

**DOCUMENTO BASE:
"TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA"**

ROSA CALVO SAGARDOY
Dra. en Psicología Clínica
Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid



Contenido

DOCUMENTO BASE.....	3
Documento base: "trastornos de la conducta alimentaria"	
FICHA 1.....	22
Tratamiento de los trastornos de alimentación	
FICHA 2	42
Programa de tratamiento de la imagen corporal	

Documento base.

DOCUMENTO BASE: "TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA"

Dada la difusión de información en los medios acerca de la Anorexia Nerviosa y su relación con la Moda y las Tallas de las modelos, la mayoría de las personas equiparan los Trastornos de la Conducta Alimentaria con los problemas en la ingesta de comida de los pacientes que los padecen, obviando otros aspectos más profundos de su patología. Sin embargo, estos trastornos no pueden considerarse producto de la vanidad de las personas que desean utilizar tallas pequeñas, sino la expresión de dificultades emocionales intensas que han inducido, a cierto número de personas, a buscar en la apariencia el mínimo de seguridad necesario para afrontar su vida. La identificación exclusiva de la patología con los aspectos alimentarios y purgativos implica un *"reduccionismo"* excesivo, que no da cuenta de las grandes dificultades que subyacen en la persona que los desarrolla. Los pacientes presentan, desde luego, alteraciones del comer que repercuten de forma grave en su salud, pero su **comprensión completa** requiere considerarlos el resultado de problemas psicológicos y relacionales profundos insertados en una sociedad volcada en el cuerpo.

Y, aunque es difícil creer que las personas que desarrollan una Anorexia, una Bulimia, un Trastorno por atracón, etc., utilizan la comida para afrontar sus dificultades existenciales, **no tomar en cuenta esta realidad subyacente** bloquea la implementación de un programa de tratamiento integral, eficaz y duradero. Contar calorías, realizar miles de flexiones o planificar cómo conseguir no comer a pesar de tener hambre, permite a la paciente anoréxica disminuir su conciencia, bloquear los sentimientos dolorosos, evitar pensamientos amenazantes y/o eludir los retos vitales que la esperan. Los atracones, a su vez, sirven para soslayar cualquier sentimiento negativo: tristeza, soledad, vacío interior, agresividad, que emerja en la conciencia; Las purgaciones se utilizan como alivio del exceso de comida, la negatividad emocional y/o la relajación física y mental.

Existen varias **razones** por las que una persona **desarrolla un trastorno alimentario**. Algunas pueden haber sido víctimas de abuso físico, emocional y/o sexual; vivido en una familia en la que se negaba cualquier emoción negativa, discrepancia o conflictiva; o se abusaba del alcohol; Otras haber pasado una etapa en la infancia en la que fueron la/el "gordita/o" y recibir numerosas burlas de sus compañeros. Cualesquiera que hayan sido las razones, los pacientes, sus familias y los terapeutas tienen que saber que el trastorno alimentario ha sido la manera de enfrentar sus sentimientos y emociones negativas, sus miedos, sus supuestas deficiencias. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria no existen en vacío ni ocurren en una persona con una vida plena y emocionalmente sana. Las personas que devienen pacientes tienden a ser más introvertidas, sensitivas, obsesivas, aisladas o impulsivas y desarrollan la idea de que la pérdida de peso o la consecución de un cuerpo perfecto, les aliviará del malestar, los sentimientos de inseguridad y su disforia. La mayoría de los pacientes presentan alteraciones del estado de ánimo, ansiedad, síntomas obsesivo-compulsivos o trastornos de la personalidad.

Resultado de la solución (valía personal y auto-estima según la apariencia corporal) que la sociedad actual da a los problemas existenciales, los trastornos de la conducta alimentaria surgen cuando se intenta utilizar el control del peso y la manipulación de la ingesta para obtener la seguridad relacional deseada. Los conflictos más frecuentes incluyen la superación de unos sentimientos permanentes de incapacidad, el control de las emociones, la evitación de los retos y las dificultades que la vida nos plantea. Comer o desear comer (aunque se controle la ingesta de alimentos) se debe no sólo a que se tenga hambre debido a la restricción de la comida, sino a razones que no están directamente relacionadas con sus necesidades fisiológicas. Los pacientes comen (o no comen) porque intentan solventar, de forma temporal e ilusoria, los sentimientos de malestar, ansiedad, vacío e incapacidad permanente que les embargan.

*V...., joven educada y encantadora hasta que empezó la Universidad. Nada en ella podía presagiar las conductas patológicas que afloraron en su primer año de carrera. La **falta de control** en las clases fue la primera circunstancia que le puso en evidencia su incapacidad de autorregulación personal. Empezó a faltar a clase y a experimentar cosas que hasta entonces no había sentido y sobretodo sentirse atractiva con los chicos. **Decidió ponerse a régimen**. Como a la mayoría que lo hacen, el hambre le sobrepasó. Los atracones y vómitos siguieron su curso. Como el dinero se le acababa enseguida, empezó a robar a sus padres. Vendió las joyas de la familia, falsificó la firma del padre para utilizar sus cheques. Le robó las tarjetas a su madre. Los padres echaron la culpa, primero, a la asistente a la que despidieron y luego al hermano. La tensión fue tal que éste se marchó de casa. V... callaba y se aprovechaba de las circunstancias. Cuando no hubo nadie más a quien culpar, los padres hablaron con su hija.....*

Como afirmo, los trastornos alimentarios no son consecuencia de falta de voluntad, como muchas pacientes o sus familias creen, sino de ciertos **déficits cognitivo-emocionales** en la resolución adecuada de las dificultades que entraña nuestra existencia. Además, una vez que las pautas alimentarias se alteran, ellas mismas producen, a su vez, dificultades psicológicas que incrementan el malestar y sufrimiento de las pacientes. Los trastornos, generalmente están asociados a alteraciones psiquiátricas tales como depresión, ansiedad y/o abuso de sustancias. No obstante, a pesar de la gravedad que entrañan padecer un trastorno alimentario y de la resistencia que presentan los pacientes a ser tratados, si se cuida su salud preservando su dignidad; se les enseña a normalizar su alimentación; se les proporciona información que incremente su conocimiento sobre los conflictos psicológicos y relacionales subyacentes, un **tratamiento adecuado** (holístico, largo y laborioso) permite, a numerosos pacientes, recuperarse de forma estable.

Por otra parte, si bien los trastornos de la Conducta Alimentaria tienden ser equiparados únicamente con Anorexia y Bulimia, -demasiado conocidas debido a su impacto mediático y cuya nefasta repercusión (recubrimiento de un supuesto glamour y atribución de cualidades inexistentes a las personas que las sufren) ha provocado el incremento de la patología- las alteraciones no se circunscriben únicamente a estas patologías. El interés, algo morboso, por la anorexia y la bulimia han encubierto otros trastornos que cursan con patología alimentaria y cuyos pacientes precisan, también, atención clínica y apoyo terapéutico. Entre ellos destacan por su frecuencia y/o riesgo: Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (cuadros incompletos de los trastornos anteriores tales como una Anorexia en la que permanece el ciclo menstrual aunque la paciente tenga un peso muy bajo); Trastorno por Atracón, Ortorexia, Vigorexia, y otros trastornos alimentarios en los que no está presente la insatisfacción con el peso y la imagen corporal, como es la Fobia a la comida.

ANOREXIA NERVIOSA

La Anorexia Nerviosa es un trastorno alimentario que se caracteriza por una pérdida significativa de peso resultante de la reducción excesiva y continuada de su ingesta alimentaria, debido a un deseo intenso de estar delgada/o. Las pacientes anoréxicas se sienten o perciben gordas, independientemente del peso que tengan, y se niegan a reconocer su delgadez incluso en una situación de caquexia extrema. En su intento de conseguir la delgadez deseada (algo que no tiene límite) evita comer hasta tal extremo que compromete gravemente su salud. Los riesgos para la salud y la vida de los pacientes son, en algunos casos, tan extremados que pueden llegar a morir. El inicio del trastorno tiende a ocurrir después de una situación de cambio estresante, especialmente el inicio de la pubertad.

*G..... Durante la infancia había gozado de buena salud. Los estudios iban viento en popa. Cada vez sacaba mejores notas. Como actividades extraescolares se había apuntado a alemán, tenis y los fines de semana montaba a caballo. A los 12 años era alta y "fuerte". Su primera menstruación fue a los 13. Al **comenzar a desarrollar** su madre le acompañó a comprarse ropa. Nada le acababa de encajar. Por vez primera la madre la vio tensa, irritada. Recordándolo después, los padres habían percibido que a partir de ese momento la paciente había empezado a poner **excusas para no comer con todos**, "porque tenía mucho que estudiar". Las notas brillantes se dispararon y los paseos con el perro eran cada vez más largos.....Se apuntó a piano. Ya no tenía tiempo más que para sus actividades. Todos admiraban su capacidad de trabajo y entrega. Su docilidad llegó al cenit. La única cosa que llamaba la atención eran algunas rabieta esporádicas y el frío permanente que tenía.*

Los criterios diagnósticos (DSM-IV) para Anorexia Nerviosa incluyen la preocupación excesiva por el peso y la talla corporal, un miedo intenso a ganar peso y preocupaciones obsesivas con la comida y el comer. Criterios adicionales incluyen la pérdida excesiva de peso o el fracaso en ganar el peso esperado en el período puberal, acompañado de amenorrea primaria o secundaria. Para mantener su peso en un rango tan bajo (igual o inferior a un IMC 17,5) la paciente anoréxica restringe su alimentación, ayuna y realiza un ejercicio físico excesivo. Así mismo, muchas de ellas realizan conductas purgativas tales como vómitos autoinducidos, uso excesivo de laxantes y diuréticos o utilización de enemas. Algunas pacientes toman pastillas o productos adelgazantes y reductores corporales a los que dedican sus recursos económicos.

Las personas que padecen el trastorno se perciben a sí mismas con sobrepeso a pesar de la delgadez conseguida. Comer, hecho que temen en demasía, se transforma en un conjunto de obsesiones y rituales: se corta la comida en trocitos muy pequeños; se pesan los alimentos; se seca la grasa con servilletas; se lavan los alimentos con agua; etc.; La báscula es otra de sus obsesiones: se pesan nada más levantarse y siempre que tienen la sensación de que han engordado. Su actitud ante el espejo oscila de forma extrema: unas pacientes pasan gran parte de su tiempo chequeando su aspecto físico en el espejo o cualquier superficie refleja y otras tapan los espejos para no verse nunca.

J.....Ayer por ejemplo.....Me tomé una taza de puré de verduras, sin patata ni nada, y después me tomé una pastilla para dormir, que normalmente me deja "grogui" a los 10 minutos, y me pasé toda la tarde paseando, no podía dormir, porque tenía en la cabeza lo del puré, me fui al gimnasio y aún quedándome agotada no he dormido nada.

Una vez que el ciclo de restricción-ayuno se ha iniciado, **la mente** de la paciente **se enfoca hacia la comida** hasta tal punto que llega a llenar todo su espacio psíquico.

Para seguir perdiendo peso y/o no percibir el malestar que les produce el control de la comida, las pacientes anoréxicas realizan una **actividad frenética** en la que los abdominales y el aeróbic son el ejercicio físico preferido. Este ejercicio compulsivo es otra forma que tiene la paciente de purgarse y eliminar la culpa por haber comido una cantidad irrisoria de alimentos. A menudo, es una forma de castigo por haber comido más de lo programado, haberse dado un atracón, no sacar las notas esperadas, haber tenido un encontronazo con alguien de su familia, etc. Muchas veces la paciente tiene que hacer una cantidad de ejercicio determinado para sentir que se ha ganado el derecho a ingerir la comida del día o realizar una actividad que le gusta. Esta forma de realizar el ejercicio le da a la paciente una sensación de poder y control similar a la obtenida con la restricción alimentaria. De esta manera, el ejercicio físico se convierte en una adicción. Llega un punto en que hacer ejercicio es una conducta obsesivo-compulsiva, con todas las implicaciones que ello comporta cuando se le impide realizarlo.

Las pacientes que padecen una Anorexia se caracterizan por un **deseo de excelencia** y consecución de logros académicos irreales que les hacen sentir, de forma transitoria, tener el control sobre su vida. Sin embargo, su realidad interna se identifica con una falta de valoración y autoestima que les lleva a una autocrítica constante y al aislamiento social.

La anoréxica busca la **perfección** no sólo en su cuerpo sino en cualquier actividad o meta que se propone. Para sentirse segura y probar su capacidad se pide un nivel de rendimiento tan inalcanzable que la lleva a situarse en una posición de permanente fracaso. Dado que antepone las necesidades de los otros a las suyas propias, siente que el único punto sobre el que ejerce control en su vida se reduce a la comida y el peso. Cada mañana se sube a la báscula y evalúa el éxito o fracaso en su meta de perder peso. Si lo consigue se sentirá, por unos instantes poderosa y feliz; al instante siguiente, angustiada ante la posibilidad de perder lo conseguido. Focalizar su mente y sus acciones hacia el control de la comida y el peso le permite "bloquear" sus sentimientos y emociones. Para ella es más fácil hacer dieta y contar calorías que enfrentar sus dificultades y conflictos.

Generalmente **niña modelo** en la infancia, nunca expresa quejas e intenta lograr el afecto de los demás comportándose de forma complaciente eliminando sus deseos y necesidades. Muy dependiente de la opinión ajena, cree que para que se la quiera debe hacer lo que le piden aun a riesgo de actuar en contra de su forma de pensar y sentir. Mantiene sus sentimientos ocultos, confundiendo a todos sobre su auténtica forma de ser y haciéndoles creer que todo va bien. Sin embargo, debajo de esa fachada, existen problemas muy profundos, fundamentalmente de **sometimiento y falta de asertividad**.

Isa... lo describe así: "Hay una cosa que realmente odio: cuando tengo una opinión o tomo una decisión, si no coincide con lo que mis padres, amigos o compañeros piensan, me transformo en "Pepita Diplomática" y no soy capaz de discutirla o defenderla por miedo a lo que puedan pensar y rápidamente acepto la opinión generalizada.

La necesidad de ser una niña, modelo de comportamiento y entrega, obliga a la paciente a compensar el sufrimiento que está infligiendo a su familia con su negativa a comer y recuperar su salud. La estrategia más utilizada es sustituir a su madre en las tareas domésticas, actividad que utilizan, de forma simultánea, para gastar la poca comida que hayan ingerido.

También me como la cabeza en relación a mi madre y las tareas de casa. Quiero hacer todo; planchar, fregar, recoger la casa, colgar la ropa, cocinar..., pero no me deja; sólo fregar y planchar. Yo lo hago por dos razones: quemar calorías y para que mi madre no muera de agotamiento. Si con esto no me comiera la cabeza, yo estaría más gorda y mi madre habría reventado de cansancio.

Desgraciadamente para el/ella, la paciente que se ha sentido siempre tan insegura en sus relaciones con los demás obtiene, en los primeros momentos del trastorno, un **refuerzo social** inmenso puesto que todo su entorno la admira debido a la delgadez conseguida.

La restricción alimentaria y la pérdida de peso proporcionan a la paciente anoréxica el sentido de su vida. Cada día es un reto, cada mañana **la báscula le dice si ha logrado ganar o perder**. La pérdida de peso se mantiene por un potente auto-refuerzo de sentido de autocontrol que va a mantener esta conducta tan fuertemente que el cambio se hace extremadamente difícil. Es posible que esta sensación de poder no se haya planificado con anterioridad, pero una vez que la paciente lo encuentra, la posibilidad de salir es muy compleja.

Además, es frecuente que presenten dificultades para reconocer y verbalizar emociones. La falta de reconocimiento de emociones está asociada al temor al descontrol que estas pueden producir y al miedo a perder una apariencia de perfección no solo de su cuerpo sino de su "forma de ser", ya que dicho perfección es la condición esencial para sentirse seguras en su relación ante los demás. La negación se agrava si sentir emociones negativas se consideran una forma de crítica a la familia. Así, estar triste significaría que su familia no es tan perfecta como le han dicho. Tal interpretación exige la ocultación de la tristeza mediante una "fachada" de falso optimismo. ¿Como va a estar tristes si nosotros somos una familia feliz?

"No sé si esto servirá para algo pero, aunque veo cosas terribles de mí, en realidad tampoco sé realmente lo que significa "pena" o a lo mejor la tengo tan escondida que no puede salir. Sigo viviendo de cara a un mundo irreal (la opinión de la gente, mi aspecto físico, mi imagen de buena chica, de hija encantadora, y otras bobadas por el estilo), pero yo no tengo un mundo interior, quiero decir con esto que no sé quien soy, lo que quiero y no quiero hacer, cómo son mis sentimientos y emociones, que reprimo con tanta fuerza que no pueden salir. Es triste decirlo pero no sé cómo soy por dentro, ni lo que significan para mí muchas cosas, además, ya lo sabes, me cuesta un montón hacer que las cosas salgan para contártelas y, como siempre, me tienes que dar un tirón.

A su vez, la restricción alimentaria, la reducción de la comida, que es necesaria para estar nutrida, permite a la paciente **evitar** el peso corporal necesario para hacer **el tránsito a la etapa adolescente**. Un peso insuficiente impide el desarrollo puberal normal, y genera tal regresión psico-biológica que la paciente detiene su crecimiento en la infancia. Hasta tal punto la anorexia se puede considerar una forma de permanecer en la infancia que el trastorno ha sido llamado "Síndrome de Peter Pan". Esta "parálisis" existencial, que la paciente en esos primeros momentos vive como un gran éxito, le permite evitar su "yo" con un cuerpo adolescente y con las demandas que tal desarrollo comporta. La posición anoréxica le permite, a si mismo, evitar las turbulencias de esa etapa del desarrollo tan imprescindible para llegar a la madurez como persona. Desgraciadamente para algunas pacientes, la necesidad de mantenerse en un cuerpo tan delgado está relacionado con

situaciones de abuso sexual más o menos encubierto o de una cercanía relacional excesiva con los varones de la familia (padre, hermano mayor, etc.) que le impiden aflorar su cuerpo de mujer en plenitud.

Anorexia Atlética y Adicción al Ejercicio Físico

El ejercicio físico, que realizado de forma moderada es requisito de vida sana, deviene patológico cuando se realiza de forma excesiva. Al adquirir este cariz desmedido, se convierte en obsesión y es característico de la mayoría de las pacientes anoréxicas. Si los pacientes no desarrollan anorexia, aunque sus pautas alimentarias estén muy distorsionadas, recibe el nombre de adicción al ejercicio físico o trastorno por actividad. Las personas que se hacen **adictas al ejercicio físico** se apoyan cognitivamente en un conjunto de **ideas distorsionadas**, representadas en dos axiomas básicos: el ejercicio físico siempre es sano aunque sea excesivo y el ejercicio es un método excelente para equilibrar la salud mental. Estas distorsiones provienen de aquellas informaciones, dadas en los medios para prevenir trastornos y promocionar hábitos de salud sanos, en los que no se aconseja la medida debida; la distorsión proviene, a su vez, de la experiencia de alivio de tensión psíquica acumulada, que muchas personas sienten tras haber hecho ejercicio: (cabeza despejada, incremento del ánimo). Estas experiencias son genuinas, positivas y deseables, pero tienen, nuevamente, sus límites. Si la fuente de los conflictos que producen tensión y ansiedad no se afronta y soluciona con las respuestas pertinentes, el ejercicio físico se convierte en un comportamiento de evasión. Y, como con cualquier otra conducta de evasión, la persona que la realiza empieza a necesitar más y más cantidad para acallar lo que quiere evitar, hasta terminar en un **trastorno por adicción**. La persona adicta al ejercicio físico mantiene entonces un nivel de actividad excesiva, fruto de una impulsividad tan intensa y resistente al cambio que le incita a continuar más allá de sus deseos y le hace incapaz de pararse o controlar su conducta.

P...anoréxica: Encima el deporte; me obsesiona no poder entrenar bien, no poder competir, estar siempre mal, con lesiones, cansada. Ni me atrevo ya a entrenar con el grupo porque pienso que voy a estar fatal y voy con mi padre que aún me obsesiona más. Es que quiero morirme, no tengo razones para seguir viviendo. No me adapto a esta vida, quizá debí haber nacido en otro planeta o no haber nacido, porque como siga así psicológicamente nunca estaré bien.

*Necesito que los demás me valoren, me aprecien porque yo misma soy incapaz, **sólo me siento bien cuando entreno** y veo que puedo comer algo más, que puedo comer con tranquilidad porque he desgastado con el ejercicio.*

Sin que pueda afirmarse con rotundidad la existencia de un perfil de personalidad claro, la persona adicta al ejercicio físico (al igual que la paciente anoréxica) orienta sus intereses hacia **el logro, el perfeccionismo y la autodisciplina**, y le caracteriza su gran tenacidad. Dependiente de la actividad que realiza, se siente mal si está relajada o descansada. El exceso de actividad es expresión de una falta de recursos psíquicos para afrontar sus emociones e inseguridades, por lo que efectuarla le hace incrementar su autoestima. Las personas con actividad excesiva se engañan utilizando muchas racionalizaciones para justificar sus acciones, hasta que llega un momento en que el ejercicio le es más importante que el trabajo, la familia, las relaciones o la salud.

La mayoría de las personas adictas al ejercicio tienen problemas alimentarios y con mucha frecuencia desarrollan una **anorexia nerviosa**, denominada **atlética**. Desdichadamente, el ejercicio, el atletismo, la gimnasia, la natación o la bicicleta excesivos, no se perciben en nuestra cultura como algo peligroso. Algunos padres, aunque vean a su hija muy delgada se convencen de que está fuerte y sana porque la ven deportista y comiendo "sano": (verduras, yogures, fruta; ¡nada de grasa!). No saben la importancia que tienen la grasa para su organismo. No saben que su hija no tiene la menstruación desde hace meses o años porque no tiene la suficiente grasa corporal como para producir estrógenos. La "ceguera" familiar empeora si la hija hace este ejercicio supervisada por algún entrenador supuestamente responsable. Ya no hay razones para preocuparse, piensan muchos padres.

Para **detectar la presencia de ejercicio excesivo** existen una serie de síntomas, a los que se debe atender, porque llegan a comprometer seriamente la salud de quién lo realiza. La persona que supera sus límites físicos de manera continuada comienza a presentar episodios frecuentes de fatiga que llega a hacerse casi permanente. Aparece una pérdida de masa, fuerza y vigor muscular, inflamación y entumecimiento de los músculos, todo ello consecuencia de una disfunción hipotalámica en la que desciende la respuesta anabólica y aumenta la respuesta catabólica. Se produce así-

mismo una inhibición o descenso de lactosa en sangre, captación máxima de oxígeno; disminución de la tasa cardíaca y agotamiento de la adrenalina; aumento de la impulsividad y descenso de la capacidad de concentración. Como en todas las demás patologías, sería deseable que los pacientes que la padecen reciban la atención y el tratamiento adecuados, que otorgue al ejercicio físico su verdadera dimensión.

Síntomas y Complicaciones de la Anorexia Nerviosa

Sean cuales sean las razones o las vías por la que una persona ha desarrollado una Anorexia Nerviosa, es necesario conocer las características físicas y conductuales de su presentación junto con la afectación generalizada que sobreviene en su salud. Sin embargo, dada la importancia que actualmente se da a la delgadez, muchos pacientes y sus familiares no se dan cuenta de las implicaciones asociadas a una pérdida de peso y no reaccionan ante algunas de sus consecuencias. Los **síntomas y complicaciones** más graves y evidentes de una **Anorexia Nerviosa** se deben a la restricción de su alimentación: Pérdida evidente de peso, pérdida del ciclo menstrual. El cuerpo reacciona a la falta de comida en muchos aspectos, por ello, además de perder peso, el pelo y las uñas se debilitan y se hacen quebradizos, la piel se seca y puede volverse amarillenta o grisácea. Las manos y los pies aparecen morados debido a los problemas circulatorios, los brazos y la espalda se cubren de vello, llamado lanúgo, que protege el cuerpo y previene la pérdida de calor. Disminuye el pulso y la temperatura, no se tolera el frío (sensación de frío incluso en épocas de calor), surge un estreñimiento pertinaz y, ocasionalmente, diarreas. Hay presencia de ejercicio excesivo, aparición de fatiga y falta de energía, sensaciones de mareo y dolores de cabeza. Además, puede producirse una anemia moderada, se reduce la masa muscular y se debilitan los músculos. Padecen un estreñimiento crónico, hinchazón y dolores abdominales, deseos muy frecuentes de orinar. Si las pacientes son purgativas, es frecuente la aparición de edemas, padecimiento de colon catártico, y pérdida de potasio. Se genera un acortamiento del ritmo respiratorio y disminución de la tasa metabólica. La malnutrición puede causar irregularidad en el ritmo cardíaco e incluso un fallo del corazón. Junto a estos efectos inmediatos, la anorexia nerviosa puede producir consecuencias a lo largo del ciclo vital de la persona que la padece, incluso aunque haya recibido tratamiento. La falta de calcio eleva el riesgo de padecer osteoporosis tanto durante la enfermedad como a lo largo de su vida, la pérdida de densidad ósea y a consecuencia de ésta, las fracturas patológicas. Los problemas de fertilidad se pueden extender a periodos de recuperación o persistir siempre.

Los **pensamientos recurrentes y las obsesiones** sobre la comida o las calorías de los alimentos, se impondrán en su mente; acumulará recetas y todo tipo de dietas supuestamente sanas y adelgazantes; Su mente se transforma en una computadora de calorías tanto en estado de vigilia como en los sueños que se poblarán de comidas. Pronto le parece que sabe mucho y se siente una experta en nutrición. La mayoría de las veces la familia también cree que es experta y le permiten e incluso instan que aconseje a la madre sobre las características de una comida sana. Cocina para otros miembros de la familia, pero ella no come, llega un momento en que es la paciente la que dirige y domina la cocina. Antes que la madre se sienta demasiado agobiada, el poder está ya muy establecido y por mucho que lo intente, no conseguirá hacer salir a su hija de la cocina. Incluso es posible que sea la paciente quien no permita a la madre entrar en ésta. Es tal su determinación de control, que muchas madres ceden su puesto para evitar enfrentamientos y peleas. Gradualmente, el puesto de la madre como ama de casa empieza a desvanecerse.

Es, a su vez, necesario observar la **conducta de las pacientes con los alimentos** ya que durante la enfermedad, siempre tiene excusas para no comer; si lo hace, y come con su familia, corta los alimentos en pequeños trocitos y los esparce por el plato; restringe su ingesta a alimentos que considera bajos en calorías. Sus pautas alimentarias son muy rígidas y su horario tan estricto que unos minutos de adelanto o demora de la comida, se viven de forma catastrófica. Según va avanzando el trastorno y dependiendo de la gravedad de la patología, las comidas o los horarios se hacen extremadamente raros:

*E..... Paciente anoréxica crónica de 20 años de evolución, ha llegado a desarrollar unos **horarios de comida extraños, con rituales** mediatizados por un trastorno obsesivo-compulsivo grave. Se levanta a las 5 de la mañana para ir a un café donde hacen un bollo especial; teme que si llega tarde se vaya a agotar. Espera en la puerta del café hasta que abren y a las 6:05 de la mañana ya ha terminado, así que se encuentra que no tiene nada que hacer. Su madre, con la que convive, está aún durmiendo y cuando se levante a las nueve, encontrará que su hija se acuesta porque está aburrída. A las 10:30 la paciente siente hambre y se levanta a comer. Dedicar un rato a ver la TV. Sale a dar un paseo por un centro comercial y a las 15:30 cena. Se acuesta a dormir para no tener la oportunidad de darse atracónes. Está en la cama hasta el día siguiente, en el que se vuelve a repetir el ritual.*

Es frecuente que la paciente anoréxica **utilice laxantes, diuréticos, pastillas adelgazantes y/o vómitos auto-provocados** tras la ingesta de una cantidad de comida muy pequeñas pero que ella no ha planificado comer; Aunque en los comienzos puede haber vestido de ropa ceñida para exhibir la delgadez y ser admirada, según avanza la pérdida de peso viste con ropas anchas para ocultar su desnutrición y evitar los comentarios de los allegados. Muestra ánimo depresivo, irritabilidad, cambios bruscos de humor y alteraciones del ritmo del sueño, especialmente dificultades para conciliar el sueño y una tendencia exagerada a despertarse muy temprano. Actitud perfeccionista, inseguridad sobre sus capacidades a pesar de sus logros, sentimientos de auto-valía determinados por lo que ha comido, o no comido. Aislamiento.

Como ya he señalado, conviene recordar que las pacientes niegan, generalmente, su problema y su hambre y además se resisten a ser ayudadas y tratadas pues igualan la terapia con la forma de forzarles a comer y "cebarlas". Estas circunstancias exigen que el terapeuta trabaje la **motivación al cambio**; el paso de la fase pre-contemplativa a la contemplativa de forma que disminuyan sus barreras. Una vez que la paciente admite su problema y acepta recibir ayuda, la combinación de un tratamiento psicológico, nutricional y médico, puede producir unos resultados muy positivos.

BULIMIA NERVIOSA

La Bulimia Nerviosa se caracteriza por la presencia de un ciclo atracón-purgación que se inicia con la ingesta de grandes cantidades de comida seguidas de su purgación con el fin de eliminar las calorías engullidas. La paciente bulímica se siente insegura sobre su propia valía personal por lo que depende, de forma exagerada, de la aprobación de los otros. Al intentar complacer a los demás, oculta sus verdaderos deseos y necesidades, y como consecuencia de ello, la comida se convierte en su única fuente de confort.

El **comportamiento alimentario** de las pacientes bulímicas se desarrolla de forma diferente a la de la paciente anoréxica. Como norma general se puede decir que la comida realizaba por la paciente, delante de otros, suele ser normal e incluso abundante, aunque algunos días ayune o realice una dieta muy restrictiva. Los allegados tardan mucho tiempo en darse cuenta de que algo va mal ya que en reuniones y celebraciones la ven comer normal. Quizás lo único que les puede parecer raro es su comportamiento posterior a la comida. Las desapariciones repentinas y las visitas al baño después de comer, son sorprendentemente frecuentes. La excusa de "cepillarse" los dientes, tener que ir a hacer "pis", lavarse las manos, arreglarse el maquillaje o ducharse, son algunos de los argumentos más utilizados. También, utilizan otros argumentos para desaparecer, como decir que quiere hacer reposo o que necesita descansar.

Los criterios diagnósticos (DSM-IV) para Bulimia nerviosa incluyen atracones repetidos, acompañados de conductas purgativas (vómitos autoinducidos, uso de laxantes y/o diuréticos). Al menos la mitad de las pacientes con anorexia nerviosa presentan atracones y conductas purgativas y muchas pacientes con bulimia nerviosa realizan periodos de restricción calórica significativa.

La paciente que desarrolla una Bulimia Nerviosa, sienta las **bases de sus atracones** tras la realización de **dietas o restricciones** de alimentos considerados "*engordantes*". El impulso del hambre es muy poderoso, y aunque existe un grupo de pacientes anoréxicas capaces de mantener durante largo tiempo una restricción alimentaria, dominando el hambre, lo consiguen mediante un gran sufrimiento y una limitación extrema de su capacidad vital. La mayoría de las pacientes que se meten en la espiral de las dietas, sucumben al hambre y desarrollan un trastorno bulímico. La mayoría de las pacientes bulímicas comienzan el trastorno después de una comida copiosa, al decidir eliminar este exceso vomitando. Son tan perfeccionistas en lo que respecta a su imagen corporal que nunca toleran lo que han comido en exceso, y deciden purgarse. De forma súbita descubren que han encontrado el método ideal para mantenerse delgadas sin sufrir. La purgación, como solución a su malestar físico o psíquico, comienza de forma leve y pronto se convierte en un **círculo vicioso** del que no se puede salir.

Durante el atracón suelen comer alimentos combinados y/o grandes cantidades del mismo alimento. Lo más frecuente es que estos alimentos sean aquellos que la paciente ha calificado como prohibidos y ha eliminado de su dieta habitual. No obstante cuando el atracón es muy intenso, se come cualquier comida y de cualquier manera. Para que una cantidad de comida excesiva pueda considerarse un atracón se necesita que la paciente viva este consumo con la sensación que no puede dejarlo de consumir ni pararlo una vez iniciado. Esta **sensación irresistible**, determina que pueda considerarse atracón el consumo de cantidades moderadas de comida a las que está unida la sensación de no poder dejarlas de comer. Por ello los atracones han sido catalogados como objetivos y subjetivos. En los atracones objetivos se observa tanto un consumo excesivo de comida como la sensación de pérdida de control; en los atracones

subjetivos la cantidad de comida consumida es leve o moderada pero se mantiene la sensación de no poder resistir el deseo de comer o de parar en un momento dado.

Mientras dura el *atacón*, el nivel de conciencia de la paciente se reduce; come de forma paroxística, automática, sin pensamientos, rápidamente, sin intervalos. Come hasta que no se puede mover, hasta que siente dolor abdominal, le da el sueño o aparece alguien. Esta forma de comer poco tiene que ver con el hambre física. Come por otras razones que, generalmente, no sabe discriminar ni ponerles palabras. Siente un impulso irrefrenable. Come porque siente un vacío insoportable; se aburre, tiene ira, está frustrada, se siente incapaz, sola, cansada, triste, insegura y elude los problemas que necesitan ser resueltos y que afloran cuando tiene un tiempo libre poco estructurado. En su interior, no sabe qué es lo adecuado y qué no lo es; lo que es mucho y lo que es poco; lo que es justo y lo que constituye un abuso. Su insatisfacción hace que se encuentre decepcionada y aburrida; necesita experiencias y sensaciones nuevas para sentirse viva por dentro. La exageración en la comida busca intensificar al máximo una sensación que compense el hastío. El atracón le calma y ocupa ese vacío; ese tiempo hueco. Quisiera salirse de esto y estar con gente, pero le da miedo que le descubran, que vean quién es ella en realidad. Se siente fracasada y poco a poco su vida se convierte en un caos.

Muchas pacientes utilizan la comida como forma de acompañamiento y sustitución de *carencias afectivas*. Con frecuencia, consecuencia de haber establecido unas relaciones familiares predominantemente materiales en su infancia y/o adolescencia, el premio a todo un día de trabajo escolar era la merienda encontrada encima de la mesa. La comida adquiere así un valor afectivo de bienestar y compañía. En etapas posteriores, cuando se sienta vacía emocionalmente, buscará esta comida para llenarse. Sin embargo, nada le colmará porque el alimento que necesita no pertenece al ámbito de lo material sino anímico. La soledad, la tristeza o el aburrimiento serán sepultados de forma momentánea con el atracón para, posteriormente, irrumpir con más fuerza.

: "Últimamente estoy tan mal...; me siento sola, acorralada, incapaz de seguir adelante. Mi vida me resulta insoportable. ¿Por qué todo me resulta tan difícil? ¿Por qué soy incapaz de llevarme bien con ese chico y con mi padre? Todo el control conseguido se derrumba. Me siento totalmente descontrolada. Soy un desastre. El único consuelo es comer.

El deseo de ser siempre la mejor, de producir en el otro una admiración permanente, hace que, entre otras razones, la paciente bulímica no establezca verdaderas relaciones de amistad con las demás chicas y sienta una **gran soledad**. Si acaso se relaciona con alguna, lo hace para competir y demostrar su supremacía. Como consecuencia de esta competitividad, se encuentra muy sola. Aunque los sentimientos de soledad le acompañen constantemente, trata de negárselo a sí misma. Se convence de que sí tiene amigas, cuando no son más que meras compañeras de trabajo o estudio. Esta situación se intensifica hasta límites insospechados cuando la tragedia bulímica se da en chicas que viven alejadas de su familia, en residencias, colegios universitarios, pisos compartidos o solas. Tratará de resolver las dificultades de relación evadiéndolas con el éxito de su apariencia, la comida y los chicos. En un número no despreciable de casos, esta evasión se completará con un consumo excesivo de alcohol.

P..., 27 años, trabaja en una multinacional muy prestigiosa. Es una paciente bulímica, de 6 años de evolución. Su aspecto externo está muy cuidado. Siempre con trajes y complementos conjuntados. Muy delgada, pero sin aspecto de enferma. En la oficina todos la consideran extraordinaria. Con un futuro prometedor. Sólo ella sabe que su vida es un "infierno". Las dietas, los periodos de ayuno que se impone, junto con el trabajo exhaustivo y la necesidad de ser "amable" todo el día con los clientes, la tienen al borde de la catástrofe. Sueña con dejar de trabajar, huir de una vida inhumana. Desayuna poco, o mucho, da igual, y luego vomita. Se va a trabajar y no hace el descanso de la comida para no comer. Aguanta hasta las 8.30 o 9 de la noche. Entonces llega a casa agotada, deprimida. Va directamente a la cocina: empieza a comer unas tostadas con mantequilla. Se acaba una barra, dos, tres, hasta sentir que va a explotar. Entonces lo tira todo fuera: vomita la comida, el cansancio, el sometimiento, la falta de descanso. Se siente agotada y asqueada, pero también aliviada.

En ocasiones las pacientes bulímicas sufren un fuerte estrés debido a la acumulación de frustraciones y críticas constantes a todo lo que hacían. Tanto sufrimiento las ha hecho muy sensibles y sensitivas. Cualquier cosa les hace daño. Han sobrellevado tantos padecimientos, que ya no aguantan el más mínimo dolor o frustración; Se sienten más desgraciadas o desfavorecidas que los demás y la única forma de **compensar** este sufrimiento es comer: *“al menos ahora lo paso bien, no sufro”*

Puesto que la comida ha sido su entretenimiento y placer, a todas las pacientes con un trastorno alimentario les gusta mucho comer. Si le añadimos que, durante el trastorno, tienen muy pocas fuentes de satisfacción y placer en sus vidas (no tienen intereses artísticos, ni eruditos; no encuentran placer en compartir el tiempo con otros), no es de extrañar que la comida se convierta en la única fuente de sus refuerzos. Lo que motiva un miedo elevado al descontrol y la gordura. Comer le “adormece” los sentimientos y distrae la atención de los problemas o los pensamientos que le torturan. La **comida** adquiere entonces, un sentido de **droga** que reduce su autoconciencia y le permite escapar, de forma momentánea, de ese sufrimiento.

Otras personas tienen asociado **comer con darse ánimos** antes de efectuar una actividad que entrañe responsabilidad, afrontar una situación dura y solitaria como es estudiar, no buscan la fuerza en su interior, sino en la energía material proporcionada por los alimentos. La falta de energía psíquica se vive como falta de comida. Después del atracón, aliviada la pesadez de estómago mediante la conducta purgativa se pondrán a trabajar hasta que el cansancio les vuelva a remitir a la comida.

Algunas pacientes parecen ser vulnerables al atracón, debido a que su comportamiento siempre ha estado asociado al control de una “autoridad externa”. Una vez **ausente el controlador**, los comportamientos negativos o descontrolados irrumpen con fuerza. La disponibilidad de comida sin vigilancia externa excluye el ejercicio de control sobre sí misma. Estar sola en casa, el acceso a buffet libre en un hotel, una fiesta o cualquier posibilidad de adquirir comida o comer sin ser vista se convierte en sinónimo de atracón. Asociado a este ejercicio de descontrol se encuentra un malestar interior desapercibido por ella lo que le hace pensar que comer es decisión de su libre albedrío *“en cuanto esté sola, me doy un atracón”*.

Análogamente, el atracón puede estar motivado por la incapacidad para admitir sus límites. Comer y vomitar son formas de **agresión propia y ajena**, que la paciente utiliza ante el más mínimo fallo. Comer es una forma de maltrato por no ser lo que ella cree que debería ser o le gustaría ser. La comida excesiva es una forma de agresión hacia aquel que la hace sentir indefensa, cobarde y sin amparo. Vomitar es la manera de anestesiar todos los sentimientos negativos que le ha producido el sometimiento. Es un tipo de atracón muy frecuente en relaciones abusivas, tanto laborales como familiares, donde se confunde autoridad con poder y éste se ejerce forma dictatorial.

Ésta es la forma paradigmática de gestación de una bulimia nerviosa.

La insatisfacción hace sentirse a la paciente decepcionada y aburrida, necesita buscar experiencias y sensaciones que la hagan sentirse viva por dentro. La **comida** se convierte en una **forma de sentir y compensar estos sentimientos decepcionantes**.

*“A pesar de restringir la comida, como enseguida empezaron a darme el “coñazo” a vigilarme, a controlarme, desde el principio empecé a vomitar. ¡Qué 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. Sin embargo a veces, sigo pensando que no soy más que una viciosa, perezosa, loca por la gula, borracha. Por lo menos ahora me podían reprochar algo, ahora tenían motivos para llamarme de todo, ahora era todo lo que nunca había sido, era todo lo que ellos no querían.*”

A pesar de mantener un peso dentro de los límites normales, existe un grupo de **pacientes bulímicas** que presentan una distorsión muy grande de su imagen corporal. Es frecuente que la paciente se vea excesivamente gorda y voluminosas, posiblemente fruto del cuerpo que tuvo en un momento de su infancia o de su pubertad. Esta imagen de un cuerpo más o menos obesa, perdura en su mente sin que los nuevos datos calen en su cabeza y corrijan la distorsión.

Los **síntomas y complicaciones** más graves y evidentes de una **Bulimia Nerviosa** están relacionados con el ciclo atracon-purgación y la malnutrición. Presencia de atracones. Comida en secreto. Fluctuaciones de peso muy llamativas, en poco tiempo. Ruptura de venas en los ojos. Los vómitos autoinducidos afectan las glándulas salivales, se producen alteraciones en el equilibrio electrolítico y mineral del organismo. Pueden pedir ayuda por sentir fatiga o dolores de cabeza. A veces se quejan de dolor abdominal, sensación de hinchazón o quemazón en la garganta y hemorragias gastrointestinales. Los laxantes o diuréticos producen un desequilibrio electrolítico, que se expresa en forma de debilidad, palpitaciones cardíacas, arritmias o un edema reflejo. Erosión dental de la parte posterior de los dientes, por los ácidos gástricos. Dermatitis perioral, y puede observarse en sus manos el famoso signo de Russell –presencia de cardenales o callosidades en los dedos o la mano-, secundarios al vómito autoinducido. Tumefacción y alargamiento de las glándulas salivares. Los laxantes provocan alteraciones en el normal funcionamiento del intestino. Complicaciones tales como el desarrollo de un cáncer de esófago causado por el reflujo de la comida, la ruptura del estómago o irregularidades en el ritmo cardíaco (incluso fallo cardíaco) son frecuentes y amenazan la vida del paciente. Las fluctuaciones de glucosa en sangre pueden afectar el funcionamiento renal, hepático, provocar una diabetes o generar problemas en el sistema inmunológico (estrechamente relacionados con la fatiga crónica que muchas pacientes padecen). Calambres. Estreñimiento alternando con diarreas e incontinencia. Colon catártico. Edemas por acumulación excesiva de líquidos. Hipotensión Ortostática manifestada por mareos, visión borrosa, dolor de cabeza.

Desde el punto de vista psicológico la posición bulímica comporta alteraciones en el mundo emocional, comportamental y relacional, a pesar que las pacientes presentan, a menudo, una apariencia saludable y tienen pocos síntomas o signos evidentes de la enfermedad. Generalmente se observan cambios muy rápidos del estado del ánimo y depresión; Sentimientos de auto-desprecio tristeza, culpa y odio hacia sí misma; Necesidad de aprobación (incluyendo la suya propia) para sentirse bien consigo misma. Auto-valía determinada por la consecución de una silueta delgada. Evitación de comidas en eventos sociales.

TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO

Para diagnosticar clínicamente una Anorexia o Bulimia Nerviosas, deben concurrir en la paciente todos los signos y síntomas exigidos por los sistemas de clasificación internacional. Cuando este conjunto de características no aparece al completo se clasifica como un síndrome parcial, y se refiere a él como trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE).

Los trastornos de la conducta alimentaria no especificados incluyen aquellos cuadros clínicos similares a la anorexia y a la bulimia en los que falta algún criterio diagnóstico que permita establecer el síndrome completo. 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. Es muy frecuente en los estadios iniciales del trastorno.
- ✓ 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% del peso ideal necesario para ser calificadas como anoréxicas.
- ✓ Pacientes que escupen o tiran la comida sin tragarla para evitar la ingesta de calorías.

En ocasiones, estos cuadros incompletos no son tales, sino que corresponden a una etapa inicial del trastorno, en la que aún no ha terminado de expresarse toda la patología. Este puede ser el caso de las pacientes muy jóvenes, por lo que resulta 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 la 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, las pacientes suelen presentar menor gravedad que los cuadros completos y la patología evoluciona favorablemente con un tratamiento de duración limitada en régimen ambulatorio. No obstante, durante el tratamiento será necesario llevar a cabo parte o todas las estrategias terapéuticas descritas para las pacientes con cuadros completos.

El **diagnóstico diferencial** de la Anorexia nerviosa **con otras patologías** que implican alteraciones en la alimentación o una pérdida de peso importante, puede llegar a ser muy complicado. El padecimiento de diabetes "mellitus", hipertiroidismo, síndrome de mal-absorción, lupus eritematoso sistémico y/o alteraciones psiquiátricas tales como depresión mayor, delirio de envenenamiento o abuso de sustancias, pueden cursar con una delgadez extrema cuyo aspecto

se asemeja al de la paciente anoréxica. A su vez, es importante recordar que una paciente con TCA. puede desarrollar diabetes o hipertiroidismo complicando la discriminación diagnóstica.

En ocasiones, debido a la manipulación de la información que realizan los pacientes, es complicado diferenciar una anorexia nerviosa de la situación de caquexia producida por una **fobia a la comida**. Debido a ello, no pocos pacientes fóbicas han sido aisladas del medio con el objetivo de conseguir incrementar el peso mediante refuerzo social, sin haber sido diagnosticado su auténtico trastorno. Las personas que desarrollan una fobia a la comida tienen dificultades para comer cierto tipo de alimentos o miedo al acto mismo de ingerir. En la mayoría de los casos, el comienzo de la patología se debe a hechos traumáticos previos. Hay pacientes que desarrollan el trastorno porque se han atragantado (huesos, espinas) y temen que les pueda volver a suceder. Otras veces, la experiencia traumática procede del desconocimiento acerca de ciertas incompatibilidades alimenticias, presencia de ingredientes dañinos en la comida ingerida, por lo que al comer, sufrieron problemas gástricos, malestar y dolor. Los pacientes así condicionadas pueden tener miedo a salivar, atragantarse, regurgitar, vomitar, tener náuseas, diarreas o dolores intestinales.

Otras personas con fobia tratan de evitar ciertas comidas en función de su textura (les da asco la sensación de tenerlas en contacto con la boca) o a veces de su sabor. Hay ocasiones en que las personas tienen fobia a la comida porque temen que esté contaminada, que haya bacterias y gérmenes que se vayan a multiplicar en su estómago. El miedo puede ser tan intenso que el paciente se niegue a comer comida cocinada, aceptando sólo las que están en paquetes estériles y abra personalmente.

J... es una chica de 16 años alérgica a determinados alimentos, que estando de vacaciones en casa de sus abuelos comió inadvertidamente algo que contenía colorante. Empezó con una crisis asmática y problemas respiratorios agudos, llegando la situación a ser tan comprometida que hubo que llevarla de urgencia al hospital. Estuvo muy cerca de la muerte. El pánico y la fobia que desarrolló fueron intensísimos, negándose a comer fuera de casa a no ser que su madre pudiera supervisar los alimentos. Esta situación le llevó a un aislamiento progresivo. El miedo acabó extendiéndose a lo cocinado en casa, dudando de la propia fiabilidad de su madre. La situación se hizo tan extrema que necesitó ingresar en el hospital por mal nutrición.

Sin embargo, en la mayoría de los casos, la información que se obtiene en la historia, junto con el examen físico y las evaluaciones complementarias permiten que el diagnóstico sea relativamente fácil. Por ejemplo, una paciente (o los padres de la paciente) que informan de un dieta diaria a base de lechuga, tomate y arroz y/o que, a pesar de haber perdido 10 Kg. de peso, realiza ejercicio físico corriendo 10 Km. 3 veces en semana, es muy poco probable que tenga un cáncer o cualquier otro de los trastornos físicos o psíquicos señalados.

Por otro lado existe, en ocasiones, una cierta **confusión** a la hora de diferenciar las **características de la paciente anoréxica y bulímica**. Esta confusión puede haberse producido debido a que las pacientes presentan diversas similitudes a lo largo del desarrollo del trastorno y, además, un grupo numeroso de pacientes anoréxicas desemboca en un trastorno bulímico;

Aunque las clasificaciones actuales al uso, conceptúan la anorexia y la bulimia como dos entidades separadas, sus coincidencias son tan importantes que en la clínica no siempre se diferencian estrictamente y muchos especialistas piensan que, en realidad, se trata de dos posiciones diferentes dentro de un mismo trastorno. Dos momentos evolutivos antagónicos, la cara y cruz de una misma moneda. La manifestación de los dos extremos de un desequilibrio que oscila del todo a la nada o viceversa, sin un centro que integre la existencia psíquica que termina proyectada en la apariencia. Observando el estilo cognitivo de ambos tipos de pacientes, se podría decir que el deseo de "comérselo todo", expresado en pensamientos de comida tan extraordinariamente recurrentes que posee la paciente anoréxica, es tan bulímico como el de la paciente bulímica que realmente se lo come todo en los atracones. De hecho, muchas pacientes con perfil anoréxico desembocan, más pronto o más tarde, en un perfil bulímico. El vacío y la avidez de perfección es el mismo en ambos grupos. El mecanismo de manejo de este vacío marcaría la diferencia. La anoréxica sería una bulímica abstinentes. Una vez roto el control, si no ha realizado un tratamiento de su trastorno psicológico, la comida excesiva que tenía en su cabeza permanentemente, se materializa en atracones. Igualmente ocurre con el comportamiento caótico. Las pacientes anoréxicas que durante el trastorno han exhibido un orden sorprendente, evolucionan hacia un desorden y un caos tan intenso como el que presenta la paciente bulímica.

Semejanzas

- ✓ Ambas utilizan su peso y su figura como base de su valía personal. Los dos grupos de pacientes piensan que la delgadez les va a resolver todos sus conflictos y que la "gordura" es lo peor que puede sucederle a un ser humano. La "gordura" es su único problema. Esta focalización en la comida y el cuerpo les hace perder interés por cualquier otra cosa. Lo demás, es menos importante o no tiene importancia ninguna. Prefieren estar enfermas a no estar delgadas.
- ✓ Ambas tienen dificultades muy importantes en la percepción y en la aceptación de su talla y su peso.
- ✓ Muchas pacientes anoréxicas tienen atracones como las bulímicas o los desarrollan en el transcurso de la enfermedad.
- ✓ Ambas pueden tener comportamientos purgativos. Aunque las conductas purgativas que ocurren tras el atracón son requisito indispensable para diagnosticar el trastorno bulímico, existe a su vez un grupo de pacientes anoréxicas, llamadas purgativas, que realizan este tipo de conductas tras haber ingerido mínimas cantidades de comida.
- ✓ Ambas tienen un estilo cognitivo perfeccionista, dicotómico, sin un punto de referencia intermedio entre el todo y la nada. Un solo dato es interpretado por ambas como el todo y los errores se consideran fracasos catastróficos sin posibilidad de solución. Durante el trastorno su mente se llena de pensamientos obsesivos acerca de la comida, el peso y temas relacionados.
- ✓ De todas las actitudes que adoptan las pacientes en su existencia, el perfeccionismo, la búsqueda obsesiva por lograr "no cometer error", es la característica esencial de los trastornos y está siempre presente en ambos grupos de pacientes. La paciente va a pedir continuamente certidumbre total en variables que nunca pueden ser totalmente ciertas. No podemos nunca decir a la paciente. *"si comes según las recomendaciones alimentarias no caerás en la bulimia..."*, *"no te engordarás"*. Aunque sea mínimo el riesgo, la paciente anoréxica no está dispuesta a correrlo y no da el paso a mejorarse. Y la paciente bulímica no se lo cree y sigue purgándose. Es, este miedo al descontrol, lo que les ata a la patología.
- ✓ Ambas tienen muchas dificultades para sentir e interpretar adecuadamente sus sentimientos y emociones. Su estado de ánimo es muy fluctuante y depende de lo que les ha marcado la báscula, cómo se han visto en el espejo, o cómo les ha quedado la exigua talla que tratan de ponerse.
- ✓ Ambas tienen una gran inseguridad interior, son muy autocríticas y buscan una perfección inalcanzable en todo lo que hacen.

Diferencias

- ✓ La paciente anoréxica mantiene un peso por debajo de lo normal. La paciente bulímica mantiene su cuerpo alrededor del peso normal, aunque fluctúe con mucha frecuencia.
- ✓ La paciente anoréxica no come o come muy poco. La bulímica, después del ayuno, come de forma excesiva.
- ✓ La paciente anoréxica quiere ser una chica frágil, pequeña y delicada; la paciente bulímica quiere ser una joven exitosa, perfecta y admirada.
- ✓ La posición anoréxica se identifica por la austeridad, el "sacrificio", el "ascetismo"; la posición bulímica por la voracidad y la auto-indulgencia.
- ✓ La paciente anoréxica no exige, se conforma, se desapega de sus deseos, se aleja de todo, se aísla. La paciente bulímica exige todo a los demás de manera impulsiva; no tiene tiempo, lo quiere "ya". Se siente muy fácilmente frustrada en cuanto las cosas no salen como ella quiere o con la prontitud que ella quiere.
- ✓ La paciente anoréxica presenta unos rasgos de personalidad similares en todas ellas: introversión, evitación del riesgo, obsesiones, ansiedad. En las pacientes bulímicas es más frecuente la depresión, fluctuaciones rápidas del estado de ánimo, búsqueda continua de sensaciones nuevas, deseos de riesgo e impulsividad.
- ✓ La posición anoréxica implica mayor control, más orden, pero también menos "vida", más frío -en sentido figurado y real-, menos percepción y expresión de emociones. La posición bulímica implica más descontrol, impulsividad más evidente, caos de horarios, desorden en la habitación, exceso en las salidas nocturnas. Es mucho más impulsiva en todas sus conductas. Es más probable que abuse de las drogas o que se meta en situaciones sexuales destructivas.
- ✓ La paciente anoréxica generalmente pierde todo interés por la sexualidad, o incluso nunca desarrolla ese interés. No suele tener novio o lo pierde durante el trastorno. Si lo conserva, éste puede convertirse en un "enfer-

mero" o en elemento de mantenimiento del trastorno por la insistencia hacia la paciente para que "engorde". La paciente bulímica suele tener numerosos "novios". Mantiene relaciones excesivamente dependientes y puede tener problemas con esa dependencia en cuanto la relación dure mínimamente. La paciente bulímica pide al chico con el que sale que le dé todas las respuestas que necesita en su vida, que llene su vacío existencial continuamente, se convierte en un "*hombre sustancia*".

TRASTORNO POR ATRACÓN

El trastorno por atracón se define como el consumo repetido de grandes cantidades de comida en un período corto de tiempo, -no más de dos horas-, hasta que la persona se siente llena e incómoda y al que no le siguen conductas purgativas compensatorias. Cuando la persona lo está comiendo siente que no puede ejercer ningún control sobre la ingesta. La ausencia de conductas compensatorias hace que las personas que lo padecen presenten un exceso de peso lo cual 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 las pacientes bulímicas, el atracón ayuda a la persona a sobrellevar el estrés, calma el malestar emocional y permite eludir los problemas cotidianos.

Estos pacientes también han sido llamados comedores compulsivos o adictos a la comida. Sin embargo, el grupo de comedores excesivos lo hace por placer, de manera **ego-sintónica**, y no parecen cuestionarse sus hábitos alimentarios, ni sentir sensación de descontrol aunque estén obesos. Son considerados, por ellos y los demás, "gordos felices". Sin embargo las personas que padecen un trastorno por atracón, a diferencia de los comedores excesivos, tratan de hacer numerosas dietas y viven su gordura de forma vergonzante.

Los pacientes que presentan un trastorno por atracón tienden a atribuir sus fracasos laborales o sentimentales a su peso, sin pensar en deficiencias instrumentales y/o psicológicas que deberían corregir. Eso les hace fantasear con la idea de que al adelgazar resolverán todos sus problemas y serán felices. En consecuencia, presentan una gran insatisfacción por su imagen corporal, sin llegar a distorsionar la percepción del peso o volumen de su cuerpo. Aunque el mayor deseo de su vida sea perder peso, raramente lo consiguen de forma estable por lo que, según va pasando el tiempo, asumen su "*fracaso*" y dejan de intentarlo.

Es un trastorno muy frecuente en niños con obesidad, en pacientes que por algún tipo de enfermedad física han tenido que hacer dietas especiales (ejemplo: pacientes adolescentes con diabetes) o en algunos padres varones de pacientes anoréxicas o bulímicas, aunque su conducta nunca se haya percibido como "*problemática*". Muchas veces el trastorno se ha iniciado de forma sutil durante la infancia, cuando al niño/a se le calmaba con comida o "*chucherías*" por estar nervioso. Enseguida se aprendió que la comida disminuye la ansiedad, bloquea los sentimientos negativos y "*suaviza*" la existencia.

Los intentos que hacen los familiares para restringir la ingesta del paciente suelen ser vanos y nocivos, especialmente si se trata de niños o adolescentes. Lo máximo que consiguen es que mientan. Si se le impone una dieta, se esconde y come en secreto todo lo que puede, para compensar lo que le han restringido. Es relativamente frecuente que dediquen su dinero a comprar comida fuera de casa e incluso pueden robar comida del colegio, las tiendas o de la casa de otros.

Al sufrimiento por la comida descontrolada se une el producido por las vejaciones infligidas socialmente puesto que la sociedad les considera glotones, vagos, sin fuerza de voluntad y sin capacidad de autocontrol. Por ello, sienten que para ellos es muy difícil vivir en esta sociedad donde se rechaza tanto cualquier mínimo sobrepeso y se retraen. Sus relaciones sociales limitadas les aíslan y, en su aislamiento, la única alternativa posible es comer más. Las pautas destructivas de comportamiento crecen y se perpetúan porque la persona con un trastorno por atracón no sabe afrontar de manera adecuada su deseo compulsivo de comer.

El **tormento psicológico** que acompaña a este trastorno se acrecienta con la aparición progresiva de **complicaciones físicas**, especialmente el desarrollo de una diabetes o 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 les ayudan temporalmente pero, **si no se tratan los aspectos emocionales, terminan fracasando**. El paciente con un trastorno por atracón suele presentar comorbilidad con 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 su obesidad se dispara aumentando la sensación de ser personas "*non gratas*" a la vista de los demás.

Creer que existen determinados alimentos que les son dañinos, en especial alimentos dulces, que perciben como tóxicos por su supuesto componente adictivo. Estas ideas pueden haber sido aprendidas del conocimiento vertido en algunos programas de tratamiento que aconsejan evitar el azúcar de la misma manera que el alcohólico debe evitar el alcohol. Esta creencia sitúa al paciente en una situación de indefensión ante determinados alimentos, y es contraria a los principios implicados en el tratamiento cognitivo-conductual que aboga por la enseñanza de recursos psíquicos que permitan manejar el comportamiento alimentario y la actividad física. Por ello se aconseja a los pacientes que normalicen su alimentación, evitando tener comidas prohibidas.

Dado que el trastorno por atracón tiene **enormes similitudes con el trastorno bulímico**, excepto por la inexistencia de conductas purgativas compensatorias, muchos de los aspectos del tratamiento de la bulimia nerviosa pueden beneficiar a las personas que lo sufren. 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.

Los **síntomas y complicaciones** más graves y evidentes de un Trastorno por Atracón incluyen: Incremento de peso corporal, fluctuaciones del peso, obesidad, pérdida de control ante la comida. Baja autoestima, ansiedad, depresión, pérdida de deseo sexual, pensamientos suicidas. Sentimientos de vergüenza, culpa y rechazo hacia sí mismo. Realización de numerosas dietas, ocultamiento de comida. Evitación de situaciones sociales en las que esté incluida la comida, comer en secreto. Problemas menstruales, diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, artritis, disminución de la movilidad y la respiración, trastornos cardíacos, problemas renales y hepáticos.

La **comida nocturna**: Un número no despreciable de pacientes bulímicas o con trastorno por atracón presentan una forma de alimentación que se caracteriza por la ausencia de ingesta de alimentos durante la mañana (desayuno, almuerzo, incluso comida), primera hora de la tarde, y empiezan a comer a partir del atardecer; pudiéndose prolongar la ingesta hasta la madrugada.

Los pacientes 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 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 de este aspecto de los trastornos 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 las pacientes bulímicas indiquen que, en ocasiones, el deseo de atracón está ligado al despertarse por la noche o de la siesta, por lo que encuentran una asociación sugestiva con el mundo de los sueños.

TCA. EN VARONES

Se estima que aproximadamente el 10% de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria son varones; aunque la mayoría de los clínicos consideran que la cifra es superior debido a que muchos no acuden a consulta y tampoco se contabilizan los pacientes que presentan **atracones** unidos al **ejercicio excesivo**. En un estudio realizado en Canadá, Goldberg (2001) puso de manifiesto que 1 de cada 6 casos de trastornos alimentarios eran hombres. Cuando se compara la relación de hombres y mujeres que presentan un trastorno por atracón, ésta se iguala y si se compara la frecuencia con la que varones y mujeres tienen atracones, sin cumplir los criterios de un síndrome completo, los varones aventajan a las mujeres, según diversos estudios publicados en los últimos cinco años. A los chicos les cuesta mucho pedir ayuda porque los trastornos se consideran una "enfermedad de mujeres". No quieren que las personas piensen que son homosexuales, pues mucha gente establece esta relación de forma automática. Tal relación es falsa, ya que la preferencia sexual no tiene que ver con el desarrollo de un trastorno alimentario.

Las razones por las que los varones desarrollan un trastorno alimentario no son muy diferentes de las razones por las que los desarrollan las mujeres, aunque se encuentra, con mayor frecuencia que en las chicas, el **sobrepeso infantil** y el sufrimiento de **burlas en la infancia**.

J..... un paciente anoréxico de 16 años relataba el sufrimiento que había tenido entre los ocho y diez años y cómo con su anorexia obtuvo lo que supuestamente deseaba: "si hubiera podido cambiar algo en esa edad hubiera sido mi gordura. Me llamaban "fati". Tenía un certificado del médico diciendo que no hiciera gimnasia. No podía jugar al fútbol, ni correr, ni nadar. Era el gordo de la clase. Aquel del que todos se reían. Conseguir adelgazar ha sido lo mejor que me ha pasado. Cuando adelgacé fui como los demás, mejor que los demás. Dedique todo mi tiempo libre al deporte y ahora me envidian por mi físico y mi resistencia".

Además, ellos pueden haber sido víctimas de abusos o haber crecido en una familia disfuncional en la que los conflictos han sido eludidos o la situación relacional ha sido muy caótica. Como el resto de los pacientes, presentan muy baja autoestima, su pensamiento es dicotómico y perfeccionista. Buscan la seguridad en la consecución de logros excelentes tanto académicos como laborales o deportivos. No expresan sus emociones. Se entregan a los demás por encima de sus propias necesidades. Rechazan su cuerpo y su forma de ser, buscando en su apariencia la valía que se niegan.

La experiencia traumática producida por la dependencia a la comida en varones es descrita de forma magistral en este testimonio de un famoso modelo de las pasarelas de Nueva York:

"La comida era mi mejor amiga y mi veneno. La única cosa que me hacía sentir bien era la que me traicionaba cada día. Cada vez que me atracaba y me purgaba, era como la novocaína. Adormecía todos los problemas a los que me tenía que enfrentar".

Los trastornos son, igualmente, muy similares en hombres y mujeres respecto a sus **consecuencias físicas**: desde enfermedad de corazón, cáncer de esófagos, pancreatitis y muerte;

EL ESTILO COGNITIVO DE LOS TCA.

Las pacientes y los pacientes que desarrollan un trastorno alimentario tienen unas características comunes en su estilo cognitivo. Se han identificado seis tipos de procesamiento de la información equivocados o distorsiones cognitivas:

1. Pensamiento Dicotómico, razonamiento en términos absolutos: se refiere a la tendencia a situar cualquier suceso o experiencia en categorías opuestas y absolutas: cada situación es blanca o negra, buena o mala, positiva o negativa, acertada o equivocada, es todo o es nada.

"Si logro estar delgada todos me verán estupenda". "La gordura es asquerosa, si no adelgazo nunca saldré a la calle".

2. Personalización: implica asumir que cualquier suceso externo tiene una significación personal, cuando no hay evidencia de que esto sea así, o cuando la evidencia es muy pequeña.

"Mis amigas se han dado cuenta de lo gorda que estoy" "No puedo ir a comer con mi familia porque todos me miran y se dan cuenta que como como una cerda".

3. Generalización excesiva: Implica sacar conclusiones globales de situaciones y/o hechos particulares.

"¡Qué bien me he sentido en la fiesta!, todos me han dicho lo delgada que estoy, si quiero tener éxito y pasarlo bien en todas las fiestas debo seguir perdiendo peso y mantenerme la más delgada de todas.

4. Magnificación y minimización implica sobreestimar o subestimar la significación de una situación o suceso particulares:

“El nutricionista me ha dicho que voy bien, que he cogido un kilo esta semana, como siga así no voy a caber por la puerta”. “No creo que la sangre que ha salido con el vómito sea importante, ¡seguro que ha sido una venilla de nada!, luego bebo algo frío y ya está”.

5. Abstracción selectiva: implica enfocarse exclusivamente en un aspecto de la situación sin tener en cuenta el resto de las características.

“Cuando vomito se me van todos mis males”; “No merece la pena esforzarse por cambiar, ayer vi a Merche que vuelve a tener que ingresar. De esto no se sale”.

Se ignora la cantidad de pacientes que mejoran y sólo se fijan en las que están en situación de recaída.

6. Inferencia arbitraria: Implica llegar a una conclusión arbitraria de los datos, incluso aunque éstos estén en contra de la conclusión que se ha sacado.

Si este tipo de pensamientos distorsionados preceden o siguen al trastorno alimentario, es un tema de debate. Unos autores piensan que anteceden a los trastornos y por tanto forman parte de los **factores predisponentes**; otros piensan que los produce el trastorno y son más bien **factores de mantenimiento**; en cualquier caso deben cambiarse mediante un trabajo cognitivo .

LA FAMILIA EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

En muchas familias en las que ocurre un trastorno de la conducta alimentaria, la **apariencia** ocupa un **lugar privilegiado**. Las normas que rigen cómo debe expresar uno su apariencia ante los demás son más importantes que los sentimientos y las normas sobre cómo debe uno comportarse. En estas familias la buena apariencia es sinónimo de valía personal. No importa cómo estés en realidad, cómo te sientas, ¡que los demás no lo sepan!. Lo importante es que los otros te vean bien y te admiren. Los progenitores suelen estar muy preocupados con su aspecto físico, y muchos de ellos que controlan, sin decirlo, su comida, poseen cantidad de comportamientos inadecuados desapercibidos por los demás. La importancia de la buena apariencia suele haber estado presente, incluso, en las generaciones anteriores.

La madre de L., siempre ha sido muy delgada; perteneciente a una familia muy exigente en sus apariencias, “familia bien” de capital de provincia, sólo está transmitiendo lo que ella ha aprendido en su propia familia. Ella no es culpable, pero sí debe de realizar un cambio de actitud hacia la apariencia física y psíquica para poder ayudar a su hija.

Dar excesiva importancia a la buena apariencia provoca un distanciamiento en el contacto físico familiar y la inhibición de sentimientos positivos. Estas **carencias afectivas** impiden a las pacientes establecer vínculos afectivos, agravándose la situación cuando empiezan a salir con un chico. Las dificultades para aceptar el mínimo contacto físico positivo, la convierten en una joven con una frialdad que finalmente hace fracasar las relaciones de intimidad y cercanía. Algunas veces la exigencia de una apariencia excelente se debe a que los padres identifican el aspecto de sus hijos como una evaluación de su propia valía como padres. Con esta ideología, un hijo con sobrepeso es la expresión de su incapacidad para alimentarle de forma sana.

La madre de G..... nunca había cogido en brazos a sus hijas porque no soportaba la idea de que le tocaran el pelo y la despeinaran. Había hecho dieta siempre, pero nunca admitía que ella había transmitido a su hija esos mensajes sobre dietas y comida... Estas carencias afectivas de G..... le han impedido establecer vínculos afectivos con sus iguales y los problemas se han agravado cuando ha empezado a salir con un chico.

Desgraciadamente la apariencia **delgada** y el control excesivo de las consideradas comidas “engordantes”, se han unido, en nuestra sociedad, a mensajes de **fuerza de voluntad** y control; supremacía psíquica ante los otros. En las familias la identificación con esta ideología es total: las personas con sobrepeso o que no comen sano, incapaces de controlarse, son débiles y poco dueños de sí mismos. Cuando la adolescente o joven comienza a perder peso siente, por primera vez, que tienen la posibilidad de controlar su vida. Se siente fuerte y poderosa, capaz de tener un aspecto estupendo. Se demuestra que no necesita comer como los demás. Es superior porque ha conseguido lo que los demás no pueden, controlar su hambre, los demás son esclavos de sus deseos y apetencias.

Toda familia necesita crear unos límites que permitan un espacio de privacidad, independencia y desarrollo de la individualidad de cada miembro. Cuando una familia tiene **dificultades en establecer y respetar los límites**, surgen problemas y conflictos. Los límites no sólo se invaden cuando se da un abuso corporal, también se invaden cuando no se respetan las pertenencias y el mundo psíquico de cada miembro familiar. En las familias de las pacientes se observa un control excesivo de sus miembros y la ausencia de límites en el ámbito del hogar.

La necesidad de intimidad crea desconfianza y recelo en muchas familias de las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: “*algo malo querrás hacer si te tienes que cerrar*”, “*eres una rara de quererte aislar*”. Con esta mentalidad, las puertas no se cierran, no se respetan e incluso no existen. Ese mismo problema impide cerrar el cuarto de baño: “*Deja la puerta abierta que yo vea lo que haces*”. La situación puede convertirse en grotesca y muy dañina cuando en el propio tratamiento se pide a los padres que realicen ese control destruyendo hasta límites insospechados la intimidad de la paciente: “*tiene usted que acompañar a su hija al water para controlar que no vomite, y tirar usted de la cadena*”. Además, muchas veces las madres se introducen en la vida mental de las hijas con interrogatorios exhaustivos y no paran hasta producir “el vómito” de toda la información. Los padres pueden introducirse en las habitaciones sin permiso o leer sus diarios privados. Todo ello justificado por el bien de la hija. Asimismo, se pueden producir ataques a los límites corporales, invadiendo el pudor de la hija, hablando públicamente de temas que ellas han definido como íntimos, sean de la enfermedad o no. El caso más extremo de esta invasión, sería el abuso sexual.

En ocasiones, la ausencia de límites es cognitiva y emocional; los progenitores en estrecha simbiosis con su hija/o, piensan (o creen saber lo que la paciente piensa) y le obligan a “sentir” lo que ellos consideran correcto. Cuando la implicación es excesiva se difuminan totalmente los límites entre madre/padre e hija, bloqueando el proceso de recuperación.

¿Qué se oculta bajo esta entrega tan desmesurada? Una madre tan implicada en el proceso de recuperación de su hija le manda un mensaje, cuando menos ambiguo, respecto a sus posibilidades de recuperación. Verbalmente le dice que confía en ella, pero sus hechos desmienten lo que dice. Su comportamiento manifiesta y refuerza la idea de **incompetencia** que su hija tiene sobre su capacidad para salir del trastorno. Si creyera verdaderamente que su hija puede o quiere salir del trastorno, dejaría el espacio de acción y tiempo suficientes para que la paciente reaccionara y pusiera en práctica su parte del tratamiento. No debemos olvidar que ayudar a la paciente no es tomar en cargo sus objetivos o hacer su tarea terapéutica. El apoyo de los padres debe ser a las decisiones y acciones que hace la hija. No se recupera una pierna paralizada si la que mueve la pierna es la madre, pero el paciente necesita, durante un tiempo, el apoyo de su brazo para no caer. **Colaborar y apoyar no significa sustituir.**

La ausencia de límites **con el padre** son, igualmente, muy dañinos. Muchas pacientes han sido “la niña bonita”, “la niña de papaito”, de una manera tan intensa durante la infancia, que, al surgir la pubertad, tal **relación simbiótica** debe de romperse o el riesgo de una cercanía corporal inadecuada e incluso de incesto, es continuo. Las niñas que tienen problemas de separación porque se les ha enseñado una lealtad a ultranza o se les ha infiltrado la idea de que querer a otros es una forma de infidelidad, pueden desarrollar una anorexia como forma de evitar unas relaciones excesivamente comprometidas. Un cuerpo todo huesos no es peligroso. A veces esta implicación erótica no es evidente y flota, de forma poco consciente en la paciente, un sentimiento de que la relación de su padre hacia ella es inadecuada.

En algunas familias, especialmente de pacientes bulímicas, la **estructura familiar es muy caótica**. Las normas que se establecen en la casa cambian fácilmente y se hacen impredecibles. Tal inestabilidad produce una aparente independencia, que enmascara una gran soledad y la adolescente puede buscar en la comida una forma de calmar el vacío y la ansiedad que siente. El cuidado de la casa puede estar desorganizado y dejar la responsabilidad en manos de los hijos, en vez de en las manos de los padres. En esta situación un adolescente no tiene recursos suficientes o capacidades para afrontar todos los problemas que le asignan. Esta independencia precoz y la supuesta autonomía se desmoronan en la enfermedad, apareciendo un comportamiento infantil y débil, que debería haberse vivido en el momento adecuado.

Por otra parte, las familias de las pacientes con un trastorno alimentario tienen grandes **dificultades para conocer, aceptar y tolerar sus emociones** y sentimientos. A veces son sentimientos considerados negativos, como las discrepancias con los demás, la agresividad o la instrumentalización de los otros, y otras veces, positivos, como la afectividad y la intimidad. Estar molesto o agresivo genera culpa e inhibición ya que la familia tiende a interpretar estos sentimientos como crítica a su papel de padres. A consecuencia de tanto control, los hijos ya no saben ni lo que uno siente. Negarse a comer o comer en exceso es una forma de queja ante este excesivo control.

No entiendo por qué si salgo con mi novio a cenar por ahí tomo determinados alimentos que en mi casa soy incapaz de tomarlos delante de mi familia. Me cuesta muchísimo sentarme a la mesa a comer con mi familia. No sé que es lo que hay en mi casa que me impide comer medianamente en condiciones con mi familia.

Me estoy dando cuenta de que en mi casa es como si hubiera una batalla entre mis padres y yo. Si ellos me ven comer en condiciones, la batalla la ganan ellos, y yo la pierdo. Mientras que si yo delante de ellos no como bien, la batalla la gano yo. Es como si ellos me hubieran hecho algo mal y yo les tengo que hacer pagar por ello. Y qué mejor forma que con la comida.

No sé si tendrá algo que ver con mi abuela. Hace dos años cuando mi abuela llegó a mi casa, yo la dejé mi habitación, para que durmiera en ella, y yo me pasé a dormir en el salón. Entonces mi abuela "inconscientemente" se ha ido haciendo con la habitación, no sólo para dormir, sino como si fuera suya, aunque hay que reconocer que yo mi ropa y mis cosas siguen estando allí. Entonces el otro día pensé si esto puede tener algo que ver. Pero yo creo que no, porque yo creo que a mi no me sienta mal que esté mi abuela allí. Y tampoco la quiero echar la culpa a ella de todo esto. Al fin y al cabo, mi abuela es la persona más buena que existe, y en ningún momento me gustaría perjudicarla, ni hacerla sentirse mal por mi culpa.

Conflictos de pareja y Miedo al crecimiento de los hijos

No es infrecuente que la entrega de los padres a su hija/o esté enmascarando una **conflictiva de pareja**. Se ha dicho que la anorexia es el intento desesperado de la paciente para mantener a los padres unidos. Y, ciertamente, una vez que el paciente recupera algo de salud y las pautas alimentarias se estabilizan, emergen los conflictos matrimoniales con claridad. A su vez, la mejoría del paciente deja entrever el miedo de los padres a la etapa adolescente del hijo/a y a su independencia.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders. "Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders" (revision). *American Journal of Psychiatry*, 2000; 157(1 Suppl): 1-39.
- Agras WS. "Pharmacotherapy of bulimia nervosa and binge eating disorder: long-term outcomes". *Psychopharmacology Bulletin*, 1997; 33(3): 433-6.
- Andersen AE. "Eating disorders in males". In: Brownell KD, Fairburn CG, eds. "Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook." New York: Guilford Press, 1995; 177-87.
- Apple RF, Agras WS. "Overcoming eating disorders. A cognitive-behavioral treatment for bulimia and binge-eating disorder". San Antonio: Harcourt Brace & Company, 1997.
- Becker AE, Grinspoon SK, Klibanski A, Herzog DB.: "Eating disorders". *New England Journal of Medicine*, 1999; 340(14): 1092-8.
- Bode, Janet: "Food Fight: a Guide to Eating Disorders for Preteens and Their Parents". New York, NY: Simon & Schuster, 1997.
- Bruce B, Agras WS. "Binge eating in females: a population-based investigation". *International Journal of Eating Disorders*, 1992; 12: 365-73.
- Bruch H. "Eating Disorders". New York: Basic Books, 1973.

- Calvo, R.: *Anorexia y Bulimia: guía para padres, educadores y terapeutas*. 3ª edición Barna, 2006. Edit.: Planeta prácticos.
- Casper RC, Offer D. "Weight and dieting concerns in adolescents, fashion or symptom?" *Pediatrics* 1990;86:386-90.
- Comerci GD. "Eating disorders in adolescents". *Pediatr Rev* 1988;10:1-11.
- Delaney DW, Silber TJ. "Treatment of anorexia nervosa in a pediatric program". *Pediatr Ann* 1984;13:860-4.
- Devlin MJ, Walsh BT, Katz JL, Roose SP, Linkei DM, Wright L, Vande Wiele R, Glassman AH. "Hypothalamic-pituitary-gonadal function in anorexia nervosa and bulimia". *Psychiatry Research*, 1989; 28(1): 11-24.
- Drewmowski A, Hopkins SA, Kessler RL. The prevalence of bulimia nervosa in the US college student population. *Am J Public Health* 1988;78:1322-5.
- Goodman,L., Villapiano, M.: "*Eating Disorders: The Journey to Recovery Workbook*" (2001)P.A. Brunner Routledge
- Herrin, M: "*Nutrition Counseling in the Treatment of Eating Disorders*" (2003) P.A.,Brunner Routledge
- Ikeda, J. And Naworski, P: "Am I Fat? : *Helping Young Children Accept Differences in Body Size : Suggestions for Teachers, Parents, and Other Care Providers of Children to Age 10.*" Santa Cruz, Calif. , (1992).: ETR Associates
- Jantz, G. "Hope, Help, and Healing for Eating Disorders : A New Approach to Treating Anorexia, Bulimia, and Overeating". *Self-help Psychology*, (2002),Shaw editores.
- Killen JDS, Hayward C, Litt I, et al. " Is puberty a risk factor for eating disorders?" *Am J Dis Child* 1992;146:323-5.
- Kreipe RE, Uphoff M.: "Treatment and outcome of adolescents with anorexia nervosa". *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews* 1992;3:519-40.
- Maloney MJ, McGuire J, Daniels SR, Specker B. "Dieting behavior and eating attitudes in children". *Pediatrics* 1989;84:482-9.
- Mitchell JE, Seim HC, Colon E, Pomeroy C. "Medical complications and medical management of bulimia". *Ann Intern Med* 1987;107:71-7.
- Moore DC. Body images and eating behavior in adolescent girls. *Am J Dis Child* 1988;142:1114-8.
- Nussbaum M, Baird D, Sonnonblick M, et al. Short stature in anorexia nervosa patients. *J Adolesc Health Care* 1985;6:453-5.
- Palla B, Litt IF." Medical complications of eating disorders in adolescents". *Pediatrics* 1988;81:613-23.
- Pipher, Mary : "*Reviving Ophelia: Saving the Selves of Adolescent Girls*": New York, NY: Ballentine Books, 1994.
- Rock CLR, Curran-Celentano J. " Nutritional Disorder of Anorexia Nervosa: A Review". *Int J Eating Dis* 1994;15:187-203.
- Root AW, Powers PS. Anorexia nervosa presenting as growth retardation in adolescents. *J Adolescent Health Care* 1983;4:25-30.
- Sharp CW, Freeman CPL. The medical complications of anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 1993;162:452-62.
- Silber TJ, Delaney D, Samuels J. "Anorexia nervosa: hospitalization in adolescent medicine units and third-party payments". *J Adolesc Health Care* 1989;10:122-5
- Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T, Wing R, Marcus MD, Stunkard A, Devlin M, Mitchell J, Hasin D, Horne RL. Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*, 1993; 13(2): 137-53.
- Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 1995; 152(7): 1073-4.
- Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J, Kaye W. "Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes". *American Journal of Psychiatry*, 2000; 157(3): 393-401.
- Stein DM.: "The prevalence of bulimia: A review of empirical research." *Journal of Nutr Educ* 1991;23:205-13.
- Villapiano, M.: "*Eating Disorders : A Time For Change : Plans, Strategies, and Worksheets*"
- Walters EE, Kendler KS.: "Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population-based female twin sample". *American Journal of Psychiatry*, 1995; 152(1): 64-71.
- Wilfley DE, Cohen LR.: "Psychological treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder". *Psychopharmacology Bulletin*, 1997; 33(3): 437-54.
- Whitaker AH.: "An epidemiological study of anorectic and bulimic symptoms in adolescent girls: Implications of pediatricians". *Pediatr Ann* 1992;21:752-9.
- Yager J, Andersen A, Devlin M, Mitchell J, Powers P, Yates A. American Psychiatric Association, practice guidelines for eating disorders. *Am J Psychiatry* 1993;150:207-28.

Ficha 1.

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

Debido a la complejidad de la patología, el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria requiere un plan de acción integral que implique cuidados médicos, normalización nutricional e intervenciones psicológicas, psiquiátricas, de forma más o menos intensiva, dependiendo de la gravedad de cada paciente. El tratamiento de la anorexia comprende tres grandes fases: la recuperación del peso perdido, el tratamiento de las alteraciones psicológicas tales como la baja auto-estima, las alteraciones de la imagen corporal y las dificultades interpersonales y la recuperación a largo plazo, junto con la prevención de recaídas. El tratamiento de la bulimia comprende, igualmente varias fases: reducir o eliminar los atracones y las conductas purgativas. Conseguir este objetivo requiere la normalización de las pautas alimentarias y una rehabilitación nutricional, el tratamiento de las alteraciones psicológicas asociadas a la comida, tales como la ansiedad, el vacío y los cambios bruscos del estado de ánimo, mejorar las relaciones interpersonales y familiares, reducir la impulsividad y preparar la prevención de recaídas. En ambas formas de trastorno alimentario la resistencia al tratamiento y la negación de la patología producen una gran frustración y tratamientos a largo plazo. Una vez que las pacientes consiguen establecer una pauta de comidas estructurada, las pacientes experimentan menos hambre y reducen sus sentimientos negativos hacia la comida y el peso y, por tanto, de los atracones. Algunos científicos están trabajando en la identificación de genes susceptibles al desarrollo del trastorno con el fin de mejorar los tratamientos de los trastornos de la conducta alimentaria. Otros investigan la neurobiología de los comportamientos emocionales relevantes a la patología, los aspectos neurobiológicos del comer y el papel que juegan los esteroides gonadales en el surgimiento de la anorexia.

Los tratamientos publicados, en los que se aprecia un nivel de éxito suficiente como para tenerlos en consideración, no han comparado la eficacia de las diversas técnicas terapéuticas en función del nivel evolutivo (edad) de las pacientes, pero la mayoría incluyen pacientes adolescentes en sus análisis. Esto es debido a que los trastornos de la conducta alimentaria irrumpen primordialmente en esta etapa de la vida. Su prevalencia en la adolescencia es tal que los retos implicados en el desarrollo de este periodo, (cambios corporales, inicio de la madurez sexual, toma de conciencia personal, aumento de la autonomía, incremento de la influencia de los iguales como referentes de su valía, desarrollo del sentido de coherencia e integridad personal) han sido considerados consustanciales para la aparición de la patología alimentaria.

La chica que deviene anoréxica necesita desesperadamente sentir que domina y controla su vida, objetivo que obtiene con el trastorno, ya que el conjunto de preceptos cognitivos y conductuales que lo rigen la estructuran y protegen del miedo a las demandas existenciales que se avecinan. Por su parte, la chica que deviene bulímica, incapaz de compensar su vacío interior con un mundo externo exitoso, encuentra en la comida, el alivio al sufrimiento que le provoca el control ejercido en lograr una apariencia de normalidad, y el acompañamiento en ese mundo solitario repleto de una inconmensurable insatisfacción personal. Ambas tienden a ser muy perfeccionistas, poseen un estilo cognitivo extremado y dicotómico, desean unos rendimientos escolares excesivos, mantienen una competitividad relacional excesiva, llevan una vida plagada de "deberes" sin descanso y no han desarrollado una buena autoestima.

El adolescente varón que desarrolla una anorexia nerviosa presenta características muy similares a las de las chicas. Sin embargo, la mayoría de los chicos desarrollan un trastorno inverso, llamado "reverse anorexia" en el que se realizan prácticas alimentarias encaminadas a ganar peso para conseguir sentirse física y psíquicamente fuertes, tener una imagen corporal "portentosa" y un rendimiento desbordante en los deportes. Para incrementar el peso y el desarrollo muscular, muchos toman preparados vitamínicos, esteroides, insulina, diuréticos y otras "pastillas" de diversa índole, cuyo consumo puede llegar a producir serios desequilibrios nutricionales y graves problemas de salud. De esta forma pretende evitar la sensación de ser débil, enclenque, inexistente, poco atractivo y/o no tener ninguna valía personal. Estas obsesiones manifiestan la falta de recursos psíquicos para enfrentar los retos que demanda el tránsito a la madurez.

La utilización del tratamiento basado en el modelo cognitivo-conductual, necesita ciertas consideraciones previas en orden a optimizar sus resultados:

- ✓ El modelo cognitivo-conductual considera los trastornos de la alimentación como conductas aprendidas, generalmente relacionadas con un estilo cognitivo distorsionado, que pueden desaprenderse. La **terapia de conducta** interviene sobre la conducta observable y asume que ésta depende de sus consecuencias. Si las consecuencias son positivas, la conducta se refuerza; si las consecuencias son negativas, la conducta tiende a extinguirse. La **terapia cognitiva** enfoca su intervención sobre el proceso cognitivo y asume que la conducta y las emociones están determinadas, en gran medida, por la forma en la que la persona piensa. Las técnicas terapéuticas se diseñan para identificar, confrontar y corregir los conceptos distorsionados y las creencias disfuncionales que subyacen a las conductas patológicas y/o el inadecuado manejo de las emociones.
- ✓ El modelo cognitivo-conductual aporta al tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria **dos grandes líneas** de acción terapéutica: coopera con médicos y personal de enfermería para que puedan mejorar la salud de las pacientes y recuperar el nivel nutricional y realiza su propio tratamiento psicológico enseñando a pacientes y familiares formas saludables de pensar, manejar emociones, solucionar problemas, aceptar su imagen corporal y afrontar dificultades sin recurrir a la comida.
- ✓ Aunque la terapia cognitivo-conductual es el tratamiento de elección con un trastorno alimentario, es preciso evaluar el **nivel cognitivo** que exige cada técnica y ajustarla a la edad de la paciente. En general, pueden utilizarse sin problemas, en todas las etapas de la adolescencia: la planificación ambiental y la administración de refuerzos positivos; las diversas técnicas de manejo de estrés; la imaginación positiva; la reestructuración cognitiva; el modelado; la resolución de problemas; el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y la intención paradójica; mientras que aquellas técnicas que exigen la utilización de meta-cogniciones son más eficaces en la adolescencia tardía y en la edad adulta.
- ✓ Dado que los cambios estables, necesarios para recuperarse del trastorno, requieren la colaboración activa de los pacientes, la utilización de técnicas conductuales dirigidas exclusivamente al control de la conducta problema (manipulación ambiental y manejo de refuerzos), sin utilizar el esquema conductual básico: **antecedentes-conducta-consecuencias**, son ineficaces para obtener cambios a largo plazo y favorecen la cronicidad si no se complementan con otras acciones terapéuticas.
- ✓ El establecimiento de límites físicos o psíquicos destinados a recuperar un mínimo de salud, en pacientes cuya necesidad de auto-control es tan grande, no puede instaurarse a base de control o imposición de normas por parte del "experto terapeuta". Por ello, si se precisa establecer algún límite durante los períodos de ingreso o en la casa (acompañamiento tras la ingesta para prevenir conductas purgativas, cerrar baños, restringir las visitas, etc.), es preceptivo informar a la paciente de las medidas que se van a tomar, explicarle el **sentido** que tienen para su mejoría, además de recabar sus sugerencias sobre la mejor forma de llevarlas a cabo, de forma que se obtenga el beneficio esperado y no su lucha.
- ✓ Si, debido a la resistencia que muchas pacientes presentan en el tratamiento y a la cantidad de tiempo que hay que dedicar para conseguir su colaboración, el terapeuta decide utilizar la fuerza "por el bien de la paciente", no puede ignorar que el uso de medios coercitivos puede generar mayor patología y resistencia en la paciente, aumentando el riesgo de conductas impulsivas peligrosas tales como auto-lesiones, tentativas de suicidio y el rechazo a cualquier intervención terapéutica posterior.
- ✓ Los terapeutas tienen que aceptar la resistencia al cambio como parte integrante del trastorno. La enfermedad es un mecanismo protector de una verdad que, si afrontaran sin ayuda, habría aniquilado su psiquismo, por lo que es obligado **evitar las batallas** entre terapeuta-padres y paciente. La batalla debe ser de todos contra el trastorno, ayudando a la paciente a fortalecer su parte sana, aquella que le ha permitido aceptar la terapia.
- ✓ Es necesario tener en cuenta las dificultades y el tiempo que se tarda en decidir un cambio definitivo y permanente, recordando que la mejor manera de generar una resistencia al cambio es insistir en el cambio y que únicamente se cambia cuando se tiene libertad de elección.
- ✓ Puesto que los **factores motivacionales** son de extrema importancia para la terapia, es obligatorio conseguir la participación de la paciente en la toma de decisiones sobre su proceso de recuperación y tratamiento, algo que a primera vista puede parecer incompatible con la aplicación de algunas técnicas conductuales necesarias para recuperar su salud.

- ✓ La utilización de la estructuración ambiental o el uso de refuerzos no siempre son sinónimo de manipulación y quiebra de la voluntad de los pacientes, sino una forma de proporcionarles algún incentivo que les permita salir de una situación que pone en riesgo su salud.

C..., El problema es que yo no quiero salir de la anorexia porque para mí, eso significa estar gorda y devorar comida de forma compulsiva, comer por comer. Yo veo chicas que comen bollos y guarrerías de esas que venden en los puestos y están muy bien; sin tripa, cadera ni culo. Yo no sé si tendrán problemas con la comida o no, pero si lo tienen lo esconden mejor que yo y las envidio, excepto si tuvieran bulimia. Yo pienso en lo que como y lo paso fatal. Lo que sí reconozco es que me gusta comer pero no quiero. Los dulces, como bollos, tortas, etc., me encantan. Yo sólo quiero que me dejen comer a mi manera y punto. No pido más.

Antes de poder hacer un tratamiento en el que se le pidan cambios voluntarios, esta paciente necesita una labor psico-educativa que le permita incrementar su motivación para salir del trastorno. En el caso concreto de C..., fue necesario realizar varios **ingresos** (uno de ellos involuntario) en los que **además de un programa operante para recuperar un mínimo de salud, se le proporcionó información sobre la enfermedad y las dificultades que subyacían a su restricción de comida.** Se le ayudó con su estreñimiento. Se le enseñó técnicas de distensión mental; entrenamiento asertivo para defenderse de los comentarios de allegados -"a ver si ya no haces sufrir mas a tus padres", etc.

- ✓ El llamado modelo de Potenciación (**Empowerment**) utilizado por otros profesionales de la salud a consecuencia de las bajas tasas de adhesión a las prescripciones médicas del modelo de relación medico-paciente tradicional, donde se prima la obediencia en vez de la capacitación del paciente, sugiere normas de actuación a los terapeutas para solucionar los problemas de motivación y resistencia al cambio señaladas en el apartado anterior. El modelo subraya la necesidad de establecer relaciones de igualdad y respeto mutuo entre las personas que necesitan la ayuda y aquellos que la facilitan, de forma que **entre ambos** lleguen a dilucidar las causas de los problemas y las posibles soluciones.
- ✓ El propósito primordial del terapeuta es **preparar a la paciente** para que realice decisiones informadas acerca de su cuidado, promoviendo el deseo de recuperar su salud y bienestar, evitando el paternalismo. Por tanto, el inicio del tratamiento tiene que comenzar con la **información y la educación**, sin someter a las pacientes a una persecución y vigilancia perniciosas (más relacionadas con la ansiedad del equipo o de la familia que con los resultados terapéuticos objetivos), que degradan su intimidad hasta límites insospechados.
- ✓ El propio modelo reconoce y respeta que un grupo de pacientes no se sientan cómodos tomando responsabilidades sobre su vida y puedan preferir una aproximación más directiva, transfiriendo el poder al profesional o dándole poder para que tome las decisiones. Pero aún así, la decisión sigue siendo de la paciente que debe asumir las consecuencias que tal decisión implica, especialmente en lo que se refiere a la **dificultad de mantener y generalizar** los resultados obtenidos por obediencia. Si quiere recuperarse de forma definitiva y evitar las recaídas tendrá que cambiar su actitud hasta asumir la responsabilidad en aprender formas alternativas de solucionar sus problemas y, sin vigilancia, poner en práctica lo aprendido.
- ✓ El tratamiento tiene que realizarse según un modelo lógico de niveles de acción, de acuerdo a la gravedad de la paciente, para lo cual es ineludible estudiar las relaciones funcionales específicas de cada caso, **obviando** cualquier forma de **mecanicismo**, lo que va a permitir implementar las técnicas de forma idónea.
- ✓ El tratamiento requiere una **frecuencia de sesiones** y una duración, a lo largo del tiempo, **suficientemente intensa** para que tenga efecto; en caso contrario, las intervenciones aplicadas no sólo no producen los efectos deseados, sino que cronifican a las pacientes. La tendencia actual es realizar **tratamiento ambulatorio** con distintas modalidades, en función de las necesidades de la paciente: hospitalización parcial (mínimo 8 horas de tratamiento, 4-5 días a la semana), tratamiento de día (mínimo 5 horas de tratamiento, al menos 3 días en semana), tratamiento ambulatorio intensivo (mínimo 4 horas de tratamiento, una vez en semana), tratamiento ambulatorio (mínimo 3 horas de tratamiento semanal).

- ✓ Un grupo importante de pacientes va a necesitar **ingreso hospitalario**, al menos, una o dos veces a lo largo del proceso de recuperación. Los ingresos deben tener la duración precisa (8-12 semanas), no sólo para recuperar salud o peso sino para que se produzca algún cambio de actitud, de forma que no se genere el efecto de “puerta giratoria”.
- ✓ El tratamiento requiere acciones individuales, grupales y familiares. La **inclusión de la familia** en el tratamiento es obligatoria, aunque la acción terapéutica familiar puede realizarse recibiendo a la familia en conjunto, incluida la paciente, o de forma separada en grupo de familiares. Los padres y demás adultos implicados en la vida de los adolescentes necesitan recibir la información cognitiva y el apoyo emocional que les permita alentar a la paciente en el camino de su recuperación.
- ✓ Las acciones terapéuticas tienen que ir acompañadas de una explicación apropiada, a paciente como a familiares, del significado del trastorno y de la necesidad de reestablecer una pautas alimentarias sanas para poder abordar otros aspectos del trastornos, tales como el proceso de individuación y autonomía personal, la relación con los iguales, la toma de decisiones o la resolución de problemas.
- ✓ Finalmente, debido a las características “racistas” del contexto sociocultural en el que se desarrollan los trastornos, que prima valores externos de apariencia y competitividad fomentando la preocupación por el cuerpo, la fuerza de las acciones terapéuticas está muy mermada y tiende a perderse cuando la paciente se incorpora a su vida cotidiana. Esta circunstancia requiere realizar un trabajo preventivo escolar que promueva los **factores protectores** (*autoestima basada en valores humanos, disminución de la competitividad, apoyo a la expresión asertiva, etc.*) en el ambiente de la paciente.

Independientemente de cuál sea el modelo y las técnicas de tratamiento que utilice el clínico, un tratamiento con posibilidades de éxito tienen que tener en cuenta ciertas **condiciones relacionales**, que facilitan la aceptación de la terapia por parte de las pacientes:

- ✓ Si el tratamiento sólo se hace como lucha y control, además de las dificultades para establecer el vínculo, la recuperación alimentaria tienden a perderse. Incrementar el peso a cualquier precio no es indicativo absoluto de mejoría estable, aunque sea imprescindible para mejorar psíquicamente. Las ganancias de peso muy rápidas inducen a pérdidas inmediatas y son interpretadas por paciente y familiares como recaídas, obteniendo la idea de **cronicidad**, cuando en realidad no se ha hecho ningún cambio en su actitud.
- ✓ Conservar los objetivos de la paciente, haciéndoles observar lo erróneo de los medios que han utilizado para conseguirlos.
- ✓ Definir unos límites y unas normas, preservando la relación terapéutica
- ✓ Incrementar su sentido de eficacia y control, precisamente aceptando que no tienen que controlar, sino **auto-cuidarse**
- ✓ Es importante qué se hace y cómo se hace. Tan importante es la reorganización de los refuerzos como las explicaciones teóricas que se le dan.
- ✓ Agradecen que se les ayude a resolver su estreñimiento, frío, ansiedad, miedos, culpa.
- ✓ Necesitan que se les escuche y comprenda.

Un tratamiento requiere **ampliar la capacidad de auto-conocimiento** del paciente de tal manera que, al observar y comprender el sentido de sus conductas, transforme su manera de definir y resolver sus problemas. Es un trabajo apasionante y difícil que precisa de la comprensión y el entendimiento del paciente y no de su obediencia. A través del proceso terapéutico la paciente toma conciencia de los pensamientos, emociones, miedos y necesidades personales, tanto positivos como negativos, integrándolos como componentes de su yo, que progresivamente maduro, emprende los cambios responsablemente.

Un tratamiento no debe confundirse con el hecho de acudir a la consulta donde el profesional pide a la paciente que abandone sus conductas patológicas sin **enseñarle como conseguirlo**; este tipo de órdenes lo único que hace es ahondar su sensación de ineficacia y aumentar su miseria psíquica. Un tratamiento no son las acciones encaminadas a impedir la realización de las conductas patológicas por control externo. Si ése fuera el caso el mejor tratamiento sería atar a las pacientes.

La relación terapéutica tampoco debería confundirse con una charla amigable ni sustituir la relación familiar. El tratamiento demanda del terapeuta establecer una cercanía emocional con la paciente y al mismo tiempo mantener

la distancia suficiente para no perder su objetividad en la terapia. Este requisito impide que allegados o amigos puedan hacerse cargo de la terapia. Algunos familiares creen que por ser ellos los que más conocen y quieren a su hija, podrían realizar este proceso terapéutico mejor que alguien ajeno a la familia. Aunque es cierto que ellos son los que más la quieren, la ansiedad y el miedo que producen los comportamientos, pensamientos y emociones implicadas en los trastornos son tan grandes, que no pueden tener la distancia emocional necesaria para realizar las intervenciones terapéuticas que necesiten.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Una vez establecidas estas premisas ideológicas, las técnicas cognitivo-conductuales ofrecen la oportunidad de recuperarse a un gran número de pacientes. Éstas son las características esenciales de su acción

Evaluación: La primera acción del tratamiento es evaluar el **nivel de salud**, el **estado nutricional** de la paciente, su **capacidad de adherencia** a las prescripciones médicas y la posibilidad de apoyo familiar en los diferentes niveles de cuidado, para establecer la **modalidad de intervención** más conveniente (internamiento, hospital de día, asistencia ambulatoria). En estos primeros momentos es fundamental explicarles el trastorno a paciente y familia, hacerles comprender su actual o potencial gravedad, suministrar información sobre la estructura y contenido del tratamiento y los posibles resultados de la intervención, además de plantearles la necesidad de un compromiso explícito en las tareas propuestas por el equipo.

Recuperación de salud y Normalización de la comida: La estabilización física y la normalización alimentaria son los objetivos prioritarios de la primera fase del tratamiento y **no pueden ser obviados bajo ninguna condición**, ya que la desnutrición o la malnutrición (reduciendo la capacidad de concentración mental y de abstracción) y la restricción o el caos alimentario (aumentando las obsesiones sobre la comida) interfieren con el funcionamiento cognitivo de las pacientes, impidiendo el tratamiento.

La consecución de estos objetivos se beneficia de la **terapia conductual** cuyos principios se utilizan para estructurar un ambiente que proporcione refuerzos no punitivos -elogios, limitación del ejercicio físico, privilegios en el acceso a sus pertenencias y/o la movilidad en el centro- ligados a la ganancia de peso y a las conductas deseadas (eliminación de la restricción y el caos nutricional, disminución de las conductas purgativas y de la hiperactividad). El programa operante se establece en forma de **compromiso terapéutico entre paciente-terapeuta-familia**, y en él se especifican los refuerzos y el coste de respuesta que tendrán los comportamientos de la enferma. La mejor forma de realizar este contrato terapéutico es especificar los acontecimientos **por escrito** ya que elimina las discusiones de la paciente con el equipo responsable del ingreso (o con los padres si se realiza en la casa) y evita las intervenciones impulsivas o arbitrarias de terapeutas y familiares. Gran cantidad de estudios han demostrado que la realización de un programa operante "flexible" es más eficiente que un programa "rígido", sin que sea necesario aislar a las pacientes. Éstas tienen que ser tratadas de forma empática y positiva, reforzando cualquier logro conseguido.

Dado que la mayoría de las pacientes, a causa del temor que les produce perder el control y el apego que tienen a su patología, presentan serios problemas de motivación al cambio, los terapeutas deberían utilizar conjuntamente con las técnicas conductuales, técnicas cognitivas que favorezcan el aumento de **la motivación** al cambio. Entre ellas: evaluación de su **estilo de vida** (si considera que su vida es saludable o no; si le gusta o disgusta la vida que lleva; si cree que necesita hacer ciertos cambios es sus hábitos), conocimiento de sus creencias acerca de la enfermedad y de la salud (muchas pacientes tienen grandes errores sobre su enfermedad y su tratamiento), facilitación de información referente a la necesidad de incrementar peso, regularizar la comida o realizar un ingreso (nivel nutricional bajo, un desequilibrio electrolítico u hormonal afectan el estado de ánimo, distorsionan la percepción de las cosas y pueden poner en riesgo su vida), beneficios de su recuperación, permitiendo que la paciente formule sus dudas acerca de lo explicado, establecimiento de un espacio de expresión de los resultados que desea del tratamiento de su enfermedad, **inclusión** de la paciente **en la toma de decisiones**, acerca de cómo manejar su enfermedad y **reforzamiento de sus decisiones**.

Estas acciones implican que se destierre, para siempre, la **distorsión cognitiva de muchos terapeutas que creen que las pacientes no quieren ser tratadas**. Ellas quieren ayuda a pesar de que su miedo a pasarse de peso o a los posibles atracones, frenen su colaboración. La gran resistencia que muestran las pacientes a salir de la enfermedad y la negación que hacen de su patología, no significa que la paciente no quiera salir de donde está. Su intenso mie-

do al descontrol le hace estar continuamente dividida: una parte de ella quiere y otra parte no quiere. Su parte sana le dice que tienen que escuchar lo que le dice su familia y el terapeuta, la parte enferma le dice que no les escuche, que los demás le tienen envidia por que no son capaces de estar tan delgados como ella, que si les hace caso se va a poner muy gorda. Estas dos fuentes de bloqueo necesitarán ser tratadas de forma explícita en el tratamiento ya que, si en las primeras sesiones la paciente percibe el interés del terapeuta por prevenir el descontrol alimentario y el riesgo del exceso de kilos y se le explica la diferencia entre su hambre física y su hambre emocional, la cooperación aumentará vertiginosamente.

N..... es una paciente anoréxica con 4 años de evolución del trastorno que ha sido ingresada en varias ocasiones y ha asistido a un centro de día donde hasta ahora no le han trabajado los aspectos psicológicos de la enfermedad. Lleva en tratamiento psicológico y nutricional un año. Ya ha desarrollado algo de confianza en nosotros y ha comenzado a decir lo que le pasa: "esta tarde después de la sesión me he sentido muy mal. Yo quiero ser una persona normal pero no estoy dispuesta a aceptar que para eso necesito aceptar el peso que ahora tengo. Una parte de mi cabeza me dice que este fin de semana haga todo bien en casa para salir del hospital. Otra que no ceda bajo ningún concepto y no coma nada aunque suponga más tiempo aquí. ¡Me doy asco! ¡Me sale lorzas por todos lados! Lo siento pero no! no! no!. Cuando me siento gorda me gustaría tirarme de los pelos, pegarme. Sólo se me ocurren formas de lesionarme, de castigarme. Me odio a mí misma y no se decir por qué, es algo que no se puede expresar con palabras y no me deja recuperarme. Quizás tu me puedas ayudar a entenderlo mejor".

Si la **paciente cumple criterios de ingreso** (muy bajo peso, pérdida muy rápida de peso, desequilibrio electrolítico importante, rotura del esófago etc.), el internamiento tiene que proporcionar una **estructura de seguridad** que le permita recuperar su salud, adquirir un nivel nutricional básico y normalizar la ingesta. Conviene preparar a la paciente para el ingreso realizando una visita a la planta y definir sus objetivos, de forma que se aminoren las posibles distorsiones que tenga sobre él y se maximice su impacto terapéutico. Debido al estilo cognitivo extremado de la paciente es fundamental cuidar la forma en que se definen los objetivos pues puede facilitar o impedir su colaboración: - decir a una paciente que tiene que engordar bloquea su cooperación; decirle que necesita recuperar su peso normal y aprender a comer de manera equilibrada, la facilita-

"Encima de que estoy ahí con la sonda, tengo que comer", me decía a mí misma. Pero me ocurrió algo extraño, en vez de preocuparme la sonda me daba seguridad. Estaba pendiente de ella, me asustaba muchísimo cada vez que dejaba de funcionar la bomba de la sonda o cuando tardaban mucho en conectarme después de ducharme o ir al servicio.

La aceptación de la comida produce un conjunto de emociones contradictorias y miedos, para los que la paciente necesita una ayuda psicológica especial.

*I...., paciente anoréxica relata su experiencia: "Hoy al mediodía ha sido la primera vez que me han traído más cantidad de comida. Me han quitado la sonda durante el día, aunque sigo con ella por la noche. Reconozco que estaba deseando comer porque a veces tenía hambre. Cuando vi la cantidad que había en el plato, me asusté bastante. Me costo mucho terminar toda la comida que había en la bandeja, pero cuando terminé me sentía muy bien, porque sabía que **había logrado vencer a mi parte mala**. Pero no sé cuantas veces la podré vencer.....*

La salida del ingreso requiere una preparación cognitiva (**ensayo conductual**) mediante la cual la paciente puede anticipar algunos de los sucesos que pueden provocar una recaída inmediata y preparar formas de respuesta adecuadas.

*M..... paciente anoréxica restrictiva, lo relata así: "he encontrado otra situación que me da bastante miedo. Cuando me encuentre con una de mis primas y con su madre. No quiero que vengan a casa, pero le han dicho a mi madre que vendrán el domingo a visitarnos. Mi prima me da miedo porque nunca le he caído muy bien y siempre que te ve, aparte de comparar con el resto de la gente tu físico, siempre encuentra algún comentario hiriente que hacerte. Además, sabes que, en el momento en que te vayas, va a empezar a criticarte y encima, se va a encargar de que de alguna forma lleguen a tus oídos sus comentarios: "tiene anorexia", dirán. Seguro que luego le dan la "paliza" a mi madre de que me ven muy delgada, que no me ven mejorar. Mi madre se va a poner muy nerviosa y nos vamos a enfadar. Te dirá que por qué no me ingresan en el hospital y ¡yo no quiero volver a ingresar!". Lo único que **me apetece es salir de la enfermedad** con todo lo que eso conlleva. Sé que no va a ser fácil ni rápido, pero me encuentro con fuerzas y para mí eso es lo más importante.*

En cualquier caso, la transición entre los distintos niveles de cuidado debe hacerse de **forma progresiva**, sabiendo que se tiene acceso a niveles de cuidado más intenso siempre que sea necesario.

IDEAS QUE ME PREOCUPAN CUANDO SALGA DE AQUÍ

- 1) Enfrentarme a las personas anteriores para que realmente no me afecten de forma negativa sus comentarios, (necesario hacer role-playing e inoculación al estrés)*
- 2) Llegar al descontrol y convertirme en bulímica, (realizar las estrategias de afrontamiento de atracones y disminución de la impulsividad)*

Si la **paciente no cumple criterios de ingreso** la recuperación de su salud y la normalización de la alimentación se realiza de manera similar al programa establecido en el ingreso hospitalario, pero la responsabilidad de ponerlo en práctica es del equipo terapéutico y de la familia. La implementación de un programa de realimentación y estructuración alimentaria en la casa exige que los terapeutas proporcionen a los padres la capacidad de asumir tal responsabilidad con un apoyo continuado.

Si la paciente es remitida a **hospitalización parcial/hospital de día**, generalmente realiza un tratamiento intensivo durante los días laborables de la semana, con un horario que incluya al menos dos comidas principales y un tentempié supervisados por algún miembro del equipo. Si las pacientes son remitidas a tratamiento ambulatorio, la experiencia demuestra que únicamente es efectivo si es intensivo (diario, dos-tres veces en semana), al menos en los primeros meses del alta hospitalaria y se mejora su eficacia si la paciente tiene la oportunidad de acudir a un comedor terapéutico a realizar una de las comidas principales (en la paciente anoréxica la comida, en la bulímica, la cena). Durante un tiempo. Posteriormente las consultas se van espaciando hasta llegar a ver a la paciente una vez en semana, cada quince días y finalmente realizar una intervención de prevención de recaídas, cuya frecuencia puede disminuir a una consulta cada mes y posteriormente una consulta a los seis meses o según evolución de la paciente.

En el tratamiento específico de la anorexia nerviosa, existe cierta diversidad de aplicación, dependiendo del grupo terapéutico que lo realiza, aunque en todos los grupos se incorpora a la familia como un recurso fundamental del tratamiento. Unos grupos han integrado aspectos de la teoría de sistemas (realización de un comida en la consulta para observar de manera directa la forma de preparar, servir y relacionarse familia y paciente en esta situación) y la utilización de técnicas y principios conductuales tales como el desarrollo de habilidades en resolución de problemas o el uso de la intención paradójica para fomentar aspectos de individuación en la paciente, realizando el tratamiento en la casa. Otros apoyan a la familia sin incluir estos aspectos de tratamiento al conjunto familiar, pero potencian igualmente a los padres para poder apoyar y monitorizar parte de las comidas de la hija mientras ésta recibe un tratamiento intensivo en un hospital de día, centro de día o en régimen ambulatorio, en función del estado de gravedad de la paciente y de sus capacidades para cuidar a sus hijas. En el tratamiento de las pacientes bulímicas se aconseja realizar un tratamiento intensivo, bien en régimen de hospital de día o en régimen ambulatorio.

En todos los grupos se realiza una **monitorización** del nivel nutricional de la paciente anoréxica y se insta a la realización de una **comida equilibrada** que permita recuperar el peso perdido y corregir la malnutrición producida por la evitación de ciertos alimentos “prohibidos” que la paciente se niega a comer. En el caso de la paciente bulímica (y de las pacientes anoréxicas purgativas) necesitan superar su caos alimentario y los desequilibrios electrolíticos debidos a sus conductas purgativas.

Pautas Alimentarias:

Tus pautas deben ser prioritarias a otras actividades

Delimita tu ingesta a 3 ó 4 comidas planificadas al día, más uno o dos tentempiés.

Procura que no haya un intervalo superior a 3 horas entre comidas.

Entre estos períodos debes hacer un gran esfuerzo para evitar comer.

No debes omitir ninguna comida o tentempié a pesar de las circunstancias

Si el día es impredecible, planifica el mayor número posible de comidas.

Sí cambias de actividad cada día, adapta la planificación para cumplir los objetivos.

Organiza las comidas, incluso los fines de semana.

Ser consciente de los comportamientos inadecuados y participar responsablemente en su cambio exige no sólo observar las cantidades o clases de comidas que se come, lo que se vomita o las flexiones que se hacen, sino también, llegar a conocer las razones por las que estos comportamientos se realizan. El método fundamental para conseguir esta información fiable es su **autorregistro**, puesto que la memoria de los hechos, aumenta el riesgo de los falsos recuerdos. Algunos terapeutas piden el registro de los comportamientos patológicos en forma de diario. Aunque son útiles y proporcionan numerosa información, tendrían que completarse con hojas de registro estructuradas, que permitan la observación visual inmediata de las conexiones de los comportamientos con las circunstancias externas e internas de la paciente. Los registros iniciales deben ser sencillos, sin demasiada información que los haga inmanejables. Se debe empezar por aquellos comportamientos que el medico considere más urgentes de cambiar o por aquéllos que la paciente acepte cambiar, siempre y cuando su salud permita mantener su decisión.

Esta labor la realiza el **nutricionista del equipo** en colaboración **con la paciente** y, aun cuando el objetivo final sea conseguir que la paciente normalice su comida, se puede, en un principio, aconsejar una dieta estructurada, utilizando siempre los principios del aprendizaje por **moldeamiento** (pedir objetivos escalonados y progresivos en los que exista alguna probabilidad de éxito, hasta conseguir el objetivo final). La dieta estructurada ayuda a un gran número de pacientes en estadios iniciales e intermedios del trastorno porque su estructura les proporciona seguridad. Posteriormente la estructura irá disminuyendo y la paciente incorporará los alimentos de la comida familiar. Sin embargo, ciertas pacientes anoréxicas presentan un trastorno tan grave, una obsesión tan extremada y un miedo a perder el control tan insuperable, que les impiden la aceptación de una comida normal. En estas circunstancias, y con objeto de ayudarle a conseguir una ingestión mínima de alimentos, se puede mantener una dieta estructurada y repetitiva durante todo el tratamiento, o quizás para siempre. Cuando el miedo a comer es muy grande y la paciente tiene que recuperar un peso de seguridad, la alimentación se complementa con suplementos alimentarios y en algunas pacientes extremadamente graves o resistentes se les realimenta por sonda. Estas acciones las acepta la paciente cuando se le explica adecuadamente y no cuando parecen ser un castigo por no comer. Ninguna teoría de aprendizaje postula que si una paciente no come tiene que ser amenazada con la sonda, como ningún médico le pone a un diabético insulina porque no hace bien su régimen. En ambos casos, la utilización de medios para compensar su salud viene determinada por sus necesidades físicas y no por sus comportamientos.

Durante esta etapa de cuidados y recuperación física es preceptivo **aconsejar a los padres** no dejar en manos de la paciente ninguna decisión sobre la comida e impedirle el acceso a la cocina, de forma que no pueda ejercer un control sobre la cantidad ni la forma de preparar los alimentos, que ya han sido previamente pactados con el médico. Tampoco puede encargarse de controlar los alimentos de la casa, planificar las compras, ir a comprar, cocinar para todos o para algún miembro de la familia, hacer tartas y postres, ni sustituir a la madre en las tareas domésticas. Todas estas actividades no son producto de su “bondad” o entrega, sino de las obsesiones que produce la restricción alimen-

taria. Posteriormente pueden ayudar a su madre tal como lo hace cualquier otro hijo/a que no tenga el trastorno. Además, es necesario enseñarles que la utilización de promesas sobre posibles beneficios por comer o subir de peso, que algunos equiparan erróneamente a refuerzos positivos, potencian el miedo de la paciente a engordar, ya que no se le está enseñando a comer estructuradamente, mientras surgen sus señales de saciedad, sino a hacerlo de forma contingente a las arbitrariedades del que pone los objetivos.

La información que relaciona restricción alimentaria o comida excesiva con aspectos psicológicos y relacionales, recabada con los **autorregistros**, permiten a paciente y terapeuta observar las situaciones problemáticas y les sugieren **la trayectoria que debe seguir el tratamiento**. Podrá observar que los trastornos alimentarios son formas de afrontamiento de los problemas emocionales y relacionales que tiene y que los hábitos alimentarios inadecuados (dietas, caos, atracones), el ejercicio excesivo y las conductas purgativas (vómitos, laxantes, diuréticos) tienen su propio proceso de retroalimentación y necesitan ser tratadas de forma directa para aminorar el riesgo que comportan para la salud.

Reducción/Eliminación de otros comportamientos patológicos

Dados los perjuicios que acarrea la hiperactividad y el **ejercicio físico excesivo**, el tratamiento tiene que incluir acciones específicas para equilibrar la cantidad de ejercicio físico y de actividades extraescolares que se le permite realizar a la paciente. Para conseguirlo se utiliza, nuevamente, un formato de **aproximaciones sucesivas**, hasta lograr un ejercicio físico ajustado a su nivel de salud y una moderación en sus actividades. En ocasiones el ejercicio físico se utiliza como incentivo para recuperar el peso y se hace contingente a la consecución de los objetivos propuestos por el médico.

Los atracones, bien aparezcan en el transcurso de una anorexia o los realice una paciente bulímica se tratan mediante dos tipos de acciones: unas terapéuticas y otras paliativas. En el primer caso, se pide a la paciente que realice un **análisis funcional** mediante la observación y registro de sus pautas alimentarias y de las cogniciones asociadas: estímulos antecedentes tales como la presencia de ciertos alimentos, lugares y/o situaciones estresantes: cansancio, ansiedad, ánimo depresivo, aburrimiento, soledad o melancolía al atardecer; consecuencias reforzantes tales como el alivio del malestar físico y psíquico. Esta identificación permite a la paciente considerar el trastorno como algo situacional que depende de determinados acontecimientos y no como un suceso impulsivo sobre el que no puede ejercer ninguna influencia. Una vez recabada esta información idiosincrásica, el terapeuta inicia la **enseñanza de respuestas alternativas**, especialmente la disminución del malestar interior y el entrenamiento en resolución de problemas.

*Una vez que B..... aprendió a reconocer (**observación y registro de los pensamientos y emociones antecedentes a sus atracones durante varios meses**) que ella se atracaba cuando cometía errores en sus tareas escolares, si estaba con chicas de su clase que se estaban riendo de cosas que ella no comprendía o era la última a la que elegían en la clase de deportes, entonces empezó a sentir alguna esperanza de cambio. Observó que cuando le sucedían estas situaciones se sentía incapaz y desgraciada, los sentimientos se le olvidaban mientras se daba un atracón y luego, necesitaba limpiarse vomitando.*

Se realizaron numerosas **sesiones** para aceptar sus límites, incrementar su autoestima y entrenamiento en habilidades sociales. La experiencia de conseguir nuevas amigas y sentir que era como los demás fue el punto definitorio para conseguir la mejoría.

En tanto estas técnicas terapéuticas dan sus frutos, se puede ayudar a la paciente **con técnicas conductuales paliativas**. La más empleada ha sido el **control estimular**, utilizado para atenuar la influencia de los estímulos que desencadenan el atracón. Su finalidad es conseguir que la paciente logre comer únicamente en lugares y situaciones apropiadas. Para ello se le ayuda a planificar actividades agradables que puedan servir de alternativa al atracón o, al menos, aminorar su intensidad. En los momentos de mayor impulsividad y deseo de comer se aconseja buscar la compañía de personas allegadas y/o salir de casa para realizar una actividad, sin llevar dinero, ya que son situaciones estímulares que interfieren con el atracón.

Control estimular

No hagas otras actividades mientras comes, tanto la comida normal como el atracón

Circunscribe la comida a una sola habitación de la casa.

Limita la cantidad de comida disponible mientras estás comiendo.

Practica el dejar comida en el plato.

Tira las sobras.

Ten en casa limitada la comida "peligrosa"

Planifica las compras.

Compra cuando no tengas hambre.

Compra comidas que necesiten preparación.

Lleva el menor dinero posible.

Conductas alternativas

Realiza una lista de conductas placenteras.

Estas actividades deben servirte para ocupar el tiempo entre las comidas y manejar las situaciones en las que te sientas llena o "gorda".

Evita las situaciones conflictivas y realiza actividades que sean incompatibles con comer, por ejemplo, hablar por teléfono, salir, tomar un baño, hacer ejercicio, etc.

Otra técnica conductual es el afrontamiento directo los atracones, mediante las técnicas de **Exposición y Prevención de respuesta**. Para realizar esta técnica se expone a la paciente a los alimentos que ella considera peligrosos; los tiene que tocar, oler, probar, pero no comerlos, de forma que se prevenga la resolución de su impulso a comer mediante la ingesta, hasta que la ansiedad descienda. Esta intervención se realiza primeramente en la consulta durante un tiempo (4-5 sesiones) y posteriormente se generaliza al medio natural de la paciente, exponiéndose en casa, primero acompañada de un familiar con el que se sienta cómoda y luego ella sola. Algunos autores consideran que el mecanismo de acción de esta técnica no es la extinción sino el cambio cognitivo ya que permite a la paciente comprobar que es capaz de enfrentarse a la comida sin descontrolar.

Es igualmente una técnica conductual el afrontamiento de los atracones utilizando la **demora** que reduzcan su intensidad. La paciente debe **aceptar** que se va a dar el **atracción** y tiene que ponerse delante todos los alimentos que va a comer. Tiene que comer sentada, evitando la comida rápida a pie de nevera. Además, el atracón debe realizarse abiertamente delante de algún familiar. Conviene que al comer utilice estrategias de división y demora de la ingesta, especialmente comer despacio; dividir lo que se va a comer en porciones pequeñas; introducir un mínimo de tiempo entre porción y porción; alargar este tiempo progresivamente realizando alguna actividad: llamar a un amigo, hacer la cama, tomar un baño, eliminar el sabor de la comida mediante el cepillado de los dientes entre bocado y bocado, observar qué pensamientos y sensaciones le impulsan a seguir, hasta conseguir demorar el siguiente bocado durante 20 minutos. Ocasionalmente la paciente notará que después de este periodo aparece la sensación de saciedad y tiene menos ganas de comer. Esta demora no puede hacerse con la intención de controlar el atracón, pues entonces el mecanismo no funciona. Si el deseo pasa y el atracón se controla, bienvenido; si no sucede, el hecho de comer de forma más espaciada es menos peligroso para la salud ya que previene una eventual distensión abdominal.

Acepta el atracón:

Come con plena conciencia, poniendo delante todos los alimentos que te vas a comer.

Date el atracón abiertamente delante de algún familiar.

Come sentada y con mantel, evitando la comida rápida a pie de nevera.

Espacia la comida

Desciende la rapidez con la que comes, mediante pausas en las que dejes los cubiertos apoyados en la mesa.

Divide todo lo que te vas a comer en porciones pequeñas.

Toma menos cantidad de alimento en cada bocado

No bebas mucha cantidad de agua que incrementa la sensación de plenitud.

Eliminar el sabor de la comida mediante el enjuagado de los dientes entre bocado y bocado.

La paciente no debe ser castigada por tener atracones, ni establecer una relación a través de ellos, pero sí tiene que responsabilizarse de reponer los gastos derivados de su comida excesiva y aprender las consecuencias de sus acciones. Dado que la mayoría de las adolescentes no trabajan, el pago puede cobrarse reteniendo su asignación semanal o mediante la realización de tareas domésticas alternativas. A ser posible en vez de pagar con dinero o con actividades deberían de responsabilizarse de reponer los productos consumidos para evitar cargar de trabajo a la persona encargada de las compras.

Es necesario realizar un análisis funcional de **las conductas purgativas** mediante la observación y registro de los vómitos, la toma de laxantes y/o diuréticos y de sus cogniciones asociadas, que permitan unas acciones terapéuticas adaptadas a la idiosincrasia del trastorno de cada paciente. Los **estímulos antecedentes mas frecuentes** de las conductas purgativas son la sensación de gordura por la comida ingerida y/o la existencia de experiencias psíquicas negativas: sometimiento a los demás, agresividad encubierta, aprovechamiento de las situaciones. **Las consecuencias inmediatas mas frecuentes:** obtención de una sensación de limpieza, pureza, ligereza, relajación, atención, castigo a las figuras de autoridad y/o auto-castigo por los excesos cometidos. Conocerlas permiten establecer **soluciones alternativas** para obtener las mismas consecuencias deseadas pero a través de conductas positivas.

Debido a la premura en aminorar la frecuencia de las conductas purgativas y en tanto empieza a dar resultados el tratamiento de los aspectos fóbicos y emocionales del trastorno, es necesario afrontar directamente los vómitos mediante técnicas conductuales, en especial utilizando la **exposición y prevención de respuesta**. El método requiere exponer a la paciente a las comidas prohibidas y permitirle que coma todo lo que desea hasta que tenga deseos de vomitar. Una vez surge el impulso al vómito, se previene la acción de vomitar hasta que el deseo ha pasado. Como en el caso de la prevención de los atracones, las sesiones deben realizarse primeramente en la consulta con la supervisión del terapeuta y posteriormente realizarlas en su medio habitual para generalizar sus efectos.

Es igualmente conveniente el afrontamiento directo de los vómitos mediante **acciones paliativas**. Las pacientes pueden ayudarse reemplazando el vómito por un ejercicio físico suficiente, pero no excesivo, para que las sensaciones y pensamientos adversos disminuyan. Para facilitar su realización se aconseja un cambio en la cadena estimular que lleva al vómito, por ejemplo: se les pide que coman ya con las zapatillas de deportes puestas pues tener que cambiarse después de comer puede impedir la salida. El descenso de laxantes se facilita mediante la prescripción de alimentos ricos en fibra y la realización continuada de masajes en el abdomen y en la zona refleja de manos y pies. Además puede ser necesario realizar una desensibilización a las sensaciones de gordura y una reestructuración cognitiva de la idea acerca de la imposibilidad de restaurar los mecanismos biológicos que regulan la evacuación.

De forma paralela, la paciente tiene que responsabilizarse de los gastos y molestias que ocasionan sus conductas purgativas. Tiene que pagar el exceso de agua consumida al usar tan frecuentemente el baño y limpiar todo lo que ensucia.

Aspectos Cognitivos y Emocionales:

La normalización alimentaria, obtenida mediante el establecimiento de unos hábitos alimentarios sanos, y la eliminación de las conductas purgativas, necesitan apoyarse en un cambio de mentalidad de las pacientes para que sus efectos se estabilicen. Estas intervenciones terapéuticas componen la parte más importante del tratamiento psicológico y

familiar. Es necesario realizar múltiples intervenciones: una **reestructuración cognitiva** que incida en la importancia de eliminar las dietas; corregir la distorsión cognitiva que lleva a clasificar los alimentos en “engordantes” y “no engordantes”; y disminuir la importancia de la apariencia corporal en el establecimiento de la autoestima.

*El otro día me preguntabas que por qué, hasta ahora, no me había servido la idea de pensar que, si en mi familia todos comen normal y mantiene su peso, por qué conmigo no había servido. Lo he estado pensando y creo que ha sido porque **la enfermedad no te deja creértelo**. Yo ahora estoy convencida de ello pero, hasta hace poco, me negaba a aceptarlo porque mi enfermedad me decía que eso no era verdad, que cada uno tiene su metabolismo y que seguro que, si yo comía todo lo que quería, iba a engordar muchísimo. Además, al principio, cuando estás mejor de peso, lo que quieres es adelgazar, por lo que no te sirve este argumento, porque tú no quieres en ese momento mantener peso, sino perderlo. A medida que pierdes, vas reduciendo las cantidades de comida que ingieres, por lo que, cuando te planteas que si comes lo que quieres te mantendrás, tampoco te sirve, porque, como has reducido la comida para adelgazar, piensas que si vuelves a comer lo de antes engordarás y no te mantendrás, y eso no lo quieres. De tal forma que, cuanto más peso pierdes, como cada vez vas reduciendo más las cantidades que comes, más se alejan de lo que comías al principio y por tanto, menos aceptas la idea de que te mantendrás si comes lo que quieres. Sin embargo, ahora me veo tan horrible en las fotos que quiero subir mi peso y tener un aspecto normal.*

Este trabajo se consiguió mediante psico-educación, reestructuración cognitiva e incremento de un mínimo de salud, además de haber estudiado con detenimiento otras ideas irracionales sobre su gordura imaginaria.

Reestructuración del estilo cognitivo: el modelo cognitivo establece que los procesos cognitivos y emocionales influyen en el comportamiento de tal manera que lo que la persona piensa y siente, determina su conducta. Por ello, el tratamiento obliga a un cambio en la forma de pensar, perfeccionista y extremada, de la paciente y de su familia. Es necesario que descubra su **estilo cognitivo** mediante la observación de los pensamientos, creencias y valores que subyacen y mantienen el trastorno e inicie el cambio de ese pensamiento dicotómico, “todo-nada”, que le impide establecer medida en su vida. Durante el trastorno su mente, dividida entre dos polos que luchan entre sí, necesita integrarse.

Voz negativa

Si comes te vas a poner como una foca

Tienes que ser fuerte y seguir en tus trece de no comer

Si cedes perderás el control, si pierdes el control, la “cagas”

Haz todo bien esta semana para que no te ingresen y la próxima semana adelgazas lo que engordaste

Te ha costado mucho llegar al peso en que estás, no cedas bajo ningún concepto.

Ya no se te notan los huesos, ¡no sigas por ese camino!

Voz positiva

Tienes que decir “ya basta” y cambiar de actitud

Fíate de la terapeuta y no te fíes de tus ideas.

Piensa en los que te rodean y el daño que les hace verte mal

Si comes, disminuyes la posibilidad de tener atracones.

Dale una oportunidad a tu lado positivo, si no te convence siempre podrás volver atrás.

El terapeuta tiene que comprender, en primer lugar, las razones por las que la paciente tiene esa voz negativa y buscar, ambos, respuestas alternativas sanas. En segundo lugar, tiene que ayudar a que la voz buena aumente su fuerza. Para ello, algunos terapeutas piden a la paciente que comparta con sus familiares la tarea de buscar **pensamientos positivos** que dominen a la parte negativa que trata de imponerse. En los momentos difíciles, se le recuerda que utilice

las cosas que ha dicho la parte buena en la última sesión y no haga caso a la parte negativa. Si esta parte se hace oír, le será muy difícil mantener los buenos propósitos.

*C..... paciente anoréxica purgativa, de difícil y larga evolución, con múltiples ingresos, **salía de la consulta** dispuesta a escuchar su **parte buena**: "voy a acabar ya con esto; estoy perdiendo mi vida; esta noche voy a cenar normal, sin vomitar. Tengo que disfrutar de las cosas como antes; salir con F.... y no quedarme en casa dando vueltas a mi peso." Pero **al llegar a casa**, todo lo malo acaecido hasta entonces le emergía en su cabeza y **la voz insana** empezaba a atacar: "hoy estás más gorda que nunca, es imposible que dejes de vomitar; has comido fuera de casa y la comida tenía mucha grasa; en cuanto se descuiden vas al baño y lo echas. No debes confiar en Rosa ni en tu madre porque lo único que quieren es engordarte."*

Se le pidió que compartiera estas ideas negativas con su familia y les pidiera que no la dejaran sola hasta la próxima consulta donde se trabajó el miedo a la gordura.

Integrar su mente dividida permite que esta división no interfiera con el proceso terapéutico, pues los buenos propósitos realizados en las sesiones se desvanecen en casa cuando la parte negativa ataca. Aunque la parte enferma domine a la parte sana, que es más débil, esta parte buena existe en cada paciente. La terapia tiene que ayudar a que esa parte sana se fortalezca y prevalezca sobre la parte enferma, aumentando su volumen y/o dialogando con la parte enferma para comprender sus razones y buscar soluciones alternativas.

Dialogar con el trastorno ayuda a la paciente a descubrir lo que le está pasando en su interior y le hace tomar conciencia de ello; le permite descubrir lo que está tratando de decir, cuáles son sus deseos y cómo conseguirlos de forma positiva. Estos diálogos pueden escribirse (**terapia narrativa**) y posteriormente analizar su significado, en la consulta, junto con los sentimientos asociados. El fin último es integrar ese yo anoréxico o bulímico en la estructura total de su personalidad de forma que no actúe de forma inconsciente y no opere en contra de los intereses y la salud de la paciente.

Una vez que tienen identificadas las **cogniciones erróneas**, la paciente tiene que **anotarlas** en forma de frases concretas y evaluar la evidencia a favor y en contra de estos pensamientos; generalmente se realiza el escrito en un estilo socrático que le permita desenvolver su capacidad de reflexión y análisis. Posteriormente tiene que buscar o generar, por ella misma, explicaciones alternativas.

Voz negativa

Si comes te vas a poner como una foca

Tienes que ser fuerte y seguir en tus trece de no comer

Si cedes perderás el control, si pierdes el control, la "cagas"

Haz todo bien esta semana para que no te ingresen y la próxima semana adelgazas lo que engordaste

Te ha costado mucho llegar al peso en que estás, no cedas bajo ningún concepto.

Ya no se te notan los huesos, ¡no sigas por ese camino!

Voz positiva

Tienes que decir "ya basta" y cambiar de actitud

Fíate de la terapeuta y no te fíes de tus ideas.

Piensa en los que te rodean y el daño que les hace verte mal

Si comes, disminuyes la posibilidad de tener atracones.

Dale una oportunidad a tu lado positivo, si no te convence siempre podrás volver atrás.

Equilibrar las cogniciones de la paciente. Al mismo tiempo que se trabaja para integrar la mente, el terapeuta tendrá que enseñar a la paciente a entender y disminuir los pensamientos negativos ya que son parte esencial de las conductas patológicas. Ella tiene que aprender que **el pensamiento negativo** elimina la confianza en uno mismo, promueve sentimientos de culpa, vergüenza y fracaso y destruye la motivación a seguir. La paciente que lo sufre, se pone metas perfectas cuyo mínimo fallo en conseguir las, interpreta como fracaso global, y le inducen a la destrucción de su yo, aniquilando su autoestima. Autoestima que, en este caso, depende de su supuesta "capacidad" para salir vencedora de las comparaciones que realiza con los otros, y no del aprecio de sus valores o cualidades interiores. El pensamiento todo-nada le lleva al fracaso constante en el proceso terapéutico. Y sentirse fracasada, conduce directamente a la pérdida de motivación.

Me siento fatal. Mi vida es horrible, soy **incapaz** de sentirme un momento bien conmigo misma: en los cursos que hago soy incapaz de concentrarme, en mi vida no mejoro, siento que podría trabajar mucho mejor si me molestara en investigar o leer libros, o ponerme, pero no me concentro, sólo pienso en la comida, en manipular, en entrenar mucho para después poder desgastar y correr más, en seguir delgada **para que los demás** como que **me admiren o piensen que soy especial**.

Ahora encima lo del chico con el que me enrollé hace 2 semanas, es como que le necesito; estoy **desesperada**, que necesito que alguien se fije en mí, como yo no me quiero ni me acepto, necesito que los demás me valoren.

Vivo pendiente todo el día de cosas externas, todo el día pendiente de que me llamen por teléfono, mis decisiones dependen de lo que los demás piensen, me cuesta muchísimo tomar mis propias decisiones.

Odio mi vida porque no soy capaz de disfrutar de las cosas, solo hallo placer comiendo, es como que me castigo continuamente y mi "premio" es comer, sobre todo por la noche, cuando me da por comer impulsivamente.

Sé que debo **aceptarme y quererme tal como soy** pero no puedo.

Con esta paciente se realizó, en primer lugar, un trabajo (individual) considerando los pensamientos negativos como parte de una obsesión mental y por tanto se le hicieron varias sesiones de exposición a la negatividad cognitiva unida a la prevención de respuesta. Una vez que esos pensamientos produjeron una respuesta emocional cada vez menos intensa y canalizada mediante técnicas de relajación, se procedió (en grupo) a un trabajo de incremento de pensamientos positivos acerca de sus cualidades y valores.

Las pacientes se benefician de **tomar conciencia de sus pensamientos concretos**; descubrir por qué han desarrollado esa forma de pensar que les produce tal sensación de inutilidad, incompetencia y culpabilidad; y de **entrenarse** en cambiarlos.

Fecha	Situación	Sentimiento	Pensamiento Automático	Pensamiento Realista	Resultado
	¿Qué estaba haciendo antes de vomitar?	¿Qué sentía?	¿Qué pensaba?	¿Cómo podía haber pensado de manera más realista?	¿Cómo me siento pensando de esta nueva manera?
	Estudiar	Aburrimiento y cansancio	Tengo que terminar la química y empezar con la física. Estoy hinchada. Me molesta el estómago. No puedo soportar esta sensación	No tengo por qué estudiar sin hacer un descanso. Voy a parar y tomar una manzanilla y le voy a decir a mi hermana que me acompañe a andar media hora para despejarme. Luego continuaré	Aliviada. No vomité.

Registro de pensamientos y emociones asociadas a la comida

El terapeuta tiene que transmitir a la paciente que los **pensamientos positivos** son parte esencial del proceso de recuperación. Es un pensamiento que facilita la adquisición de metas sanas y aumenta la probabilidad de obtener una cierta satisfacción y autoestima en la vida. La persona que goza de un pensamiento positivo es flexible y acepta sus límites sin descalificarse. Se pone siempre de su parte y se ayuda sugiriéndose alternativas para mejorar. Encauza sus acciones para conseguir pequeñas metas, progresivas, y se refuerza cualquier logro obtenido. Resalta sus puntos fuertes y trata de sentirse bien, sin infravalorarse. Considera el fallo como una experiencia de aprendizaje y asume los sentimientos dolorosos aflorados al afrontar el error. La paciente puede utilizar **afirmaciones positivas** para aumentar su estilo de pensamiento positivo. Son frases concretas acerca de las cualidades que uno quiere desenvolver, aunque en el momento actual, todavía no están presentes. Leídas y expresadas en alta voz, varias veces al día, durante varios días, empiezan a hacerse realidad:

Soy una persona con capacidad para afrontar mi vida; Soy atractiva con cualquier peso que tenga. Mi cuerpo natural es agradable, independiente del peso que tenga; No necesito adelgazar para ser feliz; No necesito ser delgada para gustar; Soy capaz de comer equilibradamente; Puedo llevar adelante mi vida; Estoy dejando de darme atracones, etc.;

En ocasiones este trabajo con los pensamientos de la paciente se dificulta porque ella los ve muy artificiales; la práctica le llevará a percibir que los pensamientos se han convertido en realidad.

Identificación y Expresión de emociones

Se ha dicho que las pacientes anoréxicas o bulímicas, tienen, básicamente, un problema emocional. El problema alimentario puede considerarse como una "envoltura" que encubre unas emociones que les atemorizan, y aminora el dolor emocional de su interior. Por ello, **sentir y expresar emociones**, será una parte esencial de las tareas terapéuticas necesarias para situar la comida en su sitio. La mejor técnica para tomar conciencia de los sentimientos asociados a los comportamientos alimentarios patológicos es sentarse a meditar. En clínica la técnica utilizada recibe el nombre de Mindfulness.

Necesitan experimentar que la emoción tiene un pico de intensidad extrema y luego tiende a remitir, hasta su *extinción*. Después, se le puede poner palabras, describirla sin calificarla de buena o mala, comprenderla y enfocar la mente hacia la búsqueda de soluciones del problema que ha motivado la emoción. En los primeros momentos de la recuperación de su mundo emocional, la paciente puede expresar sus emociones de manera extremada y le costará un cierto tiempo equilibrarlas. La comprensión de sus seres queridos le ayudará en ese proceso. Algunos terapeutas sugieren escribir una carta a aquellas personas de su pasado a las que les querrían haber dicho cómo se sentían ante ciertas situaciones que no resolvieron abiertamente. Es importante ser concreto al describir los sentimientos y expresar lo que hubiera querido que pasara: que le apoyaran; se dieran cuenta de su sufrimiento; le hubieran escuchado; le hubieran dejado llorar; le hubiera defendido.

Cuando no se tiene con quien compartir los sentimientos, puesto que a veces los otros están aún más desasistidos emocionalmente, o simplemente se quiere uno hacer cargo de sí mismo, se pueden realizar algunos ejercicios de **imaginación positiva** para ir sustituyendo la comida con los sentimientos de amor que la paciente necesita. Se visualiza el afecto con una forma simbólica (por ejemplo una nube dorada) y se llena las manos de ese amor que se dirige al centro del pecho. Una vez puestas las manos en esa zona, el amor simbolizado va introduciéndose y distendiendo la opresión y la ansiedad; los pensamientos asociados requieren que se dirija a sí mismo con afecto, diciéndose que se ama y es una persona valiosa.

Es, igualmente, fundamental que la paciente trabaje en disminuir sus sentimientos de vergüenza y autocrítica e incrementar su aceptación. Mediante **role-playing y ensayo conductual**, tendrá que aprender a quejarse, expresar frustración, rabia, idiosincrásica felicidad. Y, posteriormente, aprender a vivir el presente y encontrar su espiritualidad, creatividad, la magnificencia que hay dentro de ella. Es muy conveniente facilitar el manejo emocional a través de un proceso de aprendizaje corporal y la vivencia de experiencias de relajación y arte.

Tomar conciencia de lo que uno siente en la actualidad, **recordar emociones del pasado, escribirlas**, establecer las asociaciones que están tienen con las conductas alimentarias negativas o las conductas purgativas, permite compren-

derse uno mejor y buscar alternativas saludables. Las pacientes necesitan aprender a expresar sus emociones ante amigos íntimos y ante su familia. Compartir situaciones en las que se sintió dolida, irritada, molesta o feliz. Después expresar lo que ella cree que el interlocutor pensaba de ella al escucharla y chequear lo que los otros, que la estaban oyendo, pensaban realmente

E... paciente bulímica, con una depresión muy resistente que la ha tenido varias veces al borde de morir. Tras dos años de tratamiento, E... finalmente expresa la existencia de abusos sexuales durante su infancia por parte de un primo con el que en el verano compartía habitación y la sensación tan angustiada de sentir que su madre no se daba cuenta de nada y no la protegía cuando ella le pedía que le cambiara de habitación. La petición era interpretada por la madre como muestra de ser una caprichosa y una egoísta. Dado que la madre está colaborando en el tratamiento, ha sido capaz de leer la carta que E... le ha escrito, donde le relata todo el horror y el abandono que sintió. La primera reacción de la madre ha sido la agresión hacia E... haciéndola culpable de no habérselo dicho con claridad, las excusas a su comportamiento ¿cómo iba yo a pensar una cosa semejante? Y finalmente la petición de disculpas y la depresión. A pesar de que la madre ha tenido que tratarse, la confrontación mereció la pena y tras unos meses de dificultades entre ambas, las dos han empezado a mejorar.

El manejo de la **ansiedad y el estrés**, el establecimiento de un estilo cognitivo moderado, el desarrollo de un pensamiento flexible, la disminución de la impulsividad, el cambio de las interacciones familiares, la reducción de sus sentimientos de soledad y el desenvolvimiento de un sentimiento de competencia para manejar su vida de forma que confluyan en la creación de su identidad y autonomía personal ayudan a la salida definitiva del trastorno.

Este trabajo se realiza tanto en sesiones individuales como grupales. Los grupos más frecuentes realizados durante el ingreso incluyen un **formato psicoeducativo** en el que se proporciona información sobre nutrición y alimentos, desarrollo de la enfermedad, la teoría del punto de ajuste del peso corporal, las consecuencias físicas de los atracones y las conductas purgativas, la ineficacia de la purgación como medio de perder peso y los aspectos adversos de las dietas.

Desenvolvimiento de la Autoestima

Todas las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria sufren de una muy baja autoestima; es decir, de la valoración que toda persona hace de sí misma, de sus características y posibilidades. Dependen excesivamente de la aprobación del entorno. Adoptan una actitud de superación y de reto personal continuo que mitigue los sentimientos crónicos de inferioridad. Actitud perfeccionista. Autoexigencia desmesurada. La dependencia al entorno les impide el auto-conocimiento, conocen lo que tienen que hacer, odiar o sentir para ser aceptados, pero no realmente sus necesidades o sentimientos íntimos.

*Tengo pocas cosas buenas: quizás que **soy muy sufridora** y muy trabajadora, **intento comportarme lo mejor posible con los demás**, quiero **hacer mi trabajo lo mejor posible**, (aunque no sé cómo), es que no veo más cosas buenas porque **con los demás tampoco me comporto muy bien** porque siempre busco mis intereses y me siento egoísta*

El terapeuta necesita, igualmente asistir a la paciente para que sea más consciente de otras cualidades personales que le permitan afianzarla. Es especialmente importante el apoyo a la **toma de decisiones personales**, pues la persona capaz de tomar una decisión y llevarla a cabo aumenta su autoestima y fortalece su yo. Decidir siempre es algo positivo porque cualquier consecuencia de la decisión nos enseña algún aspecto de nosotros mismos. Ser capaz de tomar una decisión y llevarla a cabo exige tener capacidad de planificación, y disciplina para cumplir lo dispuesto. Sin embargo, debido al estilo cognitivo extremado de la paciente que considera que cualquier imprevisto es signo de desastre y nada tiene solución, ni puede repararse, tomar una decisión se convierte en un proceso interminable. El terapeuta puede ayudarle apoyando las decisiones con el siguiente aforismo, característico de un estilo cognitivo positivo: *Los fallos son lecciones a aprender y no fracasos a castigar.*

*El caso es que siempre he estado quejándome de mi **timidez** y mi forma de ser, y resguardándome en las ideas de que ni es fácil vencer la timidez ni cambiar la forma de ser de uno y esto ha hecho que no hiciera nada por cambiar las cosas que no me gustaban de mí. Hace ya unos años que he estado avanzando mucho y de la chica tan tímida que era a los 15 años, que hasta me daba vergüenza pedir cualquier cosa en las tiendas, ya no queda prácticamente nada. Sé que no soy muy extrovertida pero soy muchísimo menos tímida. Sin embargo, me preocupa el hecho de que parte de la timidez que he perdido ha sido gracias a que he perdido peso. De este modo, a medida que adelgazaba, como yo me gustaba más físicamente, pensaba que a los demás también y tenía más fuerza para enfrentarme a las situaciones que me daban vergüenza, como conocer gente, etc.*

***Ahora** (a través de la terapia) sé que tengo que **aceptarme tal y como soy**, gustándome tanto físicamente como por mi carácter, y, sobre todo, aceptando que nadie es perfecto, que todos tenemos limitaciones y que **cada uno posee cualidades buenas y peores**. Además, creo que nadie puede llegar a ser feliz si no está contento consigo mismo.*

El tratamiento se enfoca a la construcción de una **buena autoestima**, el desenvolvimiento de la creatividad, establecer unas habilidades sociales positivas, expresarse de forma asertiva y/o conseguir una intimidad ajustada a su edad;

En íntima relación a este proceso está la disminución de su necesidad de complacer a los otros mediante la reestructuración cognitiva y el **entrenamiento asertivo**. La asertividad significa ser capaz de luchar por los derechos legítimos y expresar lo que uno cree, siente, y quiere, directamente, sin violar los derechos de los otros. Implica escuchar los derechos de los demás pero no a costa de los propios. No utiliza la intimidación, la coerción, la crítica, el sarcasmo o las bromas pesadas. En la relación asertiva no existen vencedores o vencidos, sino que ganan las dos partes. El entrenamiento asertivo implica aprender a expresar la propia opinión, tener derecho a cambiar de opinión, protestar por un trato irrespetuoso o dañino, ser capaz de pedir explicaciones, utilizar una frase corta para expresar lo que se quiere, decir que no, sin dar explicaciones, excusas o pedir perdón, tomar decisiones personales, recibir reconocimiento por el trabajo realizado, no tomar la responsabilidad de los problemas del otro, no tomar la responsabilidad de los sentimientos, pensamientos ni conducta de los otros, no anticipar los deseos o necesidades de los demás, cortar la conversación si es abusiva y pedir una pausa. Personalmente enseñé a todos mis pacientes a expresar en mis grupos todas sus ideas y discrepancias, reforzando cualquier expresión personal, por muy negativa que sea. Después se va moldeando la forma social de expresarla hasta que se consiga una sensación de satisfacción por haber sido escuchada y comprendida.

Por otra parte, siempre he tenido mucha envidia de mi hermana. Ella me lleva 11 meses pero, en mi opinión, siempre ha hecho las cosas mejor que yo. Sacaba mejores notas y estudiando a lo mejor menos. Tenía mayor capacidad para estar horas estudiando sin levantarse, mientras yo siempre me he levantado mil veces de la mesa, y sobre todo, siempre ha sido muy extrovertida, mientras que yo siempre he sido muy tímida, con lo cual siempre que hemos conocido gente se ha hecho con ella mucho más rápido que yo.

*Estuve mucho tiempo envidiando todo lo que ella tenía, incluso sus novios, **sin valorarme casi**, y más que eso, considerándome mucho menos de lo que en realidad soy. Después de esa temporada, se me quitó un poco la envidia, pero no del todo porque incluso hasta hace poco he seguido envidiando el hecho de que ella comía todo lo que quería y no engordaba y envidiando también el que a ella le quede muy bien la ropa mientras que a mí, al estar tan delgada, no me sentaba nada bien lo que me ponía.*

*Sin embargo, **el grupo** me ha ayudado a **decidir** que ya está bien de actuar siempre en función de mi hermana y he comenzado a hacer las cosas de forma más independiente y a expresarme abiertamente.*

Su **entrenamiento** se realizó enseñando a la paciente a elevar su tono de voz, mirar a los ojos, enderezar su cuerpo, utilizar el pronombre personal "yo" en sus asertos y repetir la frase tantas veces como fuera necesario para sentirse escuchada.

Aprendizaje de Respuestas Alternativas Positivas: Generalmente, las pacientes observarán que tanto la restricción alimentaria, como numerosas conductas purgativas, están precedidas por la ansiedad, el miedo al descontrol, la falta de una resolución adecuada de situaciones problemáticas, o por dificultades para afrontar el estrés, que dejan a la paciente con una sensación de desasosiego muy molesta. Aprender a reducir la ansiedad y el estrés y/o resolver las situaciones problemáticas evita gran parte de este malestar, previene algunos vómitos o el uso de laxantes y será de inestimable valor para afrontar el futuro.

Reducir el estrés: para poder reducir el estrés es imprescindible percibir sus señales, identificar en qué situaciones aparece y anotarlas. Después conviene evaluar, por una parte, si se pueden evitar algunas de estas situaciones; ya que, teniendo en cuenta la actitud perfeccionista de muchas pacientes, es muy probable que estén realizando demasiadas actividades que desequilibran su vida en detrimento de su descanso y solaz; y por otra, disminuir su impacto aprendiendo técnicas de relajación y distensión mental y física.

Resolución de problemas para conseguir que las pacientes no se obsesionen con sus errores.. Su implementación requiere varias etapas: en primer lugar requiere cambiar su actitud hacia los problemas, y considerarlos como oportunidades para evolucionar, después, definir el problema de manera específica y dividirlo en dos elementos: el objetivo y el obstáculo. Si al definir el problema se observa que contiene varios objetivos, subdividirlos en varios problemas, que se resolverán separadamente. Generar todas las posibles soluciones que afluyan a la cabeza, sin tener en cuenta, si son o no posibles de realizar. Evaluar la viabilidad de las soluciones. Una vez enunciadas todas las posibles soluciones, diferenciar aquellas cuya viabilidad es nula, de las que tienen posibilidades de ponerse en práctica. Formular las soluciones viables en términos específicos, sin olvidar que la meta debe ser realista y a ser posible expresada en conductas concretas a cambiar. Recapacitar sobre las consecuencias de cada opción de cambio, dividir las en consecuencias a corto y largo plazo y calificarlas de positivas o negativas. Decidir entre todas las posibles alternativas. Una vez elegida la opción, realizarla un número de veces suficiente, antes de desecharla, a no ser que desde el principio se observe que su viabilidad es nula. Evaluar con calma y decidir continuar con la opción elegida o intentar una nueva solución.

Tratamiento de la insatisfacción/distorsión de la imagen corporal

Cada día está más aceptado que los trastornos de la conducta alimentaria comienzan antes del diagnóstico clínico y están relacionados con la preocupación por la imagen corporal, factor que predice tanto el desarrollo como el mantenimiento del problema. Los adolescentes (chicos y chicas) que no son inmunes a las presiones de padres, medios de comunicación e iguales, para obtener un aspecto corporal quimérico, viven la agonía de estar preocupados por su peso y su imagen. Si además tenemos en cuenta que el aspecto corporal es, en esa época, un aspecto importante de la construcción de su identidad, educadores y terapeutas tienen reconocer que los ideales culturales están generando una baja estima a aquella/os pacientes que no se desprenden de dichas imágenes, provocando actitudes y conductas negativas como excesivas dietas en chicas o excesivo ejercicio en chicos. La insatisfacción corporal predice la realización de dietas, el ejercicio compulsivo y las conductas purgativas.

La distorsión: Para disminuir la distorsión, las pacientes deben recibir información objetiva que les permita ir corrigiendo sus defectos o "gordura" irreales. Puede hacerse comparando su índice de masa corporal (IMC) real con el imaginado, confrontarla con otras compañeras que le den su opinión, confrontarla con algún instrumento que mida la silueta corporal, con el espejo o un vídeo, y comparar sus apreciaciones con las apreciaciones externas. Este proceso de cambio de la percepción de la imagen corporal es lento porque la mente no acepta cambios bruscos.

Ayudarle a B...a discriminar que la "percepción" de gordura de su tripa se la producía la tensión que hacía al apretar el vientre para parecer mas delgada, exigió un gran número de sesiones de una técnica denominada **aproximaciones sucesivas**. La creencia en su gordura era tal, que cualquier tarea se hacía excesiva. Para **confrontar** a la paciente con su realidad se le pidió que pasara entre pares de objetos: sillas, quicios de puertas, etc. y comprobara su extensión. Se le confrontó con la distorsión mediante la escala de distorsión. Las pacientes del grupo le dieron información fidedigna sobre su aspecto y volumen. Se realizó una escala analógica donde se representaron los índices de masa corporal. Nada parecía hacerle cambiar el esquema cognitivo de gordura arraigado en su cabeza. Sin embargo la información estaba trabajando en su mente. Poco a poco se atrevió a salir de día a la calle y aceptó exponer su cuerpo ante el espejo, en privado. Al principio miraba, rápidamente, sólo las partes que le gustaban, hasta que fue capaz de afrontar el cuerpo entero de forma relajada. Al conseguirlo, rompió muchas barreras relacionales. Volvió a trabajar, llamó a las amigas y al antiguo novio....

La insatisfacción de la imagen corporal:

Otras pacientes perciben correctamente su imagen pero no la aceptan. Se sienten insatisfechas con partes o con todo el cuerpo. Para mejorar y sobreponerse a la insatisfacción les puede ayudar realizar esta serie de **actividades escalonadas**:

- ✓ Comprender el desarrollo de la imagen corporal negativa. La comprensión se facilita si realizan una historia y toman nota de los acontecimientos que marcaron su desenvolvimiento, en las distintas etapas de la vida: infancia, adolescencia, juventud, edad adulta y en el momento actual.
- ✓ Tomar conciencia de los pensamientos negativos hacia el propio cuerpo y de los apelativos negativos que le dirigen.
- ✓ Eliminar las calificaciones negativas que le dedican y hablar, al cuerpo y del cuerpo, de forma neutra o positiva.
- ✓ Aceptar los límites de la apariencia corporal. "Controlando la comida no voy a ser más alta, o tener una medidas proporcionadas."
- ✓ Respetar el cuerpo y convertirlo en un amigo. Es el que nos permite expresar nuestra vida.
- ✓ Escuchar sus necesidades. Cuidarle y pedirle disculpas por el trato que le han dado.
- ✓ No resolver los problemas relacionales en la apariencia, a pesar que algunos sectores de la sociedad los resuelve, aparentemente, de esta manera.

Aunque no es sencillo recordar y evocar imágenes suficientemente claras para elaborar **la historia de la imagen corporal**, conseguirlo, lleva tiempo y práctica, el proceso se favorece si la paciente se coloca en una posición cómoda, respira varias veces profundamente y toma conciencia de su cuerpo. Dirige la atención a cada parte del cuerpo y suelta la tensión en cada expiración. Después, relajada, evoca los primeros momentos en los que decidió controlar su comida, rememorando la situación, la ropa que vestía, la música de aquel tiempo, la edad, las amigas, el curso en el que estaba y cualquier anécdota referente al cuerpo. Otras sesiones se pueden enfocar a la infancia y evocar situaciones en las que se sintió gorda, estaba "rellenita" y se burlaron de ella. Quiénes lo hicieron, quiénes eran sus profesores, cómo iba vestida. El recuerdo aumenta centrando la mente en momentos claves: los diversos períodos de vacaciones, su cumpleaños, el de los otros miembros de la familia, el día del padre, el día de la madre.

Una vez evocada la historia del desarrollo de la imagen corporal, conviene que observe lo que se dice a sí misma, en la actualidad, especialmente el **lenguaje negativo hacia el cuerpo**. Anotar la cantidad de veces al día que se insulta por su aspecto, cuántas se compara con el aspecto de otras personas y piensa que está más gorda, es más fea o más insignificante que ellas. Es importante observar si hay alguna persona allegada que le dirige comentarios críticos sobre su aspecto o si es ella la que critica. Esta forma de hablarse y compararse tiene que parar: primero aceptando los comentarios sin juzgarse y segundo transformando su lenguaje interior negativo por otro más neutro o positivo.

En vez de decirse: "tengo patas de elefante", decirse: *mis piernas me sostienen, me permiten andar y bailar, las respeto y acepto*". ¿Cómo es posible que permita que mi peso dé valor a toda mi existencia? ¿Cómo es posible que elimine mi personalidad, mi inteligencia, mi simpatía, mi amabilidad, porque no me gusta mi tripa?

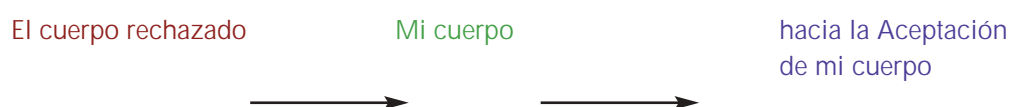
Sin añadirse más críticas por haber necesitado buscar la seguridad en una apariencia imitada, tendrá que trabajar en conseguir y el respeto a su cuerpo tal y como es en cada momento. Después, es conveniente realizar un ejercicio de **imaginación positiva** que le ayude en este proceso de aceptación. La paciente se relaja profundamente y dirige la atención hacia la parte del cuerpo previamente rechazada y que ahora quiere aceptar. La **reestructuración cognitiva** completa la intervención al facilitar que se cambie la idea de que la delgadez resuelve todos los problemas, trae éxito y el fin del sufrimiento y le proporciona un propósito en su vida.

Ficha 2.

PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE LA IMAGEN CORPORAL

La autora, junto con otros dos profesionales (la profesora Villalobos y el profesor Belusci) han desarrollado un programa de tratamiento de la imagen corporal que integra aspectos de la expresión corporal, conceptos cognitivo-conductuales y contenidos ansiógenos propios de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

El Programa consta de 12 sesiones que se pueden agrupar en tres fases. El contenido de cada fase se plantea según la siguiente secuencia:



Esta secuencia refleja el camino a recorrer progresivamente, partiendo de la vivencia del cuerpo como lugar de insatisfacción y mero instrumento desde y sobre el cual ejercer control, hasta una mayor conciencia del mismo que posibilite su aceptación

1.- PRIMERA FASE : EL CUERPO RECHAZADO

OBJETIVO GENERAL: En esta primera fase se intenta facilitar y ampliar la percepción general del cuerpo en su totalidad, constituyendo una primera aproximación a la conciencia corporal a través de ejercicios que permitan modificar el repertorio habitual de movimientos y generen sensaciones de relajación y bienestar.

En las cuatro sesiones de esta Fase se realizan tres tipos de ejercicios:

- ✓ **Trabajar con y desde las articulaciones**, con objeto de dirigir la atención hacia zonas menos amenazantes y facilitar la percepción del cuerpo en el espacio.
- ✓ **Experimentar distintas calidades de movimiento y energía**, con el fin de procurar a través de estiramientos musculares la posibilidad de relajación y descanso.
- ✓ **Registrar sensorialmente la experiencia de relajación por contacto** para reducir la ansiedad ante la proximidad corporal del otro y facilitar posteriormente la posibilidad de establecer vínculos no amenazantes de cooperación.

2.- SEGUNDA FASE: MI CUERPO

OBJETIVO GENERAL: En esta segunda fase se pretende facilitar una percepción más correcta de las zonas amenazantes y distorsionadas a través de ejercicios que partiendo de las propias dificultades potencien la motivación para participar en un amplio rango de sensaciones y movimientos. Dada la distorsión perceptiva de estos pacientes con respecto a ciertas zonas de su cuerpo, los ejercicios que se proponen implican exagerar esas distorsiones intensificando la expresión de las emociones subyacentes para desbloquearlas, y así posibilitar el cambio cognitivo que permita una percepción más adecuada de esas zonas.

En las cuatro sesiones de esta fase se realizan tres tipos de ejercicios:

- ✓ **Respiración con emisión de sonidos:** con el fin de desbloquear el contenido emocional reprimido, en un contexto de juego donde no se penalizan las emociones negativas.
- ✓ **Imitación de las conductas y sonidos de animales:** para facilitar la intensificación de sus distorsiones, a través de la imagen de animales con los que se identifican.
- ✓ **Relación y transformación de los distintos repertorios de movimiento:** para posibilitar un cambio gradual que desde sensaciones kinestésicas permita pasar desde la percepción exagerada de las zonas amenazantes del cuerpo (tamaño, volumen, etc.) hasta una percepción "distinta" y más cercana a la realidad.

3.- TERCERA FASE: HACIA LA ACEPTACIÓN DE MI CUERPO

OBJETIVO GENERAL En esta tercera fase se pretende facilitar el cambio emocional y cognitivo que permita aceptar la Imagen Corporal celebrando sus peculiaridades a través de ejercicios que potencien sensaciones positivas desde la experiencia de jugar, movilizarse y bailar. En las cuatro sesiones de esta fase se realizan ejercicios que permiten profundizar en la percepción de sensaciones corporales en un ámbito estético y artístico donde la danza y el juego facilitan la aceptación de la realidad corporal como lugar donde es posible una vida amable y creativa.

Los ejercicios y juegos que se proponen se agrupan de la siguiente manera:

- ✓ **Corporización de estímulos sonoros:** con el fin de estimular la espontaneidad de movimientos y la liberación de la estructura rígida y sincopada que caracteriza la expresión corporal de estos pacientes.
- ✓ **Juegos de contacto corporal entre los miembros del grupo:** para reforzar “la relación con el otro” que se ha trabajado a lo largo de todo el programa, y para facilitar la posibilidad de comunicación verdadera y cooperativa.
- ✓ **Ejercicios de exposición a su Imagen Corporal a través de juegos que implican “relación con su verdad”:** para facilitar, reforzar y celebrar la aceptación de esa imagen corporal.

Disminución de la Evitación y el Aislamiento:

A consecuencia de la distorsión o la insatisfacción de la imagen corporal se genera, en gran número de pacientes, una intensa fobia a ser vistas, que ahonda el aislamiento en que se encuentran. La mayoría necesitarán un tratamiento específico para superar ambos problemas. Como en cualquier otro aspecto a cambiar, la primera tarea será tomar conciencia de las situaciones que se han evitado: mirarse al espejo, salir a la calle, salir de la habitación, salir de día, entrar en tiendas y probadores, comprarse ropa, hacer deporte, ir a la piscina o al mar, salir con chicos e ir fiestas. Posteriormente habrá que tratar el miedo a verse o ser vista, aumentar la confianza en ella misma y atenuar la incomunicación producida. Los miedos requieren, para su tratamiento, efectuar técnicas de manejo de ansiedad, tales como la desensibilización sistemática, la inoculación al estrés y la exposición, “en vivo”, a las diferentes situaciones temidas.

- ✓ La **desensibilización sistemática**: esta técnica divide las situaciones temidas en pequeñas fracciones, de acuerdo al grado de ansiedad que provocan en la paciente y les asigna un valor cuantitativo, utilizando una escala de 1 a 100. Estas cantidades reciben el nombre de SUD (unidades subjetivas de malestar).

Salir a la calle al mediodía y encontrarme con mi vecina: 100
Que me vea mi madre en camión: 20
Probarme ropa de mi talla y que me quede pequeña: 100
Ponerme la ropa del año pasado y que no me quepa: 100
Pasar delante de la gente sentada en una terraza de cafetería: 100
Encontrarme con mis amigas del otro colegio: 90
Mirarme en el espejo, vestida: 85
Mirarme en el espejo, desnuda: 90
Mirarme en el espejo la tripa: 95
Notar que los pantalones me aprietan: 90, etc.

Una vez que se establece la escala de situaciones temidas, se jerarquizan de menor a mayor en función de la intensidad de ansiedad que producen, y se asocian con relajación las veces que sea necesario, hasta que la ansiedad descienda.

- ✓ La **inoculación al estrés** prepara las situaciones en la imaginación, utilizando el pensamiento positivo y el ensayo de alternativas de acción, en las situaciones que se anticipan como angustiosas. Se comienza por una situación no excesivamente amenazante y se imagina cómo va a suceder. Ya por el mero hecho de imaginarla, posiblemente surja la ansiedad. Entonces hay que darse instrucciones para calmarse: “*tranquila, va a salir bien, respira profundo, no te dejes vencer por el miedo*”. El ensayo mental se repite hasta poder imaginar toda la escena sin ansiedad.
- ✓ **Exposición en vivo:** una vez que ha descendido la ansiedad con una o ambas de las técnicas anteriores, se elige la situación menos estresante y se expone a ella en la realidad, practicando respuestas de relajación, respiración y pensamientos positivos. Una vez superada, se elige otra situación y así sucesivamente.

✓ **Exposición en el espejo:** Es un trabajo muy positivo para comunicarse con el cuerpo y aceptarlo, pero en los comienzos puede asustar. Una vez que la paciente se sienta preparada, es muy beneficioso realizarlo con frecuencia. Necesita un espejo de cuerpo entero. Los primeros ejercicios consisten en colocarse enfrente del espejo, totalmente vestida (hasta lograr hacerlo desnuda), y mirarse a los ojos saludarse y tomar conciencia de las dificultades que está experimentando con el ejercicio. Después, percibir las formas y texturas corporales y describirlas con lenguaje. Sin calificativos hirientes. Respirar profundamente y decirse algo positivo para terminar la sesión. Realizar el trabajo hasta aceptar todas las partes corporales.

Las pacientes anoréxicas, que iniciaron el trastorno en una edad muy temprana y nunca desarrollaron su cuerpo, presentan una conflictiva especial en la aceptación de su imagen corporal que necesita un manejo terapéutico específico. El miedo a enfrentarse a un cuerpo que nunca tuvieron se atenúa si, antes de la recuperación total, se les ayuda a experimentar lo que les va a ocurrir cuando adquieran su peso. Personalmente les ayudo a afrontar su futuro cuerpo utilizando "prótesis" en algunas partes corporales: pecho, caderas, muslos, hombros, (láminas de "foam" de distinto grosor, rodeando la parte corporal elegida por ella), y les pido que se expongan a diferentes situaciones sociales observando los pensamientos, las emociones y ansiedad que experimentan.

Disminución de la Impulsividad:

La impulsividad de las pacientes (ya sea una impulsividad controlada en la paciente anoréxica, o una impulsividad desbordada en la paciente bulímica), se beneficia de dos tipos de intervención:

El control del comportamiento como medio de auto-conocimiento. En esta técnica la paciente califica la intensidad del impulso a comer/vomitarse y elige uno de intensidad leve. Una vez elegido tiene que controlarlo para explorar qué le impulsa al descontrol; observar qué teme tan intensamente que ni siquiera puede dejarle emerger; (habitualmente estas "sombras" amenazantes suelen ser obsesiones y pensamientos angustiosos, sensaciones de ahogo, inquietud interior, etc.). Una vez que lo deja aflorar, no debe juzgar lo que emerge, sino comprender su significado y buscar soluciones alternativas saludables.

La utilización habitual de técnicas de relajación y meditación que permitan observar los pensamientos, sensaciones y emociones, dando como única respuesta la respiración profunda.

Relaciones interpersonales:

En un grupo numeroso de pacientes, la dificultad en las relaciones interpersonales ha sido un factor primordial para iniciar y mantener la patología alimentaria. La paciente anoréxica necesita incluirse a sí misma en las relaciones con los demás ya que durante el trastorno han eliminado sus necesidades y sólo ha pensado en el otro. Este tipo de exigencias, las lleva a desarrollar una gran frustración interna, un rencor escondido, que emerge como patología alimentaria. El reconocimiento de las necesidades propias y el entrenamiento asertivo se convierten en dos salidas positivas ante estas emociones negativas. La paciente bulímica necesita incluir a los demás en las relaciones con otros. Durante el trastorno han eliminado las necesidades de los otros, a los que consideran meros objetos de uso. Su "egoísmo" a ultranza le impide establecer verdaderas relaciones emocionales. Las pacientes bulímicas se benefician del establecimiento de los límites en la familia y de actividades con otros, en los que la competitividad no juegue un papel primordial. Suele aconsejarse realizar voleibol por ser un deporte de conjunto, en el que la unión de todos propicia el éxito.

Interés por valores humanos

Para que una paciente consiga recuperarse de manera estable de los trastornos de la conducta alimentaria, necesita integrar las tres dimensiones de su ser, en un todo que dé sentido a su existencia, **más allá de la búsqueda exclusiva de una apariencia**. Es, desde luego, totalmente adecuado que ella respete el cuerpo y lo cuide tal como lo haría con el ser más querido. Ello supone, aceptar su cuerpo como es y no compararlo con otros, eliminar los insultos que dirige a su cuerpo, utilizar el ejercicio para estar en forma, sin dejarlo exhausto, coger energía, eliminar tensión, estirarse, sentirse bien. Sin embargo, ¡somos más que un trozo de carne!. Desenvolver las cualidades y talentos interiores, reflexionar sobre la existencia mecanicista que llevamos. Adoptar el valor de la igualdad y la solidaridad, en vez de la competitividad continua. Buscar la paz interior. Asombrarse ante la sabiduría de la Naturaleza o de la capacidad de nuestro cerebro para regular todas las funciones vitales. Estudiar las respuestas que nos dan los clásicos de forma universal y poética a las situaciones por las que se atraviesa en la existencia. Disfrutar del beneficio que proporciona sa-

ber respirar profundamente y eliminar tensiones. Poner en práctica uno de los principales mandamientos: amar al prójimo como a uno mismo. Descubrir las razones de ese amor y respeto. Todos son los objetivos últimos de un tratamiento integral, que conseguidos, hacen imposible las recaídas.

Tratamiento familiar:

Tanto los resultados de los estudios controlados, como la experiencia clínica han puesto de manifiesto que es *imprescindible incorporar en el tratamiento alguna forma de terapia familiar*. Ello no significa que exista una problemática familiar sólo porque existe un problema de alimentación, pero la colaboración de los padres es un factor que facilita que la paciente mejore. Se debe siempre asumir que las familias quieren ayuda y están agotadas por el estrés que están soportando. Nunca culparles por sus problemas, sino darles apoyo y comprensión, apoyar una comunicación abierta y directa, además de darles la idea de que tienen que cambiar algunas de las formas de relación anterior, de forma que se potencie la recuperación del paciente.

Dado que **la familia** juega un papel fundamental en el proceso de recuperación de las pacientes, **necesita conocimiento y tratamiento** pues su ansiedad puede interferir con los cambios relacionales que necesitan hacerse. La familia debe adquirir conocimiento sobre la enfermedad y apoyar a su hija en el proceso de recuperación. Tendrá que tomar conciencia de las relaciones que han establecido, de las expectativas, creencias valores, ansiedades que mantienen el trastorno y bloquean la recuperación. Las actitudes de los padres (tanto madre como padre) han modelado, a través de sus conductas y comentarios, la preocupación hacia el peso y una imagen corporal negativa debido a la búsqueda de autoestima en la delgadez. Tienen que crear un medio que deje de dar importancia a la delgadez, las dietas, el ejercicio excesivo y los comentarios que rodean estos temas.

Muchos padres tienen **problemas alimentarios** más o menos encubiertos. De hecho la realización de dietas por parte de la madre es un factor de riesgo muy grande, pero sobretodo implica la utilización de la comida con otros fines que los meramente alimentarios. De vez en vez, a veces constantemente, realiza la consabida dieta bajo una apariencia de cuidarse la salud "hay que cuidarse" es la frase favorita que resume esta situación anómala.

Otras madres que están entre los 40-50 años pueden tener un sobrepeso que se ha ido acumulando poco a poco, o el cuerpo les está cambiando debido al inicio de la menopausia. Quieren perder peso pero ni saben cómo, ni quieren confesarlo abiertamente. Este objetivo de perder peso "sin que se note" algunas se lo explican diciéndose que no quieren influir en su hija, que no quieren provocar el trastorno o agravarlo. Sin embargo el deseo de adelgazar es muy intenso y tratan de saber qué ha hecho la hija para comer poco.

La madre de M. J. le habla continuamente a su hija de lo gorda que está, de cómo se va a poner. La hija anoréxica restrictiva grave, que se ha ido recuperando, que está ya bien, pero en una fase todavía inestable, está muy angustiada porque se siente acosada para que le explique cómo ella consiguió adelgazar. En vez de afrontar su problema alimentario y pedir ayuda profesional, intenta resolver sus problemas a través de su hija.

El mundo académico:

Si las pacientes son adolescentes, los terapeutas y las familias tienen que trabajar coordinados con el colegio para asegurar que no pierda su escolaridad ni sus progresos al salir y enfrentarse a una clase en la que los comentarios (reales o imaginados) le pueden arrasar. El terapeuta le puede ayudar a afrontar la vuelta al colegio mediante **la inoculación al estrés**. La técnica prepara a la paciente utilizando la imaginación de posibles situaciones estresantes con relajación y **ensayo conductual**.

Finalmente es necesario el establecimiento de un programa de **prevención de recaídas**. Ello requiere, por una parte la identificación de las situaciones de alto riesgo, el entrenamiento de soluciones alternativas y el establecimiento de un estilo cognitivo equilibrado que reduzcan el impacto de los "resbalones" y por otra, el **cambio de valores** e intereses vitales que amplíen el sentido de la existencia.