, vértigos.

- Poner en relación los signos de estrés con las circunstancias y situaciones que rodean a la persona que lo padece: *¿Qué me pasa? ¿Con qué está relacionado?*

- Utilizar técnicas que lo disminuyan:

Si no se tiene tiempo probablemente se están haciendo demasiadas cosas: reducir algunas y usar el tiempo sobrante con relajación, meditación, música u otras actividades tranquilizadoras y gratificantes; masajes, dar paseos, tomar un baño relajante, yoga, llamar a un amigo, contacto con la naturaleza, estiramientos. Dedicar unos minutos al día para hacer ejercicio sin abusar.

Si el trabajo absorbe demasiado: intentar delegar tareas.

Cuidar las necesidades básicas: dormir por lo menos 7 horas; alimentarse adecuadamente; limitar sustancias estimulantes como la cafeína.

Establecimiento de pensamientos y actitudes positivas y flexibles

Los/as pacientes tienen que cambiar su forma de pensar por otra nueva ya que los procesos cognitivos influyen en el comportamiento de tal manera que lo que la persona piensa influye en lo que siente y determina su conducta.

- El estilo predominante es el pensamiento dicotómico que no contempla resultados intermedios. Los pensamientos se expresan en frases negativas cargadas de expresiones tales como “siempre”, “nunca”, “todo”; que deben reemplazarse por otros más ajustados: por ejemplo, la más pequeña cantidad de comida por encima de lo planificado es un descontrol: reemplazar *“esta tarde ya no ceno”* por *“ha sido una pequeña cantidad, no voy a empezar a restringir de nuevo.”*

■ Corregir el pensamiento sensitivo y emocional. Las distorsiones acerca de su imaginaria gordura son producto de este estilo cognitivo que interpreta como realidad lo que se siente, sin esperar a corroborar su opinión con los hechos. Tiene que aprender que cuando, al terminar de comer sienta haber engordado, la sensación no significa gordura sino tensión: *“no he engordado sino que he comido apretando los músculos y los siento estallar.”*

■ Instaurar el error como el método básico de aprendizaje. Aceptar que nadie es perfecto -por mucho que se esfuerce en conseguirlo- y que todos tenemos límites insalvables, sin que ello lleve al desánimo y la apatía.

■ Sustentar la autovalía en factores humanos que no dependan del aspecto externo como el peso, figura o delgadez, sino de cualidades como inteligencia, generosidad, creatividad o empatía. Sin que ello signifique que haya que ser “gordo”, sucio y desaliñado.

■ Aceptar el derecho a querer y ser querido como persona y no como trozo de carne.

■ Expresar los sentimientos y pensamientos cualesquiera que sean siempre que no ofendan la dignidad del otro. Pedir ser escuchado con respeto y empatía; estar libre de abusos verbales, físicos o sexuales y buscar la felicidad mientras se mantiene el derecho de estar triste a veces.

■ Realizar actividades lúdicas; vestirse como a uno le gusta; alejar

la esclavitud que supone intentar lograr una imagen idealizada de perfección.

■ Crecer, madurar y tener un funcionamiento adulto; impedir que sean los demás quienes tomen las decisiones sobre su vida o acciones.

Cambios de conducta

Seguir trabajando en la disminución de las conductas patológicas: dejar de vomitar, atracarse y restringir con pequeños cambios hacia la meta final.



Algunas sugerencias complementarias a las propuestas en la primera fase pueden ayudar:

■ a. Realizar auto-registros alimentarios. Registrar lo que se come y las circunstancias asociadas: en qué situación, qué se pensaba y qué se sentía.

■ b. Plantearse como objetivo olvidarse de las dietas para siempre. No se puede curar sino se come adecuadamente y si se mantienen los métodos de control de peso. Hay que darse permiso para comer todo tipo de alimentos, sin clasificarlos en bueno/malo, engorda/no engorda. Cuando el cuerpo

se asegura de que va a satisfacer el hambre de modo habitual, no tiene la necesidad de ingerir comida en exceso. Esto supone “escuchar” las sensaciones de hambre y saciedad que se establecen mediante una comida no manipulada que tenga un ritmo en el tiempo suficiente para conseguir automatizarse.

■ **c.** Intentar no juzgar ni juzgarse por la apariencia; valorar el interior. No hacer comentarios despectivos sobre el propio cuerpo y aceptar el peso y figura naturales puesto que forzar al cuerpo para que se asemeje a otros, suele devenir en desastre. Si uno no se plantea usar tres tallas menos de zapatos, ¿Por qué se plantea reducir la talla de su ropa? El valor de un perfume está en su esencia, no en el frasco. El valor de un ser humano no está en su apariencia sino en su interior.

■ **d.** Hablarse con frases o afirmaciones positivas sobre uno mismo, aunque al principio no parezcan ciertas, terminan por serlo: *“soy una persona capaz, fuerte, valiosa y una de mis metas en esta vida es llegar a realizarlo”; “lo bueno siempre es auténtico, cualquier imitación es mala”, “no necesito ser delgada o tener otro cuerpo para encontrar la felicidad.”*

■ **e.** Arriesgarse a vivir: tomar decisiones, asumir responsabilidades, expresar opiniones, necesidades y deseos en lugar de esperar que los demás las adivinen; aprender a decir que no a las propuestas inconvenientes; buscar soluciones en vez de buscar culpables; alcanzar la moderación en vez de los extremos; disfrutar de las pequeñas cosas; asumir las emociones positivas y negativas, etc.

Aceptación de la imagen corporal

Para aceptar la apariencia personal es esencial el desarrollo de una autovaloración personal basada en cualidades internas como inteligencia, creatividad, generosidad, empatía; y aminorar la importancia de la apariencia corporal y la competitividad académico/profesional en el concepto que desarrolle de sí mismo/a.

Si la alteración de la imagen corporal es producida por la insatisfacción hacia el cuerpo, los pacientes bulímicos superan considerablemente la insatisfacción encontrada en la población general, expresando un rechazo del 85-95% de su cuerpo, frente al 35-50% del grupo de personas sin trastornos. Les ayudará: eliminar las calificaciones negativas que le dedican, hablar acerca del cuerpo de forma neutra o positiva, convertirlo en un amigo que les permite expresar su vida; escuchar sus necesidades, cuidarlo y pedirle disculpas por el trato que se le ha dado.

Para disminuir la distorsión deben recibir información objetiva que les permita ir corrigiendo los defectos o “gordura” irreales. Esto puede hacerse comparando su índice de masa corporal real con el imaginado; confrontarle con otras/os compañeras/os; confrontarle con un instrumento que mide la silueta corporal, con el espejo o con un vídeo, cotejando sus apreciaciones y las apreciaciones externas. El proceso de cambio de la imagen corporal debe ser lento, porque la mente no acepta cambios bruscos. Realizar una reestructuración cognitiva explicando por qué se ven gordos en su mente, aunque no lo estén (la mente ha fi-

jado una imagen: la suya en otro momento o la que teme, que le permite justificarse lo que está haciendo. Estoy gordo/a, tengo que...)

Además, la mayoría necesitarán apoyo para superar el aislamiento causado por las alteraciones de la imagen corporal. Es muy importante tratar el miedo a enfrentarse al espejo; la fobia a salir a la calle y que le vean; la ansiedad ante la posibilidad de comprar ropa; hacer deporte, ponerse un bañador, etc.

Mejorar las relaciones interpersonales

En algunas/os pacientes la dificultad en las relaciones interpersonales ha sido el factor determinante del trastorno alimentario. La timidez, caracterizada por la preocupación y ansiedad ante la opinión y la crítica de los otros, causa la evitación de relaciones sociales y el aislamiento del/la anoréxica. En pacientes bulímicas/os las dificultades de relación provienen de la desconsideración hacia los demás con los que sólo establecen relaciones pragmáticas.

La/el paciente anoréxica/o necesita incluirse a sí mismo en las relaciones con los demás, beneficiándose tanto de la expresión afectiva de sus familiares y amigos, como de la expresión de sus ideas y emociones. El/la paciente bulímica/o necesita incluir a los demás en sus relaciones con otros. El reconocimiento de que el otro no siempre es un competidor ni quiere aniquilarle psíquicamente, le ayudará a vincularse afectiva y solidariamente. Este alimento “espiritual”, disminuirá su hambre física. Se be-

neficiarán del establecimiento de actividades en las que la competitividad no juegue un papel primordial.



Profundizar en la comprensión del trastorno

Es importante que el/la paciente y sus familiares entienda qué es lo que obtiene de su delgadez.

■ 1. Habitualmente, además de una **auto-estima** efímera, lo que sí consigue es **mayor atención** de la que nunca había recibido. La atención funciona como refuerzo: aquello a lo que se presta atención, crece. Esto no supone que no se deba prestar atención, pero no debe hacerse a los comportamientos patológicos. Paradójicamente, para ayudar a superar la enfermedad hay que prestarle menos atención a ésta, y más a la persona en sí misma. Será importante asegurarle atención y cariño por ser quien es, así como mostrarle nuevas maneras de cómo sentirse útil y realizada.

■ 2. Los pacientes rechazarán el abandono de sus síntomas hasta que tengan cierta certeza de que poseen otros medios con los que manejar las adversidades. El estilo de **enfrentamiento de problemas** es, por tanto, una cuestión deter-

minante en el mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Los problemas siempre existirán, y es más provechoso aprender estrategias de manejo alternativas eficaces para las dificultades, en vez de manejarlas con la comida.

Cambio del clima familiar

La participación de la familia en el tratamiento tiene sentido puesto que el problema surge dentro del contexto familiar, produce alteraciones en su funcionamiento y en las relaciones que se establecen entre ellos; y, además su colaboración aumenta la efectividad del tratamiento.

Un trastorno alimentario convierte a quien lo padece en alguien irritable, terco/a, manipulador/a que no se deja ayudar. El ambiente en casa se enrarece, se vuelve tenso y todos los miembros de la familia se resienten. Los/as hermanos/as se sienten desplazados, sin atención suficiente lo que favorece el tránsito de una posición inicial de ayuda y cooperación a una situación de resentimiento y rabia. Sienten que se les piden responsabilidades que escapan a sus posibilidades reales como por ejemplo, controlar al/la paciente o brindar apoyo emocional a los padres. Todo ello propicia el surgimiento de síntomas de ansiedad, depresión en alguno de los familiares, e incluso problemas físicos (insomnio, apetito, problemas de estómago, etc.) o mentales. También pueden tener dificultades en el trabajo debido a la necesidad de ausentarse para ir a las consultas y/o por la dificultad de estar centrado.

Cuando la familia contribuye a cambiar este ambiente, se potencian

las posibilidades de recuperación. El clima familiar se beneficia de la mejora en la comunicación. Las sugerencias siguientes pueden facilitar el cambio:

■ **a.** Comunicarse de forma abierta, franca y directa con los hijos; expresar las emociones y animar la expresión de sentimientos dentro de la familia. Demostrar física y verbalmente el afecto.

■ **b.** Evitar inconsistencias o incongruencias en la comunicación: *“si... pero”; “vete de paseo, no me importa, yo me quedo leyendo estas revistas del año pasado (tono lastimoso)”*

■ **c.** Escuchar con calma, sin juzgar; no entrar en confrontación ni discutir acerca de los síntomas (si come o no come, si vomita o no...).

■ **d.** No chantajear ni relacionar afecto y mejoría; expresiones tales como: *“si nos quisieras comerías...”*; *“no hagas sufrir a mamá y deja los vómitos”*, son totalmente negativas y deberían anularse de las conversaciones.

■ **e.** No ponerse a la defensiva cuando culpe a los demás de sus problemas. Aceptar que es su punto de vista y que es su forma de recordar las cosas aunque se vean de otra manera. El/ella, como parte de su proceso terapéutico, tendrá que aprender a perdonar a quienes le han hecho daño. Por otra parte, que los padres se disculpen ante sus hijos de sus errores y fallos les permite a éstos asumir que las equivocaciones forman parte de la vida y que no pasa nada si uno no es perfecto.

■ **f.** Comprender que el/la paciente experimenta dos mensajes o voces internas conflictivas. La primera voz que es la predominante durante la enfermedad, les dice que está gordo, feo y debería restringir, la segunda habitualmente una voz más baja y presente en menos ocasiones, le dice que él/ella está enfermo, flaco y debería comer. Los padres deben evitar la confrontación con la voz anoréxica. Esa voz representa la enfermedad, la falta de lógica y por lo tanto no puede razonarse con ella. Es más útil hablar con la parte sana cuando ésta se deja ver.

■ **g.** Evitar culpar al hijo/a por su problema alimentario. Si bien es lógico y comprensible que los padres se sientan preocupados, frustrados e impotentes y que de vez en cuando expresen esta frustración en voz alta, es conveniente que no sea una constante en su actuación.

■ **h.** Los padres pueden comentar sus experiencias respecto a su adolescencia o a sus preocupaciones de entonces, esto favorece el acercamiento; pero con cuidado porque el/la hijo/a también necesita sentir que sus experiencias son únicas y genuinas.

■ **i.** Atender a lo positivo en vez de a lo negativo; percibir lo que hace bien en vez de lo que hace mal.

■ **j.** Aceptar discrepancias y discusiones. Todas las familias tienen discrepancias y problemas; negarse a hablar de las cosas que les angustia para eliminar las discusiones, no las soluciona. Es necesario que los conflictos salgan a la luz. Si a consecuencia de ello

surgen peleas, tendrán que aprender a no darles demasiada importancia.

Ajustar roles y límites

La mayoría de las familias en las que existe un trastorno alimentario presentan algún tipo de conflicto en los límites y roles entre sus miembros. Es especialmente importante el rol que ejerce la madre y los límites que establece, bien sea por exceso o por defecto. No se le pide que haga todo perfecto, sino que dé cercanía, apoyo, amistad, confort, protección, modelo, dirección y aceptación. Y, a la vez, que considere que cada pelea, pregunta, fallo o victoria es una oportunidad de transformación para la madre y la/el hijo/a. El TCA puede ser una llamada a la madre para que se plantee la necesidad de un cambio. Tiene que creer que es la madre adecuada para su hija, pero aprender a relajarse, a escuchar.

El rol materno se ha clasificado según 4 posiciones, todas positivas o negativas según la edad del hijo/a y del extremismo con el que se ejerce:

■ **1ª posición: “Por encima de”.** *La madre que se sitúa por encima de su hijo/a* proporciona confort, enseñanzas, corrección y consejos. Ve su rol como sinónimo de dar reglas y normas, proporcionar instrucción, formar un miembro productivo de la sociedad. Se apoya en su experiencia, conocimiento y autoridad. Es un estilo especialmente eficaz durante los primeros años de vida de la hija/o, que se sentiría sin cariño si no existiera esta firmeza y tales límites. Las fortalezas de este estilo materno son la consistencia, la estructura y la dirección.

Sin embargo, si esta postura continúa en la adolescencia puede llevar a una relación de dependencia que impide a sus hijos/as desarrollarse. Su miedo: *“sí yo no controlo, todo irá mal”*. Su respuesta a los sentimientos: *“No sientes eso”, “para de quejarte”, “ayer estabas bien, ¿Qué te pasa hoy?”*. Su respuesta a las conductas es: reglamentar, prohibir, dar consejos, castigar. Su frase favorita: *“sé lo que es mejor para ti”*. Respuesta de la hija/o: luchar para ganar el pulso y tener poder.

Las familias que sólo ponen límites y reglas a través de mandatos, tienden a amargarse y hacer comentarios sarcásticos muy negativos, y cuando fallan tienden al castigo. Los adolescentes responden a estos métodos con irresponsabilidad, resistencia y rebelión. La estructura de reglas y sus consecuencias pueden llevar a la frustración y la inflexibilidad. Cuando el adolescente busca más independencia y se enfrenta a la inflexibilidad, lo resuelve tomando algún poder y eso puede ser a través de un TCA. Si la familia continua con este estilo de imponerse durante el trastorno, se enterrará en una batalla de poder que finalmente perderá.

■ **2ª posición: “Por debajo de”.** *La madre que se sitúa por debajo de el/la hijo/a* se siente bien cuando sirve a los demás y se pone a ella misma en último término. Ve su papel como sinónimo de dar todo lo necesario a su hija/o para que tenga lo mejor que ella no tuvo. Se apoya en lo que a ella le ha faltado como fuente de motivación para guiarse. Su fuerza reside en su dedicación; su debilidad, que vive a través de la hija/o

y no desarrolla su propia vida. Una madre que elimina todas las dificultades y le falta confianza en sí misma no puede ayudar a que sus hijos/as se fortalezcan y afronten sus propias dificultades. Puesto que su meta es proporcionar a su hija/o una vida mejor que la que ella ha vivido, vive con el temor de sus fallos pues estos significan su propio fracaso. Los sentimientos la superan: *“por favor, no digas eso”, “no puedo resistir que tú sufras”*. Su frase favorita es: *“haz que me sienta orgullosa de ti”*. Su hija/o crecerá con la sensación de que tiene que triunfar a toda costa y con el miedo de decepcionar a su familia. El TCA será el intento de conseguir el triunfo que necesita.

■ **3ª posición: La madre que se distancia de la hija/o** se siente bien cuando observa que su hija/o realiza sus propias actividades. Ve su rol como la forma de proporcionar las necesidades básicas de su hija/o, pues esta/e tiene que encontrar su camino por sí misma/o. Su fortaleza reside en facilitar la independencia y auto-confianza de sus hijos/as. Ahora bien, esa distancia puede percibirse como abandono, dejando al hijo/a sin sentir el apoyo afectivo que necesita. La posición no suele provenir de falta de cariño, sino del miedo a que su implicación activa sea perjudicial. Su frase favorita: *“comportate como corresponde a tu edad”*. Y la respuesta: *“déjame en paz, hago lo que me parece”*.

■ **4ª posición: La madre que agobia a su hija/o** se siente mejor cuando le ve feliz y contento. Considera que su rol es eliminar todas sus desdichas, resolver sus problemas y mantenerle contento. Suprimir todo el dolor y malestar eli-

mina el contexto necesario para que el hijo/a crezca y encuentre sus fuentes internas para enfrentar las dificultades. También implica la descalificación de las emociones negativas: “*siempre animando*” y el ocultamiento de los problemas. Su miedo proviene de creerse responsable de todo lo que le pase a su hija/o si le ayuda con sus problemas. Su frase favorita: “*por favor, no te enfades*”. La respuesta de la hija será la eliminación de sus responsabilidades.

La forma mejor de plantearse la relación con un/a hijo/a con TCA es combinar equilibradamente las cuatro posiciones.

Para conseguir este equilibrio se precisa cambiar al unísono. Porque tratar de que el/la hijo/a cambie sin que cambien los padres no funciona.

■ Necesitan conocerse mutuamente: saber lo que sienten y saber los errores que hacen; compartir confidencias según su grado de madurez y su edad. Comprender que el/la hijo/a busca su lugar en el mundo. Quiere ser único/a. Necesita expresar sus opiniones y probar sus ideas. Tiene que hacer decisiones apropiadas para su edad y expresar sus discrepancias. Percibir que alguien le ve, conoce, apoya, estimula, recuerda, cree en él/ella y le comprende.

¿Cómo empezar?

Entrar en ese mundo requiere coraje, curiosidad, respeto y no asumir que como padres ya saben todo de ellos. Hay que preguntar por las cosas que le estresan, sus

expectativas, sus amistades. Conocer su cultura: libros, música, películas, revistas que le gustan a él/ella y sus amigos, viéndolos con curiosidad y sentido del humor. Merece especial atención el enfoque de los sentimientos negativos y positivos hacia su cuerpo. Hay que entender que, especialmente la chica, se encuentra de repente más grande, con más peso, extraña con su cuerpo y más consciente de su apariencia. Desea una nueva forma de peinarse, vestir, ponerse pendientes, etc. Teme lo que dicen los compañeros sobre su cuerpo.

“Mírame mamá. Pregúntame porque quiero enseñarte mis cosas y busco tu atención”... le dijo A... a su madre, para comentar a continuación: “Mi madre se cree que sabe todas las respuestas y ni siquiera sabe las preguntas”

Al conversar surgirán conflictos que podrán convertirse en una nueva oportunidad de conectar y observar la capacidad de control, introspección y comunicación que se ha desarrollado. Por ejemplo: en vez de negar o minimizar las preocupaciones con el cuerpo, hay que escuchar los temas que le preocupan, ya que la insatisfacción corporal es una norma entre los adolescentes.

Sin embargo, antes habrán de resolver los propios problemas con el cuerpo ya que en los hogares en los que las madres comentan que se sienten gordas y deciden hacer dietas, el 81% de las hijas se sienten también gordas. Nunca será tarde para redimir las actitudes y experiencias destructivas hacia el propio cuerpo.

Otro aspecto fundamental es el **establecimiento de unos límites** tanto personales como en el espacio físico de la casa. Los consejos siguientes pueden guiar la forma de establecer estos límites:

■ **1.** La misión de los padres es marcar unos límites claros pero que se adapten a la edad, la misión del adolescente es tratar de transgredir estas normas como una forma de luchar por su individualidad. Los padres deben asumir que hay determinadas elecciones del adolescente que pueden no ser de nuestro agrado pero que implican una forma de expresar esta individualidad y por lo tanto debemos respetarlos. Por ejemplo, *el tipo de música que escuchan, la forma de vestir, cómo decoran su habitación...* (siempre y cuando se cumplan unas condiciones de higiene y consideración por los demás).

■ **2.** Los padres deben actuar de forma coordinada, es decir, no tener criterios dispares en las decisiones que atañen a los hijos. Si los padres quieren tener éxito ayudando su hijo/a a recuperarse, deben de trabajar juntos y en coordinación con el equipo terapéutico.

■ **3.** No permitir que el/la hijo/a determine lo que se come o se compra en casa o cómo se deben preparar los alimentos; ni prepararle comida “especial”. Esta es una tendencia muy común en chicas con anorexia que acaban por adueñarse del rol de gobernante de la casa ya que la madre, por no discutir o bajo la idea de que al menos come eso que compra, acaba por ceder el poder a

el/la hijo/a, sometiéndose a sus dictados.

■ **4.** No implicar a los hijos en conflictos de pareja ni responsabilizar a los hermanos del cuidado del paciente, ni desatender a estos.

■ **5.** Las normas las ponen los padres y deben ser flexibles, no excesivas y adaptadas a la edad de los hijos/as.

■ **6.** La posición de control o rol policial resulta desagradable para los padres y además provoca conflictos y tensiones en la familia. Además, no funciona.

■ **7.** Enseñar que la clave de funcionamiento “normal” está en la moderación en todo lo que uno hace, no en el “todo o nada”.

■ **8.** Respetar la privacidad: no leer su diario, respetar sus espacios... y no hablar de él/ella con otros familiares o amigos sin su permiso.

Los padres deben plantearse tanto a sí mismos como al resto de familiares y amigos, la inconveniencia de realizar comentarios sobre la comida o apariencia del/la paciente.



Normalización de la vida familiar

Un trastorno alimentario desbarrata la vida familiar. Se rompen rutinas, se encrespan los ánimos, surgen las obsesiones por la salud del hijo/a afectado/a, se hacen gastos extraordinarios, se desatiende a los hermanos, etc. Estos desequilibrios no ayudan a mejorar la situación, por lo que es conveniente que las familias hagan esfuerzos para normalizar su vida. Se detallan a continuación algunos consejos que pueden contribuir a lograr la normalización en la casa:

■ **a.** *No cambiar las rutinas familiares* respecto a la alimentación: tipo de comida, compras... No convertir las horas de las comidas en un clima de gritos y tensiones. Invitar al paciente a sentarse con todos a la mesa, aunque no coma; de forma que se palie su aislamiento y les haga compañía; si no quiere, no insistir sólo decir que se le echa de menos.

■ **b.** *No evitar comprar ciertos alimentos por temor a que se atraque.* Aunque tampoco conviene dejarlos como cebo o esconderlos. Es cierto que al inicio del tratamiento el paciente puede pedir como ayuda que no se acumule demasiada comida tentadora. Esto puede ser objeto de un compromiso familiar pero en una familia, no puede sacrificarse al resto de los miembros por uno de ellos.

■ **c.** *No desatender sus necesidades propias, de pareja o de los otros hijos,* es decir, que el trastorno no sea el eje sobre el que gira toda la vida familiar. Los padres no pueden vivir de forma vicaria a través de los/as hijos/as; para estos/as también es impor-

tante saber que sus padres tiene su propia vida.

■ **d.** *No hay que conceder privilegios especiales* por el hecho de estar enfermo/a, ni eximirle de todas las responsabilidades tratándole como si fuese un bebe.

■ **e.** *No aislarse socialmente como familia* pero respetando la voluntad del /la paciente de no acudir a eventos que impliquen comer (Por ejemplo, comidas familiares).

Apoyar su criterio

Puesto que uno de los factores que mas contribuyen a la mejoría es la madurez y la toma de decisiones personales, existen otras acciones que ayudan en el proceso de recuperación:

■ **a.** A medida que el/la chico/a se va haciendo más independiente y maduro/a, sus padres deben *respetar sus elecciones* brindando su apoyo y cuidado pero no desde el control, así el/ella se siente más libre y acepta mejor la ayuda.

■ **b.** Saber que ellos *no pueden curar a su hijo/a, ni forzar su cambio*, ni hacerle feliz, su misión es apoyarle y darle el soporte emocional suficiente para favorecer que cambie, promover su autonomía y que encuentre su propio camino para ser feliz. Apoyarle pero no resolverle la vida.

■ **c.** Que el árbol no impida ver el bosque, es decir, *no olvidar los aspectos positivos y saludables* que tiene el/la chico/a. Cuanta más atención reciban estos aspectos, más se favorece la recuperación.

■ **d.** *Tolerar sus emociones negativas* que son más frecuentes

antes de la comida (ansiedad, tensión, irritabilidad) y después de las comidas (culpa, tristeza) incluso expresiones tan dolorosas para unos padres como cuando les dice que no los quiere o que le están haciendo la vida imposible. Hay que manifestar que *reprobamos su conducta no sus sentimientos*, expresarle amor y afecto porque necesita saber que se le quiere y que la lucha no es contra él/ella, sino contra la enfermedad.

■ **e. Negociar conductas aceptables.** Por ejemplo, que no ocupe durante mucho tiempo el baño cuando el resto de la familia está esperando para entrar, o que se responsabilice de sus cosas.

■ **f. Hacerle responsable de su conducta:** si se come la comida de todos en un atracón, debe responsabilizarse de su acción y reponer esa comida con su dinero, igualmente si vomita en el baño de casa, debe limpiarlo. Si hace ejercicio de noche debe cuidar no despertar a los demás con ruidos. Debe haber un respeto del/la paciente hacia los demás y viceversa.

Otras actitudes que facilitan el tratamiento

■ **a. Los padres deben ser un modelo para sus hijos en lo que respecta al cuidado de la propia salud y necesidades.** Asimismo, es importante revisar el papel que los padres dan a la apariencia corporal y las actitudes que estos sostienen respecto a la alimentación. No es conveniente abusar de comentarios acerca de pesos, tallas o imagen corporal tanto de uno como de otras

personas. Tampoco es conveniente hacer dietas.

■ **b. Entender que el hecho de que su hijo/a tenga un trastorno no significa que ellos son malos padres o que han fracasado.**

■ **c. Hacerse cargo de los propios problemas,** no culpar al hijo/a de todo lo que les pasa ni ponerle como tapadera para evitar aquellas situaciones que no quieren afrontar.

■ **d. Valorar los pequeños cambios** que se vayan produciendo y *tener paciencia*, no apurar y pretender la inmediatez de la solución del trastorno. No es lo mismo no comer nada que comer algo, darse 8 atracones a darse 20, etc.

■ **e. No culparse.** El TCA es resultado de muchos factores, la culpa nos paraliza, hay que poner la energía en acciones positivas.

■ **f. Cuando los padres se sientan desbordados por la situación** conviene que pidan ayuda a un terapeuta distinto al que trata a el/la hijo/a.

■ **g. Las familias deben confrontar de forma positiva pero sincera** cuestiones sobre su aceptación corporal, su historia, miedos y limitaciones.



¿Qué no conviene hacer?

■ **a.** *Negociar o usar tácticas para asustarle: “si comes bien, te llevo de viaje” “como vuelvas a vomitar, te vas a enterar”.* Estas técnicas de control externo, a lo sumo reducen temporalmente los síntomas, pero al no haber cambio interno, estos reaparecen. Además, estas tácticas producen un incremento del resentimiento y su deseo de control.

■ **b.** *Avergonzarle por su conducta.* Él/ella ya tiene una auto-imagen devaluada y esto no favorece que mejore, al contrario, le hace sentirse más culpable y encerrarse más.

■ **c.** *Tenerle pena:* también puede dañar su autoestima, porque él/ella ya cree que es incapaz de tener una vida normal; por eso es bueno darle oportunidades de asumir responsabilidades y ser más independiente.

■ **d.** *Usar el dinero para intentar controlar su conducta alimentaria.* Es otro modo de control externo.

■ **e.** *Manipularle diciendo que se hace algo por él/ella cuando en realidad se está haciendo para uno mismo.*

■ **f.** *Decirle lo delgado/a que está o elogiarle cuando coge peso.*

■ **g.** *Intentar ser su terapeuta.* Cuando plantee temas relacionados con los síntomas lo mejor es remitirle a su terapeuta y derivar la conversación a otros términos.

Responsabilidades de los padres durante el tratamiento

■ **a.** *Proveer una alimentación sana, sabrosa, suficiente y ordenada a toda la familia.*

■ **b.** *Dar apoyo, comprensión, empatía y capacidad de escucha.*

■ **c.** *Evitar hacer o decir cosas que exacerben el trastorno, así como las mentiras o la inconsistencia.*

■ **d.** *Colaborar en el tratamiento.*

■ **e.** *Cuidar la salud y bienestar de la familia, es decir, no olvidar a los otros miembros.*

En definitiva, el objetivo a plantearse con la familia es que se *desenganche del problema* y que deje que el/la chico/a asuma las riendas, esto no es sencillo, ya que el instinto paterno lleva a tomar el control de la situación para intentar que se ponga bien; pero *cuanto más se ocupan los padres, menos se ocupa el/ella de hacerse cargo de su situación*. Puesto que una de las razones que le lleva al TCA es sentir que controla algo de su vida, cuanto más se intenta dirigir la situación más empeora el/la paciente. Desengancharse significa *asumir que uno no puede curar o resolver el problema, la responsabilidad de salir del trastorno es de el/la paciente y no saldrá hasta que lo decida*. Por eso, no sirven las súplicas, las amenazas, los gritos y los intentos para convencerle de que coma; hay que dejar de focalizar todo en la comida y empezar a ayudarle a asumir la responsabilidad de sus acciones, ya no es un/a niño/a y debe aprender que sus actos tienen consecuencias. Mientras esto no ocurra es difícil que progrese.

Desengancharse no es que dé igual lo que le pase, ni tampoco olvidarse de el/ella, simplemente es no entrar en batalla respecto a la con-

ducta alimentaria. Si se ve que no puede pensarse en otra cosa o que se buscan de continuo evidencias sobre los síntomas, se tiene que pedir ayuda porque tal vez la focalización en el problema de el/la hijo/a es un modo de evitar enfrentar los propios problemas.

Finalmente, recae en la familia la responsabilidad de proporcionar a sus hijos valores alternativos a los que la sociedad parece imponer y frente a los que son especialmente sensibles los adolescentes.

Personas con TCA casadas o que conviven en pareja

Si el/la paciente está casado/a o vive de forma estable con una pareja, el cónyuge debe expresar lo que está sufriendo e influir para que su marido/mujer se ponga en tratamiento, estableciendo para la convivencia condiciones similares a las ya especificadas a los padres. Es un momento muy delicado para la estabilidad matrimonial ya que los comportamientos anoréxicos o bulímicos pueden estropear cualquier relación. El matrimonio puede fracasar y el/la paciente tendrá que decidir si quiere terminar la relación o trabajar conjuntamente para salvar el matrimonio.

El tratamiento personal incluye los aspectos relatados para el resto de los/as pacientes. Sin embargo, la **intervención familiar** se dirige al cónyuge e hijos, destacando la importancia de su recuperación como forma de afrontar su libertad y su responsabilidad como madre/padre (en caso de que hubiera hijos).

■ **a.** Ofrecer psico-educación sobre el TCA a la pareja y los hijos, si son lo suficientemente mayores. También se trata de ver como es-

tán los niños, es decir, si presentan alguna dificultad, tienen dudas sin resolver o están asumiendo funciones parentales.

■ **b.** Ver factores desencadenantes de síntomas en el hogar, especialmente la elusión de las responsabilidades.

■ **c.** Interacción de la pareja: al realizar la consulta puede ponerse de manifiesto la existencia, no sólo del problema alimentario de el/la paciente, sino también de su soledad por un posible exceso de trabajo del marido/mujer. Ambas cosas deberán cambiar. Si los dos necesitan ayuda es más fácil que el/la paciente acepte ponerse en tratamiento.

■ **d.** Poner de manifiesto los roles que desempeñan cada uno, por ejemplo, ver si el marido hace de padre o terapeuta de la paciente, o viceversa. Detectar si se ha refugiado en el trabajo o tiene otra relación. También observar cómo reacciona el cónyuge ante las pérdidas de control de el/la paciente. Cuando se produce una mejoría del trastorno, suelen surgir conflictos porque a la pareja le cuesta encajar los cambios.

■ **e.** Relaciones sexuales, suele haber dificultades que aparecen cuando mejora el TCA o el trastorno disociativo. En ocasiones, cuando mejora el/la paciente se destapa un problema sexual de la pareja que había estado oculto.

En personas que no aceptan su trastorno y no reconocen su necesidad de cambiar, puede optarse por un grupo de enfoque motivacional cuyo objetivo es ayudar a percibir qué mejoría se produci-

ría en las diferentes áreas de su vida si solucionara el problema alimentario.

TERCERA FASE

La *prevención de recaídas y conclusión* de la terapia debe hacerse de forma muy paulatina y progresiva espaciando las consultas, es decir, no establecer un corte brusco. El alta no depende sólo de que hayan mejorado los síntomas sino que también se considera que la persona tiene suficientes estrategias de manejo para hacer frente a las dificultades que le vayan surgiendo, es decir, no concluye en cuanto come, recupera peso y no vomita.

Las **recaídas** forman parte del proceso, es decir, nos indican que hay situaciones críticas que aún no se saben enfrentar; son señales de alarma de que algo no funciona bien y que debemos investigar de qué se trata.

Ante una recaída, es importante pensar que no significa una vuelta al inicio y que simplemente es el momento de pedir ayuda para remontar o solventar la situación que la ha precipitado. Las recaídas suelen producirse cuando tiene lugar alguna situación de crisis o eventos estresantes como rupturas de pareja, cambios en la familia, trabajo o entorno, conflictos familiares, exámenes, etc.

Formas de intervención más adecuadas

Para que sea efectiva la mejoría

del paciente no debe depender de ver a un terapeuta determinado, es decir, el paciente debe asumir su mejoría sin condicionarla al hecho de que le vea un profesional en concreto. No obstante, este proceso es largo y conseguir hacer una atribución interna de la misma en lugar de condicionarla a lo externo exigirá mucho trabajo a lo largo del tratamiento. En el transcurso de este cambio, es posible que se generen situaciones de enfrentamiento entre los diferentes profesionales del equipo. Nada grave, es algo esperable que todo terapeuta conoce y maneja. Las reuniones entre ellos ayudan a paliar estas estrategias rompedoras.



Además de la unión en la divergencia y confluencia de pareceres, en todo proceso de tratamiento el equipo tiene que incluir **sesiones individuales y sesiones de grupo. Sesiones familiares. Grupos de padres.**

La relación individual permite establecer una conexión que facilite

el compromiso de el/la paciente a permanecer en el tratamiento, y a colaborar con honestidad en él. La individualidad facilita analizar, comprender y tratar los factores psicológicos asociados a las conductas anoréxicas y bulímicas. El tratamiento individual trata por tanto de conseguir que el/la paciente se implique y coopere en el esfuerzo para desarrollar nuevas estrategias de resolución de problemas más eficaces.

El tratamiento en grupo se considera un complemento útil y económico de la terapia individual, pero nunca su sustituto. Generalmente se manejan problemas de relación interpersonal, entrenamiento en habilidades que contrarresten su sometimiento, aceptación de la imagen corporal, desarrollo de habilidades para afrontar el estrés y los miedos que paralizan la mejora y la utilización del tiempo libre y de ocio de forma constructiva.

La realización de un grupo en que se comparte con todos los que sufren la misma patología, les alivia de su aislamiento y les permite superar sus sentimientos de vergüenza y secretismo.

En el grupo se pueden compartir experiencias que nunca antes habían contado. A veces, es más fácil aceptar algo si te lo dice un igual. El tratamiento de grupo puede proporcionar un apoyo mientras se incrementa la fuerza necesaria para realizar intervenciones terapéuticas individuales que impliquen una mayor confrontación y presión al cambio. Compartir experiencias en grupo,

ayuda a los pacientes a hacerse cargo de su enfermedad y dejar de negarla disociándose.

La terapia familiar es útil y necesaria tanto en pacientes jóvenes como adultos. Implica, además de dar información sobre el trastorno, intervenir sobre el tipo de relaciones entre los miembros de la familia, abordar la distribución de los roles que ocupan cada uno y los límites que se establecen. Puede incluir a todos los integrantes de la familia o trabajar sólo con algunos de ellos.

El modelo de intervención suele ser integrador bien simultaneando modelos, bien de forma sucesiva, especialmente en las últimas etapas de la recuperación. Se utiliza: Terapia Cognitivo-conductual, Terapia interpersonal, Terapia familiar sistémica, Terapia Ocupacional y Terapia Dinámica. Otras intervenciones ayudan a complementar a las anteriores: relajación, meditación, imaginación guiada, etc.

Consideraciones sobre los psicoterapeutas:

A la hora de seleccionar un terapeuta, además de su experiencia profesional, lo más importante es que resulte alguien confiable y que conecte con el/la paciente. No es conveniente andar cambiando de terapeuta porque esto obstaculiza la evolución de la terapia al tener que volver a contar toda la historia a otra persona. Si no estamos de acuerdo con algún aspecto, es mejor hablarlo directamente con el profesional antes de abandonar el tratamiento. También hay que tener en cuenta que en ocasiones el terapeuta tendrá que hacer determinados señalamientos que

pueden resultar molestos para el/la paciente y, ante tales confrontaciones, se siente molesto/a y quiere abandonar.

¿Qué puede esperarse durante la terapia?

En algunos casos, al poco de empezar la terapia se produce un empeoramiento sintomatológico que debe ser entendido como el temor a abandonar algo que le ha acompañado durante mucho tiempo, sería algo así como los últimos coletazos de la patología antes de abandonar los síntomas.

En personas anoréxicas que siempre han sido complacientes puede ocurrir que al avanzar la terapia estén más hoscas, contestonas o irritables. Esto no es signo de que estén peor sino que empiezan a manifestar su malestar de otra manera, y también porque se sienten obligadas a incrementar peso y a ser conscientes de sentimientos que mantenían ocultos.

En algunas personas bulímicas o comedoras compulsivas se da una reducción importante de los síntomas al iniciarse la terapia pero esto es un falso signo de progreso porque cuando se empieza a indagar en las fuentes de estrés emocional, los síntomas regresan para hacer frente a estas emociones, sobre todo si llevan años ocultándolas. En estos casos, esas recaídas aparentes indican que la terapia está resultando efectiva.

En algunos casos, y debido a su salud, durante el tratamiento es necesario ingresar al paciente sin que esto implique un fracaso del mismo o un abandono. Este espacio puede ser una oportunidad para que la familia aprenda nue-

vas formas de responder a los síntomas y favorecer así el proceso de recuperación. En cuanto al paciente, suele sentirse ambivalente ante la idea de ingresar, puede enfadarse, hacerle sentir culpable o avergonzado, pero por otro lado también le hace sentirse protegido.

Una paradoja que podemos encontrarnos en estos tratamientos, es que el paciente puede estar mejor respecto a los síntomas pero esto no le hace sentirse feliz puesto que aun no dispone de las estrategias suficientes para hacer frente a las nuevas emociones que experimenta y que antes solventa a través de los síntomas. Por eso se considera que el proceso de tratamiento es complejo y largo.



Cuando se ha concluido la terapia y el paciente se enfrenta a una situación de crisis vital: divorcio, cambio de trabajo, pérdidas... puede producirse una recaída. En este caso lo mejor es retomar el con-

tacto con el equipo terapéutico para que le ayude a superar la situación.

Posibles resultados del tratamiento

De forma general puede decirse que la mayoría de los equipos de tratamiento que tienen una solvencia profesional en estos trastornos, consiguen que los dos tercios de los pacientes salgan adelante y se recuperan de forma estable. Mantienen su peso en un nivel normal, recuperan la menstruación, dejan de preocuparse por el peso, aceptan su cuerpo e incrementan su confianza y autoestima. La mayoría del tercio restante, se recupera de forma parcial. Pueden recuperar su peso pero mantienen una comida muy repetitiva, o con prohibiciones. Mantienen su preocupación por su peso y el deseo de controlar no les abandona. Un grupo muy pequeño no se recupera nunca. Mantienen los síntomas como el primer día y su salud se deteriora progresivamente. Eventualmente pueden morir por emaciación o a causa de las conductas purgativas.

Duración del tratamiento

En general, la resolución de un TCA es una tarea **ardua y costosa**. Si un/a paciente joven no se ha recuperado en los dos primeros años de tratamiento, cabe esperar que la resolución del trastorno se prolongue cinco o más años de tratamiento, por eso es fundamental tener paciencia y saber que los cambios no se producen de un día para otro, sino que han de ser progresivos. Si alguien se plantea el cambio como inmediato, fracasa y

se frustra y es más fácil pensar en tirar la toalla.

La **duración** depende de varios factores:

■ *Tiempo de evolución del trastorno.* Como norma general puede afirmarse que un/a paciente con una evolución corta, necesitará menos tiempo que un/a paciente cuyo trastorno lleve instaurado ya varios años. Es probable que un tratamiento de un adolescente de 13 años que lleva 8 meses de evolución, sea más corto que el tratamiento de una persona de 29 años que lleva 9 años de evolución.

■ *La gravedad del problema.* Sin embargo, si el/la paciente joven debuta con una patología muy grave, el tratamiento puede durar tantos años como el de el/la paciente de larga evolución. En los casos más complicados, la mejoría puede lograrse tras más de 7 años de tratamiento. No es del todo infrecuente encontrar que una persona comience su mejoría tras varios años y diversos intentos de tratamiento, sobretudo si es por decisión propia. Entonces, algo que parecía imposible sucede, y la/el paciente inicia su auténtica recuperación.

■ *Los factores psicológicos implicados*, ya que necesitan tiempo para modificarse de forma estable. Algunas personas anoréxicas a las que se les ha dado un alta prematura, han desarrollado a posteriori un trastorno bulímico, o un TOC (Trastorno Obsesivo-Compulsivo) más grave que la patología anoréxica. No se las había preparado para afrontar las posibles situaciones de descontrol ante el estrés y las adversidades.

■ *La intensidad de la negación de la patología.*

a) La interpretación de las conductas patológicas como forma de ser impide la colaboración y retrasa el inicio del proceso de tratamiento. Este periodo de negación puede durar varios años. En ocasiones no se logra pasar de esta etapa y el/la paciente permanece sin recuperarse.

b) La vergüenza de los comportamientos realizados impide la petición de ayuda.

■ *La experiencia en las primeras consultas* marcan diferencias. Si la experiencia terapéutica es negativa la persona puede cerrarse y enquistarse el trastorno.

■ *La presencia de otros trastornos psíquicos.* La existencia de otras adicciones como el alcohol y otras drogas u otros problemas psicológicos, o una conflictividad familiar extrema, pueden añadir complicaciones y alargar el tiempo que se necesite en llevar a cabo el tratamiento.

■ *La implicación excesiva.* Si la familia se implica demasiado en la recuperación del trastorno, puede interferir para que el/la paciente asuma su responsabilidad en los cambios que únicamente él/ ella puede hacer. Un signo de esta excesiva implicación es cuando el estado de ánimo de la casa gira en torno a el/la hijo/a y las cosas que les suceden a los hermanos, a los mismos padres, dejan de tener sentido.

■ *La incapacidad de cambio en las relaciones familiares.* Si se mantienen los mismos roles, la au-

sencia de límites, el caos, la falta de expresión de emociones, el/la paciente sigue careciendo de individualidad propia; se conforma con una individualidad referencial o reflejada.

Frecuencia ideal de las sesiones

La frecuencia de las sesiones depende de la gravedad del trastorno y de la etapa de tratamiento. A mayor gravedad, mayor número de sesiones en semana, aunque si son excesivas impiden la asimilación por parte del/la paciente. La segunda etapa exige una o dos sesiones semanales en régimen ambulatorio y en la tercera etapa de prevención de recaídas, las sesiones se distancia hasta llegar al alta. Los padres deberían verse con una frecuencia que no fuera inferior a una vez al mes. Cada dos o tres semanas sería una frecuencia óptima. Esta intensidad se refiere al primer tramo del tratamiento, quizás el primer año, luego las consultas se distancian, siempre que la evolución de el/la paciente lo permita.

Prevención

La mejor manera de ayudar a un hijo/a a evitar un TCA es ayudarle a que no lo empiece. Aun así, si la hija/o pide realizar una dieta porque tiene un sobrepeso importante habrá que considerar como hacerlo pues la realización de dietas tiene algunas implicaciones peligrosas ya comentadas previamente en esta guía.

Para valorar la adecuación de esta decisión conviene que los padres examinen cuál es su posición ante la comida y el peso. Algunos pa-

dres, especialmente si uno de ellos tiene sobrepeso, queriendo hacer aquello que consideran óptimo para evitar que sus hijos puedan padecer problemas de salud o sufrir la discriminación social por su peso que ellos han experimentado (o imaginan puede acaecer), pueden actuar de manera impulsiva. Su deseo protector les impide valorar con precisión si la petición de pérdida de peso refleja una verdadera necesidad de salud o es la forma (ilusoria) en la que sus hijos/as tratan de afrontar todas las cuestiones de su vida (identidad, éxito, etc.). No puede olvidarse que la sociedad actual ha llevado a muchas personas al extremo de creer que lo que uno pesa significa más que lo que uno es, y que estar delgado, incluso de forma enfermiza, es reflejo de éxito, belleza y felicidad. Además, al evaluar las propias dificultades para afrontar su cuerpo que seguramente ha perdido juventud y formas, tienen la oportunidad de buscar la autoestima en otros valores personales que ayudan a soportar la presión social.

Los expertos en salud mental y física recomiendan conseguir que todos los miembros de la familia mantengan unos hábitos de vida saludables, tanto en alimentación como en actividad física, manejo de emociones, empleo del tiempo libre y ocio e intereses espirituales. Si a todo esto se le añade una comunicación abierta y sincera y un afecto independientemente de sus logros, errores o apariencias, las probabilidades de desarrollar el trastorno disminuyen, incluso aunque durante un tiempo tengan que realizar una dieta.



Anexo 1

Clasificaciones diagnósticas

El diagnóstico de una enfermedad mental cualquiera se fundamenta en el cumplimiento de una serie de criterios descriptivos específicos, que pretenden identificar a todos lo sujetos que padecen ese trastorno concreto y diferenciarlos, a su vez, de aquellos que presentan otras enfermedades distintas. Esta situación ideal no se da prácticamente con ninguna enfermedad mental, pero en el caso particular de los trastornos de la conducta alimentaria las clasificaciones diagnósticas actuales distan mucho de aproximarse a este patrón. Uno de los motivos que dan cuenta de estas deficiencias es el desconocimiento riguroso de las causas y los mecanismos que intervienen en la génesis y desarrollo de las enfermedades a las que aquí nos referimos, por lo que sólo podemos clasificarlas de modo descriptivo por su presentación clínica, es decir, por los síntomas y signos que provocan. Otro de los motivos, consecuencia del anterior, es que muchos de estos síntomas y signos son compartidos por varias enfermedades y son la expresión resultante de problemas distintos, con lo que pueden ser poco discriminantes. Una de las soluciones que se han aplicado es la creación del diagnóstico de “trastornos de la conducta alimentaria no especificados”, que recoge todas aquellas enfermedades de la conducta

alimentaria cuya descripción no encaja claramente en las categorías diagnósticas de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o trastorno por atracón.

Criterios DSM-IV TR para el diagnóstico de Anorexia Nerviosa

■ **A.** Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).

■ **B.** Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

■ **C.** Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la auto-evaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

■ **D.** En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos).

Tipos de Anorexia:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, la persona no recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Criterios DSM-IV TR para el diagnóstico de Bulimia Nerviosa

■ **A.** Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

■ **b.** Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.

■ **C.** Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

■ **D.** La auto-evaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

■ **E.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Tipos de Bulimia:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Criterios DSM-IV TR para el diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado

La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificado se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:

■ En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.

■ Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.

■ Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.

■ Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo, provocación del vómito después de haber comido dos galletas).

■ Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

■ Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa. También llamado trastorno por atracón.

Criterios DSM-IV TR para el diagnóstico de Trastorno por atracón

■ A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:

1. Ingesta, en un corto periodo de tiempo (por ejemplo, en 2 horas), de una cantidad de co-

mida definitivamente superior a la que la mayoría de la gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.

2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (por ejemplo, sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).

■ B. Los episodios por atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Ingesta mucho más rápida de lo habitual.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.
4. Comer a solas para esconder su voracidad.
5. Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.

■ C. Profundo malestar al recordar los atracones.

■ D. Los atracones tienen lugar, como media, al menos dos días a la semana durante 6 meses.

El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (por ej., purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa.

Anexo 2

Complicaciones médicas en los TCA

La mayoría de las personas no conocen las posibles consecuencias que pueden resultar de los trastornos de la conducta alimentaria, ni la severidad que estas pueden alcanzar, por una simplificación excesiva al valorar estas enfermedades como caprichos propios de una actitud infantil.

A esta percepción contribuyen, entre otros factores: la magnífica capacidad del organismo para adaptarse al estado de malnutrición, que compensará las carencias de un modo silente, sin manifestaciones observables ante un examen superficial; la elevada actividad física de algunos pacientes, fundamentalmente quienes padecen anorexia nerviosa, que puede propiciar el convencimiento de que nada serio puede estar sucediendo; la negación y el ocultamiento por parte de los pacientes y sus allegados de algunos síntomas, e incluso la constatación de una disminución en la frecuencia de resfriados o cuadros febriles; y la ausencia de hallazgos significativos en las exploraciones analíticas y otras pruebas diagnósticas, consecuencia de la extraordinaria capacidad de adaptación a la que antes hacíamos referencia.

Por estos motivos podría ser un error negociar con el/la paciente que se iniciará un tratamiento si

“la analítica” apareciese alterada. Muchos padres, y desde luego los pacientes, pueden convencerse desconcertados de que sus hijos tenían razón cuando negaban la presencia de algo “enfermizo”, retrasando de este modo una intervención precoz.

Las complicaciones médicas que pueden surgir durante la evolución de los trastornos del comportamiento alimentario pueden presentarse de un modo relativamente brusco (agudas) o instaurarse de forma insidiosa (crónicas). Cada una de ellas requerirá abordajes terapéuticos diferentes y específicos, con intervenciones inmediatas y breves, o que deben ser mantenidas a medio y largo plazo.

1. Bajo peso y malnutrición

Si bien el bajo peso no aparece en todos los trastornos del comportamiento alimentario es una característica fundamental de algunos de ellos, con especial relevancia en la anorexia nerviosa. Es importante a su vez señalar que la malnutrición se acompaña de una modificación en la composición corporal, a expensas esencialmente de los compartimentos graso y muscular del organismo, lo que determina un aspecto más o menos emaciado en estos pacientes, incluso esquelético.

Y, aunque pudiera parecer (por los frecuentes mensajes que recibimos en este sentido) que la eliminación de la grasa corporal redun-

da en una mayor salud, esta concepción así entendida se aleja de la realidad.

Cada componente de nuestro organismo (incluyendo la grasa) desempeña una función necesaria, y todos ellos, en su debida proporción, son cruciales para mantener un estado de salud.

La grasa corporal está estrechamente ligada a la producción hormonal estrogénica, determinante para el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios femeninos; de hecho, para que pueda darse una adecuada función ovulatoria y una condición fértil, el cuerpo femenino necesita un volumen corporal graso que suponga entre un 18 y un 30% del peso corporal total.

Independientemente de la anormal composición corporal, el bajo peso por sí mismo es origen de algunas complicaciones. Así, por ejemplo, la frecuencia cardiaca, la temperatura corporal o el funcionamiento cerebral disminuyen su actividad/valores habituales en condiciones de malnutrición. Todos estos cambios suponen una adaptación forzada ante una situación adversa, alcanzando un equilibrio precario que deja expuesto al organismo con una capacidad de reacción disminuida ante posibles adversidades.

2. Cambios cerebrales

Los estados de malnutrición pueden acompañarse de cambios estructurales en el cerebro, que explican parte de la sintomatología observable en los pacientes mal-

nutridos: dificultades para la concentración, inestabilidad emocional, cambios en el razonamiento lógico y el pensamiento abstracto.

3. Inestabilidad cardiovascular

El sistema cardiovascular -que incluiría el corazón, el árbol circulatorio y sus distintas funciones- puede verse comprometido en los trastornos de la conducta alimentaria de diversas formas.

Al igual que sucede con los músculos del aparato locomotor, el músculo cardiaco también puede verse afectado, presentando con frecuencia una pared muscular más adelgazada de lo normal. Esta afectación (entre otras) podría dar lugar a un fracaso o una insuficiencia en la función propulsora del corazón, comprometiendo la distribución de la sangre de forma eficiente a todos los órganos del cuerpo.

Algunas manifestaciones menores de esta incapacidad serían los frecuentes mareos, e incluso desvanecimientos, que experimentan estos pacientes con actividades más intensas de lo habitual.

4. Alteraciones electrolíticas

Las alteraciones significativas en la concentración de estos iones pueden causar arritmias cardíacas (ritmos anormales en la conducción eléctrica cardíaca que pueden resultar en alteraciones de su función), debilidad y lisis muscular, calambres, temblores, crisis comiciales, confusión, coma e incluso la muerte.

Las alteraciones más frecuentes del equilibrio electrolítico son: bajas concentraciones de potasio, bajas o elevadas concentraciones de

sodio, y concentraciones bajas de calcio, magnesio y fósforo.

Es común que los pacientes puedan despertarse hinchados, hasta el punto de que no puedan calzarse o la ropa quede muy ajustada. Esta retención de líquidos fuera de sus lugares habituales (denominada edema) responde a múltiples causas de entre las descritas (alteración renal, cardíaca, malnutrición proteica...). Señalamos aquí el efecto “rebote” por el uso y abuso de laxantes o diuréticos.

5. Alteraciones en el control de la temperatura corporal

Es habitual observar una baja temperatura corporal o la incapacidad para mantener una temperatura corporal normal ante cambios en la temperatura ambiental en pacientes malnutridos.

La frialdad en las extremidades (manos, pies...), acompañada de una coloración violácea, encontrada en estos pacientes responde a problemas circulatorios (aunque guarda también relación con los procesos que intervienen en el mantenimiento de la temperatura corporal).

6. Problemas digestivos

Como resultado de una menor motilidad (peristaltismo) intestinal, es muy frecuente que los pacientes con trastornos del comportamiento alimentario presenten estreñimiento y flatulencia, así como hinchazón del vientre (lo que deriva en un tormento para la mayoría de ellos). Algunos de los factores que intervienen en esta habitual y molesta complicación son la pérdida de masa corporal, una inadecuada ingesta de alimentos ricos en fibra, la ingesta líquida insufi-

ciente y el abuso de laxantes y otros fármacos. Es habitual la presencia de saciedad precoz, que se traduce en una sensación de plenitud gástrica y náuseas, motivada, entre otras razones, por un lento vaciamiento del contenido gástrico. Esta sintomatología encontrará un alivio progresivo a medida que progresa una realimentación adecuada.

Entre otras complicaciones no tan usuales pero potencialmente graves nombramos algunas: diarreas, alteraciones del hígado debido a la malnutrición, inflamación de la mucosa esofágica o gástrica y los sangrados digestivos por abuso de enemas o laxantes.

7. Alteraciones del metabolismo óseo

Es frecuente que pacientes con anorexia nerviosa u otros trastornos de la conducta alimentaria presenten una baja densidad ósea, lo que supone unos huesos con una fragilidad mayor de la habitual y con predisposición a fracturas, incluso patológicas, es decir, sin que medie traumatismo externo alguno.

El uso de tratamientos hormonales con estrógenos no parece beneficiar la resolución de estas alteraciones, por lo que el tratamiento más oportuno incluye la realimentación y el aporte de cantidades suficientes de calcio y vitamina D.

8. Alteraciones de las células sanguíneas y de la inmunología

Puede aparecer anemia, que podríamos definir como una disminución de la hemoglobina, que es una proteína encargada de transportar el oxígeno contenido en la

sangre hacia los órganos del cuerpo. Esto disminuye el aporte eficiente de oxígeno a los tejidos corporales, sumándose a los efectos perniciosos de las también reducidas frecuencia cardíaca y tensión arterial. Sus manifestaciones contribuyen en la expresión de síntomas como cansancio, somnolencia, debilidad, irritabilidad...

9. Retraso del crecimiento

Una de las características diferenciales de los trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes respecto de los más mayores es la repercusión que opera sobre su crecimiento. Si un niño o adolescente no ingiere lo suficiente para satisfacer sus demandas nutricionales, su estatura se verá afectada. Más allá de un determinado momento en la adolescencia no se producirá un mayor crecimiento, por lo que el retraso en el crecimiento puede conducir a un freno definitivo del crecimiento en estatura.

10. Alteraciones menstruales

La ausencia de menstruaciones, situación clínica denominada amenorrea, es una de las características clásicas de la anorexia nerviosa. La amenorrea se define como primaria si se produce en niñas que nunca han tenido menstruaciones cuando debieran haberlas iniciado; y secundaria, cuando habiendo presentado menstruaciones normales, dejan de menstruar durante un período de al menos tres meses. Muy pocas pacientes se quejan de la supresión de las menstruaciones, incluso pueden vivirlo como una liberación.

Estas manifestaciones clínicas están en relación con los niveles de hormonas sexuales, que en las

pacientes que padecen trastornos de la conducta alimentaria son similares a las de las niñas que no han alcanzado la pubertad.

Algunas pacientes pueden quedarse embarazadas (a pesar de tener un peso muy bajo y un patrón menstrual irregular o ausente) ante la sorpresa de familiares, del personal encargado del tratamiento y habitualmente de la propia paciente. Es importante notar que el riesgo de padecer abortos espontáneos o de que los bebés nazcan con bajo peso es muy elevado.

11. Alteraciones dermatológicas

En numerosas ocasiones se observan determinados estigmas en la piel, uñas y pelo de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, algunos frecuentes, como la piel seca y un cabello ralo y quebradizo, o la presencia de rágades (boqueras) si los vómitos son frecuentes. Algunos pacientes pueden presentar una coloración anaranjado-amarillenta en las palmas de las manos y alrededor de la boca y el mentón. Otro hallazgo significativo es la presencia de lanugo, que es un vello fino y corto característico de enfermos con desnutrición importante, que aparece con mayor frecuencia en cuello, espalda y sienes (parece responder a un intento del organismo para perder menos calor corporal). También puede aparecer un pelo más duro en áreas insólitas para las mujeres que recuerda al bello del varón, debido a alteraciones en las hormonas sexuales.

Más raro es encontrar callos en el dorso de la mano (signo de Russell) como resultado de la provocación del vómito por presión

de los dedos sobre la garganta y el roce de los dientes sobre la piel de la mano.

Es observable a simple vista la inflamación de las glándulas salivales, fundamentalmente por tumefacción parotídea en ambos lados de la cara, simétrica e indolora, lo que da un aspecto de cara de luna llena o mejillas abultadas, habitualmente de forma secundaria a la presencia de vómitos frecuentes o por la misma desnutrición. Suele revertir, aunque no siempre de forma inmediata, tras el cese de los hábitos purgativos. Esta tumefacción de la cara suele ser interpretada como “gordura”, manteniendo los ciclos restricción-atracón-vómito, que no harán sino empeorar la situación.

12. Alteraciones de las piezas dentales

La erosión del esmalte dental es debida al contenido ácido de los vómitos autoprovocados. Las zonas más vulnerables corresponden a la cara posterior de los inci-

sivos y caninos superiores. Es muy común la aparición de numerosas caries y la inflamación e infección de las encías, pudiendo llegar a la pérdida de piezas dentarias. Existe una mayor sensibilidad de los dientes al frío y al calor.

13. Cambios en el estado de ánimo y en el comportamiento

Cuando se hace dieta, se piensa más en comida, menús y recetas e incluso es más probable que se sueñe con comida. Si la dieta se mantiene por un largo período de tiempo aparecen signos depresivos, baja la autoestima, sentimientos de soledad y la obsesión por la comida es cada vez mayor.

Estos cambios pueden modificar dramáticamente la personalidad de los pacientes y su funcionamiento habitual. Algunos autores han descrito estos cambios como el resultado de un intenso miedo, tristeza o un sentimiento de desamparo. Así entenderemos mejor la testarudez y la irritabilidad e incluso la agresividad.

Bibliografía

Ardell, Maureen and Corry-Ann.
Portrait of an Anorexic: A Mother and Daughter's Story.
Vancouver: Flight Press, 1985.

Bullitt-Jones, Margaret.
Holy Hunger.
New York: Knopf, 1999.

Bruch, Hilde, M.D.
Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within.
New York: Basic books, 1973.

Brumberg, Joan Jacobs.
Fasting Girls: The History of Anorexia Nervosa.
New American Library, 1988

Byrne, Catherine.
A parent's Guide to Anorexia and Bulimia.
New York: Henry Holt, 1987

Calvo Sagardoy, Rosa.
Anorexia y bulimia.
Guía para padres, educadores y terapeutas.
Planeta Práctico. 2002.

Caparros, Nicolás.
La Anorexia, una Locura del Cuerpo.
Biblioteca Nueva, 2004.

Chinchilla Moreno, Alfonso.
Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia y Bulimia Nerviosas, Obesidad y Atracones.
Masson, 2003.

Claude-Pierre Peggy.
The Secret Language of Eating Disorders.
New York: Random House, 1997.

Collipp, Platon J., M.D., ed.
Childhood obesity.
New York: Warner Books, 1986.

Friedman Sandra Susan.
When girls feel fat.
Toronto, Canada:
Firefly books, 2000.

García-Camba, Eduardo.
Avances en Trastornos de la conducta Alimentaria. Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Obesidad.
Masson, 2001.

Germaine Marcia.
Hutchinson, Love the body you have.
Freedom, Calif.:
The Crossing Press, 1985.

Gottlieb Lori.
I Had an Eating Disorder and Didn't Even Know It.
Cosmo-Girl, April 2001.

Minuchin, Salvador, Bernice L. Rosman, and Lester Baker.
Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context.
Cambridge: Harvard University Press, 1978.

Moe Barbara.
Coping with Eating Disorders.
New York:
Rosen Publishing. 1991.

Nardone, Giorgio.
Más allá de la Anorexia y la Bulimia.
Paidós Ibérica. 2004.

O'Neill, Cherry.
Starving for Attention.
New York: Continuum, 1982.

Orbach, Susie.
Hunger Strike: The Anorectis's Struggle as a Metaphor for Our Age.

New York and London:
W.W. Norton, 1986.

Pipher, Mary.
Reviving Ophelia.

New York:
Ballantine books, 1994.

Roth, Geneen.
When Food is Love: Exploring the Relationship between Eating and Intimacy.

New York: Plume, 1993.

Toro Trallero, Joseph.
El cuerpo como delito. Anorexia, Bulimia, Cultura y Sociedad.

Ariel, 2003

Toro Trallero, Joseph.
Riesgo y causas de la Anorexia Nerviosa.

Ariel, 2004.

Valette, Bett.
A Parent's Guide to Eating Disorders.

New York:
Avon Books, 1988.

Waterhouse, Debra.
Like Mother, Like Daughter.

New York: Hyperion, 1997.

Wolf, Naomi.
The Beauty Myth.

New York: Morrow, 1991.

Zerbe Kathryn, M.D.
The Body Betrayed.

Carlsbad, Calif. Gürze, 1995

