

¿Qué le pasa?

**Cuando los trastornos del
comportamiento alimentario
entran en casa**

GUÍA PARA FAMILIAS

fundaciónimagenyautoestima
fundacióimatgeiautoestima
fundaciónimaxeautoestima
irudietautoestimufundazioa

**ma**

¿Qué le pasa?

**Cuando los trastornos del
comportamiento alimentario
entran en casa**

GUÍA PARA FAMILIAS

Índice

7	Presentación
9	Prólogo
10	Capítulo 1: Los trastornos del comportamiento alimentario y la detección precoz. “¿Tenemos que empezar a preocuparnos?”
16	Capítulo 2: Anorexia nerviosa. “¿Por qué Ana no se ve delgada cuando se mira al espejo?”
22	Capítulo 3: Bulimia nerviosa. “¿Por qué nos cuesta aceptar lo que le pasa a Vanesa?”
28	Capítulo 4: Trastorno por atracones. “¿Por qué María no puede dejar de comer?”
34	Capítulo 5: Trastornos del comportamiento alimentario en los deportistas. “Para ser la primera... ¿lo que haga falta?”
40	Capítulo 6: Los trastornos del comportamiento alimentario y las recaídas. “¿Qué hemos hecho mal para que a nuestra hija le pase esto?”
48	Capítulo 7: La pareja y los trastornos del comportamiento alimentario. “¿Cómo puedo ayudar a Rosa?”
54	Capítulo 8: Otros trastornos del comportamiento alimentario relacionados en estudio: la vigorexia o síndrome de Adonis. “Marcos no puede dejar de ir al gimnasio”
61	Glosario
65	Referencias bibliográficas
66	Bibliografía recomendada
67	Webs y direcciones de interés
68	Hospitales de Cataluña con unidad de trastornos del comportamiento alimentario (UTCA)

Presentación

El año 1991 nació la Asociación contra la Anorexia y la Bulimia (ACAB) con el objetivo de dar apoyo a las personas afectadas por un trastorno del comportamiento alimentario (TCA) y concienciar a la sociedad de la existencia y de los efectos de estas enfermedades a fin de garantizar su adecuada atención terapéutica, así como la mejor prevención posible.

Desde su creación, la ACAB sigue trabajando para la prevención de la enfermedad, la promoción de estilos de vida saludables, la existencia de una red sanitaria especializada y de calidad, y la sensibilización social ante los riesgos, causas y consecuencias de estos trastornos.

Para combatir la existencia y las consecuencias de estas enfermedades, la familia ha sido y sigue siendo un agente primordial. La familia convive con la persona enferma, sufre las dificultades de comunicación que implican estos trastornos, pero también se convierte en un puntal indispensable para hacerles frente. Muchas veces, es la familia la que motiva y ayuda a tomar conciencia de la enfermedad. Pero también, a menudo, se siente sola y solicita pautas concretas para poder seguir ayudando a su hijo, a su hija o a su pareja. Este libro nace con el deseo de convertirse en una guía útil para las familias.

Por este motivo, los autores han partido de la experiencia personal de diferentes familias que han tenido o tienen un miembro de su entorno más próximo afectado por un trastorno del comportamiento alimentario.

Cada capítulo del libro parte de un relato testimonial, mediante el cual un equipo de psicólogos especializados en trastornos del comportamiento alimentario nos explican los síntomas y las consecuencias de estas enfermedades y, al mismo tiempo, nos aclaran pautas que pueden ayudar a la familia en su papel de coterapeuta. Presenta, además, un último apartado que invita a la reflexión sobre determinados aspectos de estos trastornos, que puede ser útil tener en cuenta a fin de favorecer la comprensión de los mismos.

Esta guía va destinada a todas las familias que, desgraciadamente, tienen la enfermedad en casa, a fin de que su mensaje se acabe convirtiendo en una herramienta útil para vencer el trastorno del comportamiento alimentario.

Jaume Pagès Fita

Prólogo

El cuerpo, la mente, ese lugar en el que habitamos y que crece, y cambia, y sueña, y suda, nos lleva a circunstancias que nunca hubiéramos imaginado.

Cada mes algo horrible relacionado con el cuerpo ocurre; aparece un anuncio sexista y esquelético, una joven muere en su lucha contra la anorexia, muchas más intentan resolver sus conflictos con vómitos y atracones... las revistas niegan su responsabilidad, el modelo de belleza no evoluciona.

Cada mes algo maravilloso sucede, también. Las pasarelas imponen un límite, un nuevo doctor se licencia, hay alguien que aprende a hablar y no a ocultar el miedo tras la comida, una familia reconoce sus carencias y, unida, presenta batalla al enemigo.

Los meses no se detienen, ni lo hace tampoco el tiempo. No siempre avanza a nuestro favor, pero para eso tenemos el cuerpo, esa maquinaria formidable, de un equilibrio casi perfecto. Y para eso nos dieron la mente, para que supiera enfrentarse a la realidad con propuestas, a la frustración con paciencia, al futuro con esperanza. El aliado real de los trastornos de la alimentación no es el paso del tiempo. Lo son las mentiras. Las que se cuenta la sociedad (juventud,


delgadez, belleza, todo revuelto y mezclado y falso). Las que se cuenta la familia (los niños que no dan problemas nunca siempre tienen problemas). Las que se cuentan l@s enferm@s (metas, fuerzas de voluntad imposibles, negaciones, tanto dolor oculto). Sé de lo que hablo, yo misma era una constante mentirosa...

A cada una de ellas hay que desenmascararla, y si no resulta fácil se debe a que cada una de ellas es antigua, se resiste, hunde sus raíces en creencias beneficiosas para todos, menos para l@s enferm@ y sus familias. Cada una de esas mentiras favorece a demasiada gente como para que las cosas cambien velozmente, con eficacia. Pero de la misma manera que una mentira repetida parece convertirse en verdad, una verdad gritada y dicha muchas veces destruye la mentira, los tópicos, los embustes.

Hay que recurrir a las armas que tenemos contra las mentiras: la voz, la mente. Nuestros cuerpos. Y la paciencia. Todo el tiempo que haga falta, toda la paciencia que sea necesaria.

Adelante. Ánimo. El siguiente reto aguarda.

Espido Freire



No camines delante de mí,
quizá no podré seguirte.
No camines detrás de mí,
quizá no podré guiarte.
Camina a mi lado
y sé mi amigo.

Albert Camus



Capítulo 1:

Los trastornos del comportamiento alimentario y la detección precoz

¿Tenemos que empezar a preocuparnos?

Yo mismo, en el momento de decir que todo cambia, ya he cambiado.

Séneca

Andrea y Francisco han ido a consultar a un psicólogo especializado en trastornos del comportamiento alimentario, después de la recomendación que les ha hecho el tutor de su hija Marta en la última entrevista de la escuela.

Andrea (madre): - Hemos venido a consultar porque hace unas semanas que nuestra hija, Marta, nos preocupa, especialmente por lo que come.

Francisco (padre): - Bien, yo diría que estamos preocupados por lo que NO come.

Terapeuta: ¿Qué edad tiene, Marta?

A: - En febrero cumplió los catorce, aún es una niña.

T: - Por lo que comentáis, consideráis que Marta ha reducido mucho la cantidad de alimentos que ingiere ¿También ha descartado voluntariamente algunos alimentos que antes comía de forma habitual?

F: - ¡Ya lo creo! Además de no comer ni la mitad de lo que comía hace medio año, ahora también hay determinados alimentos a los que considera “prohibidos”: el pan, la pizza, los cruasanes...

A: - Nos preocupa mucho que pueda caer en una anorexia o alguna enfermedad de este tipo...

F: - Marta es muy inteligente y responsable, y por tanto dudo que se trate de una de estas enfermedades.

T: - ¿Qué otros cambios habéis notado, además de la alimentación? ¿Ha cambiado también su comportamiento?

A: - Pues lo cierto es que sí: ahora ya no nos cuenta nada...

Se pasa el día encerrada en su habitación, incluso parece que nos evita; pero creemos que es un comportamiento típico de la adolescencia.

F: - A veces a mí me cuesta mucho reconocer a Marta... Unos días tan contenta, y otros, casi no puedes ni darle los buenos días.

T: - En la escuela ¿también han cambiado las cosas?

A: - Precisamente ha sido el tutor de Marta quien nos ha alertado de que quizá son algo más que simples tonterías de la edad. Considera que no deberíamos descartar que quizá pueda estar sufriendo algún trastorno.

F: - Nos comentó que Marta y su grupito de amigas están empezando a hacer muchas tonterías con la comida, tiran el desayuno y se pasan el rato hablando de dietas y de moda. Quizá sí, pero, ya se sabe: son cosas de la edad.

A: - Francisco, Pedro, el tutor de Marta, no lo considera simples manías de la edad, ya que las amigas de Marta le han comentado que algunas veces ¡se provoca vómitos para no engordar!

F: - Bueno, esto tampoco ha pasado muchas veces, y si hablamos con ella y hacemos que se dé cuenta de que ya está delgada y de que en esta edad es muy importante alimentarse bien, creo que lo entenderá.

T: - Así pues ¿aún no habéis hablado con ella de esas cosas que os preocupan a vosotros y a su tutor?

A: - Alguna vez hemos intentado hablar de ello, pero acabamos discutiendo y me dice que todo son manías nuestras y que no nos metamos en su vida ¡que ella ya es mayor!

¿Qué dice el especialista?

T: - Por lo que comentáis, podríamos considerar que ella no cree que tenga ningún problema...

F: - A nosotros directamente no nos lo reconoce, pero a veces la hemos oído llorar en la habitación... Ahora mismo, no sabemos como acercarnos a ella.

A: - Nos resulta difícil creer que se trata de una enfermedad tan grave como la anorexia. Quizá si ella hablara con usted, abriría los ojos y las cosas volverían a ser como antes...

T: - Antes de nada, sería importante que pudiéramos hacer un diagnóstico de Marta, ya sea para descartar o para confirmar un posible trastorno del comportamiento alimentario. Pero para poder hacer este diagnóstico, tendremos que hablar con ella y conseguir que acabe explicando qué es lo que le preocupa y que, posiblemente, la hace sufrir.

A: - No sé como podremos hacerlo...

Los **trastornos del comportamiento alimentario**, entre los que se cuentan la anorexia y la bulimia nerviosas, son enfermedades mentales graves cuyo **pronóstico mejora** en la medida en que **se detectan y se tratan precozmente**.

A pesar de que las personas que rodean a la enferma, inicialmente, observen sólo una alteración alimentaria y del peso, el origen es siempre psicológico (**baja autoestima**, tendencia **al perfeccionismo extremo** o bien a la **impulsividad**, ideas sobrevaloradas acerca del cuerpo y la silueta, etc.).

La baja autoestima es, efectivamente, una característica común en las personas que sufren un trastorno alimentario. Esta baja autoestima, además, viene muy determinada por la percepción del aspecto físico de la persona. Una baja autoestima puede conducir a una insatisfacción corporal importante y al inicio y mantenimiento de dietas restrictivas o de conductas patológica para perder peso. Por este motivo, la baja autoestima se considera un factor de riesgo clave para sufrir un trastorno alimentario.

Francisco y Andrea han explicado al terapeuta los cambios que han observado en el comportamiento de su hija. A veces, el miedo a admitir que un hijo o hija sufre una enfermedad mental puede llevar a minimizar determinados comportamientos que se manifiestan, a quitarles importancia o a justificarlos ("Ya se sabe: son cosas de la edad"). Hay que explicar a la familia que estos cambios que han observado y constatado son **señales de alerta** que pueden hacernos sospechar que Marta sufre un trastorno del comportamiento alimentario. A continuación presentamos algunas de estas señales de alerta que hay que



tener en cuenta desde la familia y que podrían indicar la presencia de un trastorno de este tipo. La suma de muchos de estos indicadores podría delatar la presencia del trastorno.

En relación con la alimentación

- Utilización injustificada de dietas restrictivas.
- Estado de preocupación constante, que puede llegar a la obsesión, por todo lo que esté relacionado con la alimentación.
- Interés exagerado por recetas de cocina, dietas, tablas de calorías, etc.
- Preferencia por comer a solas.
- Interés en cocinar para los demás y hábito de encontrar excusas para no comer.
- Sentimiento de culpabilidad por el hecho de haber comido.
- Comportamiento alimentario extraño (comer de pie, desmenuzar la comida en trozos muy pequeños, jugar con ella, esconderla, etc.).
- Levantarse de la mesa e ir al baño después de cada comida.

En relación con el peso

- Pérdida de peso injustificada o detención del aumento
- Miedo y rechazo exagerados respecto al sobrepeso
- Práctica del vómito autoinducido o del ayuno y utilización de laxantes o diuréticos con el objetivo de controlar el peso o de perderlo.

En relación con la imagen corporal

- Percepción errónea de que se está gordo o gorda.
- **Intentos de esconder el cuerpo** utilizando ropas amplias, evitando el bañador, etc.

En relación con el ejercicio físico

- Hacer ejercicio en exceso y mostrar nerviosismo si no se hace.
- Utilización del ejercicio para adelgazar.

En relación con el comportamiento

- Constante insatisfacción personal .
- Estado depresivo e irritable, con cambios de humor frecuentes.
- **Disminución** de las **relaciones sociales**, con tendencia al aislamiento.
- Aumento aparente de las horas de estudio.
- Dificultad de concentración.

Lo más importante, en este momento, es poder hacer un **diagnóstico** de todo lo que le sucede a Marta. En el caso de que este confirme la presencia de un trastorno del comportamiento alimentario, habrá que prescribir el tratamiento más adecuado para ella. El tratamiento de un trastorno del comportamiento alimentario puede ser largo, puesto que se trata de un grupo de enfermedades mentales graves. El tiempo de duración del tratamiento vendrá muy determinado por el reconocimiento de la enfermedad por parte de la persona enferma y de su implicación. A partir de ahora, será esencial que Marta y sus padres acepten lo que sucede y que ella colabore con el equipo de profesionales que dirige el tratamiento.

Mapa conceptual



¿Qué podemos hacer desde casa?

Francisco y Andrea están muy preocupados porque no saben como **acercarse** a su hija para hablar de lo que le sucede últimamente. Es importante hacerle ver a Marta que algo le sucede, aprovechando los momentos en que ella expresa su malestar o sufrimiento: cuando está triste, llora, etc. Debemos hablar con la persona afectada a través del sentimiento ("Me doy cuenta de que lo estás pasando mal", "A menudo te oigo llorar", etc) y no de la razón ("Tienes que comer para alimentarte correctamente", "Estás demasiado delgada", etc.).

Las personas afectadas por el trastorno a menudo explican que se sienten "divididas por dentro", ya que pasan por momentos en los que desean curarse (porque domina en ellas su vertiente sana) y por otros en que la enfermedad las vence (porque domina en ellas su vertiente enferma). Esta ambivalencia es lo que caracteriza el curso y la evolución de la enfermedad. El objetivo terapéutico final será que el ángel (vertiente sana) gane la partida de la enfermedad. Marta en estos momentos no se ve delgada, y la cuestión de la comida le provoca mucha ansiedad. Si queremos "conectar" con ella, es más eficaz transmitirle la idea de que entendemos como se siente y que comprendemos su sufrimiento. Es decir, hemos de intentar **empatizar** con la persona enferma. Hemos de hablar con Marta desde su vertiente sana, desde esa parte esencial de ella misma que puede llegar a reconocer que sufre y que tiene que hacer algo para dejar de pasarlo mal.



Para poder garantizar una detección precoz de un TCA, es fundamental que la familia y la escuela (u otras instituciones como por ejemplo centros recreativos, clubes deportivos, etc.) tengan una relación fluida y confiada que facilite la comunicación de posibles signos de alerta. Debemos estar atentos a los posibles ayunos o dietas “colectivas” entre grupitos de amigas. El hecho de que otras compañías también lo hagan puede minimizar la percepción de verdaderas conductas de riesgo (saltarse comidas, excluir ciertos alimentos sistemáticamente, etc.).

Nuestro objetivo es que Marta se ponga en contacto con un especialista a fin de poder superar la enfermedad que sufre.

No podemos olvidar que la baja autoestima es una característica que se repite entre las personas que desarrollan un trastorno del comportamiento alimentario. Y por eso es fundamental que, desde casa, los padres de Marta intenten ayudarla a mejorar su autoestima.

Pero ¿a qué nos referimos cuando hablamos de autoestima? La autoestima podría definirse como la valoración que hacemos de nosotros mismos, la confianza que sentimos en el momento de tener que enfrentarnos con éxito a las distintas situaciones que se nos plantean a lo largo de la vida.

Pero ¿cómo podemos detectar en nuestros hijos que realmente tienen la autoestima baja? De forma bastante habitual, una persona con poca autoestima tiende a tener una **imagen pobre** de sí misma, siente que no hace nada bien, que es un desastre, e incluso puede verbalizar todo esto. Estas personas se autocritican mucho, utilizando **descalificaciones** y suelen **compararse** mucho con los demás, creyendo que éstos lo hacen siempre todo mejor. Dependen mucho de la opinión de los demás para sentirse seguras de las decisiones que se atreven a tomar.

A fin de favorecer una mejora en su valoración, es necesario que los padres de Marta **no etiqueten** a su hija (la frase “Mi hija es así” puede cambiarse por “Mi hija ahora ha aprendido a comportarse de esta forma, pero puede cambiar”). También es conveniente eliminar las generalizaciones (la frase “No me extraña que mi hija me diga esto, porque siempre se descontrola” puede cambiarse por “Mi hija tiene una dificultad en este aspecto, pero tiene aptitudes para superarla”). Hay que reconocer las cualidades de los hijos y felicitarlos por el esfuerzo y enseñarles a felicitarse cuando hacen algo bien. Esto contribuye a favorecer su valoración.

Palabras clave

Autoestima
Disminución de las relaciones sociales
Empatía
Imagen corporal
Intentos de esconder el cuerpo
Pronóstico
Señales de alerta
Trastorno del comportamiento alimentario



Capítulo 2: Anorexia nerviosa

“¿Por qué Ana no se ve delgada cuando se mira al espejo?”

Hemos de saber que no hay dos personas iguales
y que de toda debilidad fluye una fortaleza.

Alexandre Jollien

Ana siempre había sido una niña muy afectuosa y responsable. Le gustaba pasar las horas leyendo y conversando con sus hermanos sobre las novelas que más le habían gustado. Iba contenta a la escuela y los maestros siempre nos habían comentado que se esforzaba mucho en los estudios y que era muy responsable. Sus notas siempre habían sido excelentes a pesar de que ella nunca parecía estar completamente satisfecha.

Desde hace más de un año Ana ha cambiado, o quizá ha sido la enfermedad la que la ha cambiado. La tenemos ante nosotros y somos incapaces de reconocer en ella a nuestra hija. Sus ojos nos muestran que ya no está contenta, que hay cosas muy importantes para ella que la preocupan.

Ahora le gusta encerrarse en su habitación y pasarse horas en ella. Siempre está triste o enfadada con nosotros, especialmente en los momentos de las comidas.

En los últimos meses se ha adelgazado mucho, a pesar de haber sido siempre una niña delgadita. Estamos muy preocupados ya que, a pesar de tener quince años, aun no ha tenido ninguna menstruación. El pediatra nos ha confirmado que este es un síntoma de anorexia nerviosa. Y, de hecho, presenta otros, como la caída del cabello, la sequedad de la piel, el insomnio que hace semanas que sufre, etc.

Su rendimiento académico también ha bajado, y desde su escuela nos han llamado preocupados, puesto que su tutora ha observado también que su comportamiento y su carácter han cambiado en los últimos meses.

Estamos preocupados y nos sentimos muy responsables de todo lo que le sucede. Ahora mismo nos resulta muy difícil hablar con ella, ya que cualquier tema de conversación es motivo de discusiones. A nosotros nos gustaría que comiera, que comiera todo lo que le ponemos en el plato, pero ella se niega cada vez. Hemos intentado darle suplementos vitamínicos para compensar lo poco que come. Cuando lo ha descubierto, ha sido peor y no hemos conseguido nada.

La semana próxima volvemos a tener visita con el pediatra y hemos creído que quizá sería conveniente solicitar una analítica completa para que se dé cuenta de que la obsesión por no comer y por adelgazar le está causando consecuencias físicas y emocionales importantes. Nos gustaría saber qué pasos debemos tomar para que nuestra hija se recupere y vuelva a ser la misma de antes.

¿Qué dice el especialista?

Los padres de Ana sospechan que sufre anorexia nerviosa. La **anorexia nerviosa** es un trastorno mental grave, cuyo origen se explica a partir de la suma de muchos factores. Es decir, es una **enfermedad multicausal** en la que intervienen factores biológicos, psicológicos y socioculturales. Si observamos el caso de Ana, vemos que siempre ha sido una chica especialmente preocupada por tener una relación “ideal” con los padres y hermanos (rehuyendo conflictos) y también por su rendimiento académico. A menudo a esto se le denomina **perfeccionismo**, y posiblemente sea este uno de los factores personales que actualmente la han llevado a una excesiva preocupación por como se ve a sí misma, es decir, a estar preocupada por su **imagen corporal**. El trastorno se ha ido iniciando de forma lenta y silenciosa, y por eso los padres no se han dado cuenta hasta que las señales han sido muy evidentes: la ven mucho más delgada (ha perdido bastante peso) y no le viene la menstruación, además de caerle el cabello, tener insomnio, etc., todos ellos síntomas claros de **desnutrición**. A menudo tiene cambios de humor y cada vez se la ve más triste y aislada y es más difícil hablar con ella. También los profesores han detectado en ella otros síntomas de la anorexia nerviosa, como las **dificultades de atención, de concentración y de memoria**, que interfieren en el rendimiento escolar.

Los trastornos del comportamiento alimentario actualmente afectan al 5% de las jóvenes y adolescentes. Ana sufre una anorexia nerviosa, y la prevalencia (porcentaje de personas afectadas por una enfermedad) concreta de este trastorno es del 1% entre las adolescentes.





Estas cifras aumentan si hablamos de muchachas con riesgo de sufrir alguno de estos trastornos: en este caso los estudios sitúan la proporción de afectadas en un 11%. Entendemos por muchachas en situación de riesgo las que muestran conductas inapropiadas relacionadas con la alimentación o con el control del peso (regímenes autoimpuestos repetitivos, vómito autoinducido, evitación de ciertos alimentos con el objetivo de no ganar peso, alta insatisfacción corporal, etc.).

La anorexia, la bulimia y el resto de TCA son enfermedades de mayor prevalencia en personas del género femenino. Aun así, también hay muchachos que las sufren: por cada nueve muchachas, encontramos un muchacho afectado por un trastorno del comportamiento alimentario. Los últimos estudios alertan acerca del aumento de casos entre los muchachos.

Los padres de Ana han hecho muy bien en ir al pediatra o al médico de cabecera, ya que es preciso hacerle una analítica para determinar su estado físico. El resultado de la analítica no confirmará ni descartará el diagnóstico de un trastorno del comportamiento alimentario como la anorexia, porque debemos recordar que se trata de un trastorno mental con graves connotaciones físicas. Así pues ¿por qué es probable que el médico recomiende hacerle un análisis de sangre? Pues para descartar posibles causas orgánicas de esa pérdida de peso.

Una analítica que indique normalidad no descarta nunca la presencia de un trastorno del comportamiento alimentario como la anorexia nerviosa.

El pediatra de Ana evaluará el caso a partir de un examen físico y de los síntomas que presenta y procederá a derivarla al centro de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ) que le corresponda por la zona y/o a la unidad de trastornos del comportamiento alimentario, donde hallará los especialistas que pueden hacer una valoración y un diagnóstico del trastorno que sufre. Estos profesionales son psicólogos o psiquiatras especializados en trastornos del comportamiento alimentario.

Hay que tener en cuenta, sin embargo, que cuando Ana inicie el tratamiento, será **el especialista** quien decida cuáles son las pautas o normas a seguir en casa.

Seguir unas pautas concretas en casa acerca de la alimentación, la imagen, el grado de responsabilidad, etc. favorece que la persona afectada pueda afrontar la enfermedad con éxito. Por ejemplo, es necesario que los padres dejen de presionar o de forzar a Ana para que coma más, ya que con ello se provoca un enfrentamiento con ella y no se consigue solucionar la situación. Además, tampoco hay que hacerle preguntas sobre cómo se ve (ya que la respuesta sería: “Gorda” o “No me gusta mi barriga”, etc.), sobre la comida o relacionadas con si está delgada o no, así como no darle suplementos vitamínicos sin que ella lo sepa, ya que eso también empeoraría la relación. Tampoco conviene modificar los hábitos alimentarios de la familia, es decir, no preparar comidas distintas si ella no quiere lo que se le ha puesto en el plato, y, finalmente, procurar que siempre coma acompañada.

Mapa conceptual



¿Qué podemos hacer desde casa?

En estos momentos, Ana no puede verse tal como está, delgada, simplemente porque, además de delgada, está enferma. Tiene una **visión distorsionada de su cuerpo** y eso le impide ser consciente del alcance de su enfermedad. Es necesario hablar, dialogar con ella. El **diálogo** es fundamental para poder acompañar y apoyar a nuestra hija. Podemos hablar con ella de lo que nos preocupa, de los cambios que hemos observado en ella, pero no de lo que imaginamos o sospechamos sin estar seguros. Manifestarle nuestras preocupaciones es tan importante como escuchar y respetar sus explicaciones, sin acusarla de manipuladora o embustera, aunque no estemos de acuerdo con lo que nos dice. A medida que vayamos hablando con ella, hemos de transmitirle la idea de que lo más importante es que alguien la ayude a superar la enfermedad que sufre: un especialista en trastornos del comportamiento alimentario. Para poder hablar con Ana, también tenemos que saber escucharla. Hemos de ser capaces de poder escuchar sus demandas sin interrumpirla, respetando sus silencios. **Nuestra escucha debe ser activa**, debe mostrar el interés que tenemos por lo que le preocupa y nos comunica. La **comunicación no verbal** con Ana también es un aspecto que hemos de tener en cuenta. Con el lenguaje verbal normalmente expresamos pensamientos; pero una mirada, una sonrisa, un gesto, etc. transmiten un montón de sentimientos que probablemente serán importantes en estos momentos difíciles.



Al principio, seguro que no será fácil: habrá que darle tiempo, darnos tiempo a nosotros como padres; no hay soluciones ni tratamientos “mágicos”; probablemente el proceso será largo y complejo. Así pues, hemos de dejarle exponer sus razones a pesar de que no podamos compartirlas, entender lo que nos dice y por qué nos lo dice y desde qué situación nos lo dice. Son momentos en que los familiares hemos de mostrar grandes dosis de **empatía** y estar incondicionalmente al lado de la adolescente.

Entender su actitud no significa compartirla, pero estar a su lado, como padres, es imprescindible. No se trata de estarle demasiado encima, sino de estar a su lado. Como dice el cantautor guatemalteco Ricardo Arjona, hay momentos y situaciones en que “no es mejor quien te ayuda, sino quien no te molesta”, y realmente, a veces será mejor estar simplemente al lado de la persona afectada que intentar ayudarla interrogándola, culpabilizándola, juzgándola, etc.

El objetivo ha de ser intentar ayudarla a ser ella misma, a encontrar su esencia; que pueda quitarse la “carga” que supone esta enfermedad. Y para poder volver a ser ella misma es necesario que reconozca que sufre, que lo está pasando muy mal y que hay especialistas que pueden ayudarla a superar la enfermedad.

Seamos rígidos con la enfermedad y comprensivos con la persona. Hemos de tener en cuenta en todo momento que, por encima de la enfermedad, está nuestro hijo o nuestra hija, con quien seguimos compartiendo la vida, conviviendo y a quien seguimos amando.

Hemos de aceptar los cambios físicos, mentales, emocionales y sociales que vive nuestro hijo o nuestra hija, propios de la adolescencia y que están latentes en esta enfermedad. No debemos pretender que nuestro hijo o nuestra hija “vuelva a ser el niño o la niña de antes”.

Palabras clave

Anorexia nerviosa
Comunicación no verbal
Desnutrición
Diálogo
Distorsión de la imagen corporal
Escucha activa
Especialista en trastornos del comportamiento alimentario
Enfermedad multicausal



Capítulo 3: Bulimia nerviosa

¿Por qué nos cuesta aceptar lo que le pasa a Vanesa?

Para cambiar la sociedad hay que empezar por cambiar uno mismo [...] Y no olvidemos que detrás de la enfermedad siguen existiendo las personas.

Rosa Montero

Creo que ni la misma Vanesa recuerda cuando empezó con estas odiosas dietas ¡Siempre pendiente del cuerpo, de los quilos que cree que le sobran! Cuando aún era una niña, a veces había vuelto a casa llorando porque los compañeros de clase se reían de ella por su cuerpo. Nosotros le quitábamos importancia y la animábamos diciendo “¡Con el tipo que tienes! ¡Ya les gustaría a tus compañeras tener estas curvas! Pero durante los días siguientes volvía a pedirnos que le hiciéramos comida de régimen.

De hecho, yo siempre había creído que lo de querer adelgazarse eran tonterías y cosas de la edad. Desgraciadamente, con el tiempo me he dado cuenta de que detrás del miedo a engordarse y del descontrol con la comida, se esconde una enfermedad.

Vanesa no nos confesó lo que le sucedía hasta después de tres años de atracones y de vomitar a escondidas, cuando tenía diecisiete años. Insistió en que ella misma lo controlaría y que no necesitaba ayuda del exterior, únicamente comprensión por parte de la familia. Mi mujer insistía en que debíamos ir al médico, pero yo no lo consideré necesario y creí que exageraba. Pasaron los meses y parecía que Vanesa estaba más tranquila.

Hace unos días fui a comprar a la tienda de alimentación del barrio, y la dueña me preguntó si podía hablar conmigo.

Me comentó que hacía algunos días que habían descubierto que Vanesa se escondía comida bajo la camiseta y se la llevaba sin pagar. No era la primera vez que sucedía y por eso nos lo quería comentar. Me quedé helado, no podía creer lo que me decía. Aquella noche, cuando Vanesa llegó a casa, la estaba esperando en el comedor, muy alterado. Le reproché lo que hacía: “¿No te da vergüenza robar? ¿Cómo te has atrevido a hacer algo así? ¿Por qué tienes que crearnos siempre tantos problemas?” No entendía qué le pasaba... Ahora que creía que las cosas iban mejor..

Estuvo unos días sin hablarnos y rehuyéndonos. Finalmente, una noche, al salir del baño, se hundió y se puso a llorar. Nos contó todo lo que le sucedía: no se gustaba en absoluto, la comida controlaba su vida, seguía dándose atracones y vomitando a escondidas, y también confesó que robaba la comida. Había estado consultando por Internet y sabía que lo que le sucedía era que tenía una enfermedad: la bulimia nerviosa.

Empiezo a pensar que estaba equivocado y que quizá lo que le sucede a mi hija es más grave que simples tonterías de la edad. Veo que sufre y que lo está pasando mal. Vanesa quiere solicitar ayuda profesional, y a nosotros nos gustaría saber qué podemos hacer desde casa..

¿Qué dice el especialista?

Vanessa empieza a ser consciente de que tiene un problema y este reconocimiento es muy importante para que pueda solucionarlo. El trastorno que sufre Vanessa es conocido con el nombre de bulimia nerviosa. Los padres hace tiempo que sospechaban que algo no iba bien, a pesar de que creían que lo de querer hacer dieta y de tener miedo a engordarse eran manías normales de su edad. Desgraciadamente, han pasado tres años y la situación de Vanessa no ha mejorado, al contrario, puesto que ha llegado incluso a mentir en su casa y a robar alimentos en la tienda de alimentación del barrio. Ahora les ha contado que no se gusta nada y que la comida controla su vida y, además, que se da **atracones** y vomita cada vez con más frecuencia, hasta el punto de que siente que ha perdido el control de la situación (a pesar de que, como vemos en el caso de Vanessa, al principio podía creer que era autosuficiente, con una falsa sensación de autocontrol).

La ingesta desmesurada y con **falta de autocontrol** produce una sensación de distensión -hinchazón- en el estómago, malestar físico, y, paralelamente a este malestar, se presentan **sentimientos de culpabilidad y/o vergüenza**, deterioro del estado de ánimo (tristeza), disminución de la autoestima (sentimientos de menosprecio), etc., lo cual comporta la necesidad de intentar compensar el comportamiento descontrolado a través de conductas como el **vómito autoinducido**, una restricción alimentaria intensa, un incremento de la actividad física o el consumo de diuréticos

o laxantes con la finalidad de controlar el peso.

Así pues, los síntomas más frecuentes de la bulimia nerviosa, y que vemos reflejados en el actual comportamiento de Vanessa, son los siguientes: comer compulsivamente y a escondidas, preocupación constante por la comida y el peso, comportamientos inadecuados como el uso de vómitos voluntarios y ayunos a fin de no engordar, erosión del esmalte dental y cambios de carácter, incluyendo **síntomas depresivos**, tristeza y un gran sentimiento de culpa y de no gustarse a sí misma (baja autoestima). La muchacha afectada también puede llegar a sufrir trastornos menstruales, aumento de las glándulas salivares y fatiga o cansancio excesivo. De la bulimia nerviosa son características las callosidades que aparecen en el dorso de la mano, conocidas como “signo de Russell”, como consecuencia de los vómitos autoinducidos. Sin embargo, esta marca física no aparece en todas las personas que sufren bulimia nerviosa.

El tratamiento es lento, pero Vanessa pide ayuda y hay que llevarla a un especialista en trastornos del comportamiento alimentario. Este tratamiento, por lo general, consiste en trabajar cada uno de los síntomas para cambiar los hábitos de alimentación por unos de tipo saludable a la vez que se aprende la importancia de cada uno de los alimentos, la forma adecuada de consumirlos, la frecuencia y las cantidades, etc. a fin de reorganizar el ritmo natural de alimentación. Esto debe llevarlo a cabo un profesional de la salud mental,



Mapa conceptual

conjuntamente con endocrinólogos, dietistas y otros profesionales, ya que el primer paso es romper con las dietas y/o la restricción alimentaria que mantienen el trastorno. Se enseña además a controlar el peso sin tener que recurrir a conductas patológicas y peligrosas para la salud, a la vez que se enseña a controlar y aceptar el propio cuerpo. En el tratamiento de la bulimia nerviosa, así como en todos los trastornos del comportamiento alimentario, se incide también en todas las alteraciones psicológicas que han llevado a la persona a depender de la comida y del físico exclusivamente...

De modo que se trabaja la **baja autoestima**, la **insatisfacción con el cuerpo** y la falta de habilidades sociales, entre otros aspectos. El tratamiento psicológico permite dotar a la persona enferma de herramientas para poder superar la “dependencia” de la comida y para valorarse a sí misma a través de parámetros que no sean el cuerpo.

Hay que destacar que, en algunas ocasiones, la bulimia nerviosa es difícil de detectar por parte de los que rodean a la persona enferma: no siempre se produce el adelgazamiento, ni tampoco algunas de las consecuencias derivadas de la desnutrición severa. A pesar de que no estén presentes todos los síntomas de la bulimia nerviosa, es posible que la enfermedad esté enmascarada. Por tanto, cuanto antes obtengamos un diagnóstico del especialista, mejor será el pronóstico de la enfermedad, ya que así podrá iniciarse antes el tratamiento.



¿Qué podemos hacer desde casa?

El azar, la enfermedad, el sufrimiento, la muerte del amigo, el fracaso afectivo son posibilidades existenciales que no siempre pueden preverse de forma consciente. Cuesta aceptarlas, sobre todo cuando la novedad que aparece es negativa y altera profundamente el sentido de nuestra existencia; pero es grotesco, e incluso ridículo, tratar de esquivar estas situaciones fingiendo que no existen.

F. Torralba, *Cien valores para vivir*

Aceptar lo que le pasa no significa que Vanesa y sus padres deban resignarse. La situación hace sufrir a la persona afectada: se da cuenta claramente de que tiene que salir de esa situación, pero en el día a día eso no es fácil; es una lucha constante y dura, muy dura...

En la bulimia, como en los demás trastornos del comportamiento alimentario, tanto el enfermo como los familiares más directos (especialmente los padres) experimentarán distintos sentimientos y sensaciones, según el momento o la fase de la enfermedad en que nos encontremos. Es posible que en determinados momentos se viva una negación de la enfermedad y que la aceptación y el enfrentamiento con ésta sean complejos y difíciles.

Muchas veces podemos sentirnos como el padre de Vanesa, que afirmaba que, a pesar de que su mujer insistía en que tenían que ir al médico, él no lo consideraba necesario y

creía que ella exageraba. Este es un ejemplo de negación de la enfermedad, y esta negación puede enmascarar un sentimiento de incapacidad, de no saber abordar la situación o bien de sentirse responsable de lo que le pasa al hijo o la hija. La negación paraliza, impide actuar correctamente ante los síntomas evidentes de la enfermedad.

Cuando los padres finalmente llegan a aceptar la evidencia se preguntan: “Y ahora ¿qué hacemos?”

Los padres la quieren tanto que querían ahorrarle cualquier sufrimiento, pero eso no es posible. Debemos ser realistas y aceptar lo que hay. Es importante no “cerrar los ojos”, no minimizar ni trivializar las conductas ni las palabras del familiar afectado por el TCA, pero a la vez no hay que magnificar la enfermedad ni dejarse vencer por ella.

Si los padres de Vanesa aceptan la situación y la acompañan desde el silencio y desde la palabra, ella dejará de sentirse



culpable, tendrá más confianza en sí misma y se sentirá más satisfecha y más contenta con relación a las personas que la rodean.

Si aceptamos que nuestra hija sufre una enfermedad y que lo está pasando mal, seremos capaces de ver la necesidad de pedir ayuda también nosotros a fin de favorecer el proceso terapéutico que va a comenzar. En definitiva, aprenderemos cómo actuar correctamente ante la enfermedad. Nuestro testimonio como padres y madres les sirve a veces a nuestros hijos e hijas para identificarse con nosotros, a veces para oponerse, a menudo para plantearse distintos aspectos... Los padres somos un referente para nuestros hijos. Una forma de comenzar a actuar ante un trastorno del comportamiento alimentario es, por ejemplo, no hacer dieta sin prescripción médica, evitar comentarios referentes a nuestra propia insatisfacción corporal o respecto al físico de nuestra hija (“¡Lástima que [yo] esté un poco gordita”, “Me iría bien una liposucción”, “Quizá sí que tus caderas son demasiado anchas”, “Ahora que te has adelgazado estás más guapa”, etc.) o sobre hábitos alimentarios poco saludables (“Yo, lo que es el pan y la pasta ni los pruebo”, “Hoy no he podido comer / desayunar”, etc.).

Tenemos que aceptar a nuestro hijo o nuestra hija reales y no el ideal: el o la que nos gustaría que fuese. Aceptar, respetar y querer, tres verbos difíciles de conjugar como padres, pero necesarios para nuestra tarea.

Palabras clave

Aceptación
Atracones
Autoconocimiento
Autocontrol
Bulimia nerviosa
Vómito autoinducido



Capítulo 4:

Trastornos por atracones

¿Por qué María no puede parar de comer?

Mi hija, María, hace unos cuantos días nos ha confesado que cree que tiene un problema con la comida. Miguel, mi marido, la semana pasada, mientras cenábamos los tres, le recordó una vez más que come demasiado deprisa y que tendría que intentar controlarse, porque estaba engordando...

Miguel siempre está muy encima de ella con respecto a esta cuestión, ya que cree que si no comiera de esta forma voraz no engordaría y no estaría tan descontenta con su físico. De nuevo se inició una discusión sobre el tema y María acabó por explotar:

—Cuando empiezo a comer tengo la sensación de que no puedo parar, de que me tengo que comer todo lo que está a mi alcance. ¡Ya no puedo más! Ya me gustaría a mí que la comida no controlara mi vida... ¡pero la controla! Cada día, cuando me levanto me digo: “María, hoy tienes que empezar el régimen de nuevo o ir al gimnasio”. Pero siempre me acabo descontrolando. Además, últimamente me resulta muy difícil mirarme al espejo y encontrar algo bueno en mí. Me da vergüenza incluso que antiguos compañeros, amigos y vosotros mismos me veáis. Detesto a dónde me está llevando mi descontrol con la comida ¡Me da pánico convertirme en una persona obesa como las que salen por la televisión! Pero no encuentro la forma de ganarle la partida a esta terrible ansiedad. Alguna vez he tenido la tentación de vomitar después de un atracón, pero enseguida me

Amar no consiste en mirarse el uno al otro, sino en mirar juntos en la misma dirección.

Antoine de Saint-Exupéry

arrepiento y me digo que esta línea no la puedo traspasar, que entonces las cosas serían aún más difíciles. Aún así, cada día me doy más asco y eso hace que me sienta más triste y que ya no disfrute de nada...

Se echó a llorar. Nosotros nos quedamos atónitos y nos dimos cuenta del sufrimiento y de la necesidad de ayuda que tenía nuestra hija.

En estos momentos no sabemos cómo actuar. María ya tiene veintinueve años y, aunque todavía vive con nosotros, ya hace tiempo que hace su propia vida. Tiene pareja, con la cual ha tenido últimamente algunos problemas. Nos ha dicho que él no sabe nada de lo que nos contó, y que, de momento, no tiene intención de comentárselo.

¿Deberíamos volver a hablar con ella? ¿Y con su pareja?

¿Qué dice el especialista?

María hace tiempo que sufre las consecuencias de un **trastorno por atracones**, y todas las peleas que ha tenido la familia durante las comidas no han ayudado a superar la enfermedad que sufre. Ésta se conoce como **trastorno por atracones**. Se caracteriza principalmente por la ingesta descontrolada de grandes cantidades de comida y, como consecuencia inmediata de la misma puede aparecer **sobrepeso** u **obesidad** así como todos los riesgos asociados a estos (diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, etc.). Las personas que sufren este trastorno muestran una preocupación constante por la comida, por el peso, y ello conlleva en muchas ocasiones la práctica continuada de dietas restrictivas que nunca consiguen tener éxito. Por otra parte, el descontrol en la comida se manifiesta **comiendo mucho más rápido**, hasta sentirse desagradablemente lleno, o bien **comiendo grandes cantidades de alimentos** a pesar de no tener hambre. A menudo, las personas que sufren esta enfermedad prefieren comer solas a fin de esconder su **voracidad**. Algunas de las consecuencias psicológicas de este trastorno pueden ser el aislamiento, la tristeza y el hecho de dejar de disfrutar de las cosas que antes nos gustaban.

Miguel y Gloria, los padres de María, explican que el descontrol alimentario de su hija se presenta, muchas veces, en forma de atracones. En cambio, no explican en ningún momento que María lleve a cabo conductas de

purgación después de atracarse, como son el vómito autoinducido o bien el abuso de laxantes y diuréticos. Precisamente, el trastorno por atracones se diferencia de la bulimia nerviosa en que la persona que sufre esta enfermedad no lleva a cabo conductas compensatorias de pérdida de peso (vómito autoinducido, abuso de laxantes o diuréticos, ayunos, ejercicio físico excesivo, etc.) después de darse un atracón, a pesar de experimentar también importantes sentimientos de culpa. Estos atracones se llevan a cabo de forma periódica (pueden darse más de una vez a la semana) y con una sensación de pérdida de control por parte de la persona que las sufre, como nos explica María en su testimonio.

También, a diferencia de la bulimia nerviosa, el peso corporal de las personas que sufren un trastorno por atracones suele ser más elevado, y en muchas ocasiones se trata de personas obesas, lo cual añade un riesgo adicional a la pérdida de salud.



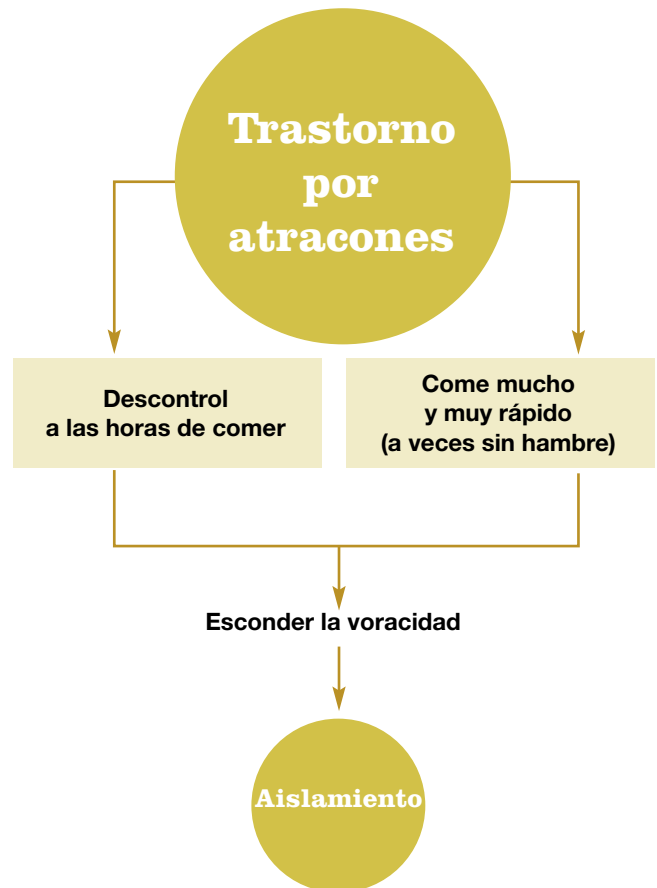
Mapa conceptual

Para resumir lo que se ha explicado hasta ahora, repasemos los síntomas más frecuentes descritos para esta enfermedad:

- Comer a escondidas por motivos emocionales.
- Aumento de peso.
- Insomnio.
- Malestar general.
- Sentirse avergonzado por lo que se ha comido.
- Sentir que comer produce un alivio emocional.
- Depresión.
- Baja autoestima.
- Aislamiento.
- Miedo de comer ante los demás.

Cuando una persona presenta muchos de los síntomas que acaban de describirse, podría estar indicando la presencia de un trastorno por atracones.

La **prevalencia** de este trastorno es más elevada entre las mujeres que entre los hombres. Aún así, el grado de afectación del sexo masculino es mayor que en la anorexia y la bulimia nerviosas.



¿Qué podemos hacer desde casa?

El verbo más espléndido que podemos conjugar, en cualquier idioma, es amar. Amarnos a nosotros mismos parece fácil, pero hacerlo bien no lo es tanto, como hemos podido comprobar.

Hablar con María de forma relajada puede ayudar a transmitirle la idea de que está sufriendo y que para superar lo que le está ocurriendo, tiene que consultar a un especialista en trastornos del comportamiento alimentario.

Desde casa, como padres de una persona adulta que está en tratamiento, hemos de intentar darle apoyo durante el proceso terapéutico, sobre todo durante las comidas; lo más recomendable es que coma acompañada y que las comidas tengan un horario convenido que las regularice.

Los padres de María dudan de si comentarlo o no con el novio de su hija. Hay que animarla a que lo haga ella misma a fin de que se sienta más comprendida por su compañero y para que así también él pueda ayudarla cuando estén juntos.

Hablar relajadamente con María también puede ayudar a llegar al acuerdo de que, si en un tiempo prudencial no consigue sentirse mejor, acudirá a un especialista en trastornos del comportamiento alimentario.

Del mismo modo que los padres se plantean respetar su intimidad dudando de si hablar o no con las personas próximas de su entorno de lo que le sucede, también es importante que sigan mostrándose cuidadosos con la intimidad de María en otros ámbitos. Por ejemplo, no leer sin su permiso sus diarios personales ni sus mensajes de correo electrónico, no revolver en su habitación en busca de comida escondida, mostrando así desconfianza, no escuchar sus conversaciones telefónicas, etc. Esta falta de intimidad María podría vivirla con angustia, como una pérdida de libertad y de límites propios y, como ya hemos dicho, más que ayudarla podría propiciar un aumento de ansiedad y de sentimientos de culpa.

Debemos relacionarnos con nuestros hijos de forma **asertiva**, es decir, ni pasiva ni agresiva. Debemos respetar su intimidad sin convertirnos en cómplices de esta situación patológica “tapando” el trastorno o mirando hacia otro lado y obviando las conductas patológicas que conlleva la enfermedad, pero tampoco debemos juzgarlos, culpabilizarlos, etc.



Tenemos que conseguir que nuestros hijos e hijas sientan que los respetamos, los entendemos y los acompañamos. Una mirada atenta, un abrazo o una sonrisa de complicidad ante un progreso en el proceso de solución de la enfermedad del hijo o la hija es lo que hay que hacer para sentir y demostrar esta comprensión, respeto y acompañamiento.

Debemos relacionarnos de forma asertiva con nuestros hijos, evitando conductas pasivas o agresivas.

Palabras clave

Autocontrol
Asertividad
Obesidad
Prevalencia
Respeto a la intimidad
Trastorno por atracones
Voracidad



Capítulo 5:

El trastorno del comportamiento alimentario entre los deportistas

¿Para ser la primera...? lo que haga falta

El perfeccionismo es la forma perfecta de ser esclavos de la infelicidad.

D.C. Briggs

Desde muy pequeña Paula mostró una habilidad especial para la gimnasia rítmica. En casa siempre hemos practicado el deporte y nos llenó de ilusión que tuviera tan claro qué modalidad deportiva le gustaba. En el barrio había una academia de gimnasia y danza a la que asistía muy contenta. Rápidamente empezó a destacar y la directora del centro nos recomendó una escuela en la que entrenaban a personas con su potencial a fin de que pudiera dedicarse a la gimnasia de manera profesional. A Paula le ilusionó este reconocimiento, aunque lamentaba tener que separarse de sus compañeras.

En este centro de deportistas de élite, el nivel de exigencia subió muchísimo y, a pesar de que el entrenamiento era muy duro, Paula se esforzaba mucho. Pronto llegaron las primeras competiciones y ella empezó a despuntar.

Paula siempre había sido una niña delgadita y cuando hizo el cambio se ensanchó y se engordó. Entonces su entrenadora empezó a insistir en que debía adelgazar si quería seguir ganando. Insistía mucho en el hecho de que el bajo peso que había tenido hasta entonces potenciaba su agilidad y le permitía obtener buenos resultados.

Entonces Paula empezó a hacer dieta y se eliminó de sus comidas todo alimento que fuera muy graso. Cada vez aparecían más “alimentos prohibidos” y su alimentación acabó reduciéndose mucho. Aún así, el régimen que se le prescribió

en el centro deportivo era rico en carbohidratos y no nos alarmamos mucho. Lo que más nos sorprendió fue la forma en que Paula siguió estrictamente las nuevas pautas alimentarias y como, de repente, la comida y el cuerpo pasaron a ocupar un lugar relevante en su vida. Rápidamente Paula obtuvo resultados y adelgazó considerablemente. Las compañeras y la entrenadora reconocieron su esfuerzo y los buenos resultados que iba obteniendo.

A pesar de ello, a medida que pasaron los meses, Paula sufría cada vez más cambios de humor, empezaba a aislarse y cada día estaba más triste.

Una tarde, después del entrenamiento, cuando fuimos a recogerla al centro nos comentaron que se había desmayado. La entrenadora estaba alarmada porque el índice de masa corporal de Paula era muy bajo. Nos comentaron que su rendimiento había bajado mucho y que deberíamos consultar con un médico: la situación se le había ido de las manos.

Cuando consultamos al médico nos recomendó un ingreso inmediato

¿Qué dice el especialista?

Practicar deportes es sano, pero hay que conocer los límites que a menudo se traspasan en perjuicio de la salud. Cuando los padres de Paula la inscribieron en la academia cercana a casa, nunca creyeron que pudiera llegar tan lejos en el terreno deportivo, y mucho menos que tuviera que entrenar en un centro de deportistas de élite. Su preocupación comenzó, sin embargo, a partir de la pubertad de Paula, sobre todo por el cambio físico que esta comporta para las muchachas, que se ensanchan y se engordan; y por las consecuencias que tenían en su hija las palabras de la entrenadora (“Si quieres seguir ganando y siendo ágil, tienes que perder peso”). A partir de ese momento Paula comenzó una **dieta** estricta a base de carbohidratos pero sin el resto de nutrientes necesarios para su alimentación, es decir, proteínas, grasas, vitaminas, etc. Hay que especificar que estaba en **situación de riesgo** tanto por lo que respecta a su nutrición como a su estado psicológico, ya que se iba gestando un posible trastorno del comportamiento alimentario. Este suele darse sobre todo en los deportes en los que **la estética, la exposición del cuerpo**, el peso y la restricción son importantes para el rendimiento, como es el caso de Paula con la gimnasia rítmica.

Dicho esto, cabe comentar que el deporte de competición es un factor de riesgo importante para sufrir un trastorno del comportamiento alimentario, tanto por la exhibición que

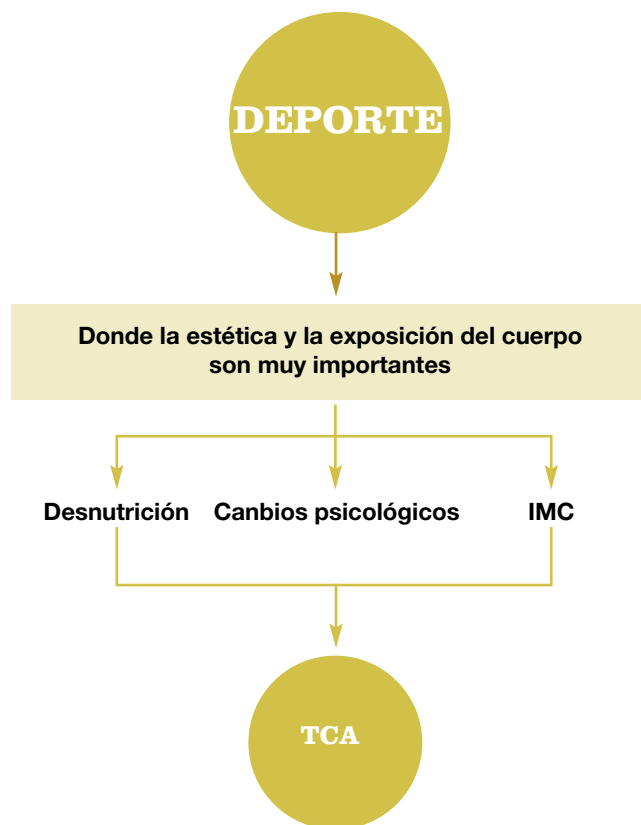
implica del cuerpo, como por el cambio de alimentación que puede conllevar. Los especialistas calculan que se multiplica por cinco el riesgo de sufrir un trastorno del comportamiento alimentario entre los deportistas de élite.

Una vez iniciado el tratamiento, Paula deberá abandonar la actividad física y, por lo tanto, no podrá seguir entrenando, ya que eso supondría un riesgo para su salud desde el punto de vista físico; y no olvidemos que ya ha sufrido el primer desmayo, señal de alarma que no ha pasado desapercibida a la entrenadora. También ha comentado a los padres que el **índice de masa corporal (IMC)** de su hija es demasiado bajo. Este índice se calcula según la siguiente fórmula matemática: **peso/altura²**. El resultado de esta fórmula da un valor que debe compararse con unas tablas específicas, si el/la muchacho/a tiene menos de dieciséis años. Si tiene más, el baremo general nos indica que con un valor de 20 a 25 el peso es normal, entre 26 y 30 hay sobrepeso, entre 18 y 19,5 hay infrapeso, y por debajo de 17,5 hay riesgo de sufrir un trastorno del comportamiento alimentario, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuando el valor del IMC se sitúa entre 14 y 15, se recomienda el ingreso hospitalario total en una unidad de tratamiento específica de trastornos del comportamiento alimentario, como le ha ocurrido a Paula. Durante todo el proceso de tratamiento que Paula y sus padres acaban de iniciar, lo más importante es seguir las pautas que les dará el especialista. Se les recomendará que



Mapa conceptual

Paula deje, al menos temporalmente, el deporte; que se le reinicie una **alimentación adecuada** en la que se incluyan todos los tipos de alimentos en las cantidades adecuadas; que se evite hablar de comida y/o de peso y de aspecto físico delante de ella durante todo el tratamiento; que se busquen conjuntamente actividades que puedan resultarle agradables y que no tengan nada que ver con el deporte; que se favorezca el hecho de que salga con los amigos, etc. Posiblemente, después del ingreso hospitalario, Paula deberá acudir durante un tiempo a un hospital de día, donde trabajarán, conjuntamente con otros chicos y chicas que sufren el mismo trastorno, su imagen corporal, su autoestima y sus habilidades sociales, y se le darán conocimientos sobre nutrición y alimentación, y también sobre el deporte. En el marco del tratamiento psicológico, deberán corregirse sus ideas erróneas sobre el cuerpo y la alimentación, especialmente la creencia de que “el cuerpo es infinitamente modelable” que Paula tiene tan interiorizada. Inevitablemente, Paula y sus padres acaban de comenzar un largo camino de tratamiento, con el objetivo de restablecer su salud y recuperar su vida normal.



¿Qué podemos hacer desde casa?

La cultura del **esfuerzo** no es la principal protagonista de una sociedad que se autoimpone unos mínimos de exigencia y unos máximos de confort. Pero en el ámbito deportivo los parámetros indicados difieren: el esfuerzo pasa a ser un valor en sí mismo y los sacrificios destinados a conseguir la meta deseada se hacen con gusto y dedicación, de modo que se pone en peligro incluso la propia salud física, psicológica y emocional.

Se trata de una **autoexigencia** que, a pesar de que en muchos casos es propia y deseada, puede convertirse tanto en fuente de crecimiento personal como en causa de indeseables desordenes.

Si bien es bueno que deseemos destacar positivamente en lo que hacemos, también es cierto que podemos pagar un precio demasiado alto cuando el esfuerzo lo dirigimos a un objetivo equivocado.

Aprender a distinguir el esfuerzo útil del esfuerzo inútil no es fácil pero sí posible y, sobre todo, muy enriquecedor cuando hay que valorar riesgos con sentido. Sería conveniente que los padres pudieran ayudar a los hijos afectados por un TCA a resituar el cuerpo, el deporte y la comida en su propia escala de valores, hasta conseguir que dejen de ocupar un lugar preferente.

Al igual que se hará en el tratamiento psicológico, también desde casa se puede contribuir a corregir las ideas erróneas sobre el cuerpo y la alimentación, especialmente la creencia de que “el cuerpo es infinitamente modelable”, o que “todo vale para tener un cuerpo perfecto y ser competitivo”. Los padres, con nuestra actitud y nuestras acciones, nos convertimos en referentes muy importantes para nuestros hijos e hijas. Por ello es necesario que moderemos, como padres, nuestro perfeccionismo, los niveles de autoexigencia desmesurada y que evitemos proyectar en nuestros propios hijos lo que hubiéramos deseado conseguir nosotros. Debemos tener esto en cuenta, especialmente en los casos en que los padres o algún familiar muy directo son los que presionan al niño o al adolescente para que se inicie y se mantenga en un nivel deportivo muy competitivo, a menudo incompatible con una vida saludable y, como hemos visto en algunos casos, determinante para sufrir un TCA.

Desde casa podemos intentar contribuir a conseguir un equilibrio entre los aspectos físicos, psíquicos, emocionales y sociales, un equilibrio que, a menudo, muchos jóvenes tienen dificultades en conseguir.



Evitemos modelos que potencien los trastornos del comportamiento alimentario, como son el perfeccionismo, la autoexigencia, etc., comenzando por nosotros mismos. Este mensaje llegará a nuestros hijos en la medida en que seamos coherentes proponiendo otros modelos y pautas de referencia en nuestro día a día.

No debemos crear expectativas respecto al hijo o hija, sino respetar su evolución y su autorrealización.

Palabras clave

Alimentos prohibidos
Autoexigencia
Dieta
Esfuerzo
Deportistas de élite
Ingreso
Perfeccionismo
Régimen



Capítulo 6:

Los trastornos del comportamiento alimentario y las recaídas

¿Qué hemos hecho mal para que a nuestra hija le pase esto?

Cuando se trata de ir más lentamente, lo mejor es comenzar despacio.

C. Honoré

Mercedes y José están muy preocupados. Cuando Eugenia era casi adolescente, comenzó a decir que estaba muy gorda y, poco a poco, fue dejando de comer y, en consecuencia, se adelgazó. Al principio no hicieron caso; la madre le hacía el régimen que ella pedía, y listos. Pero cuando vieron que había perdido mucho peso y ella seguía diciendo que estaba gorda, se asustaron. Fue entonces cuando decidieron llevarla a un especialista en trastornos del comportamiento alimentario, ya que en el instituto les dijeron que posiblemente Eugenia tenía anorexia nerviosa. El proceso de tratamiento fue largo y lleno de altibajos, pero al cabo de unos cuantos años, finalmente, lo superó, acabó la universidad y parecía que en casa había vuelto a la normalidad. Sin embargo, cuando le dieron el alta terapéutica, los especialistas ya les avisaron de que podía volver a producirse. Les explicaron que, cuando una persona ha sufrido una enfermedad mental, ante situaciones difíciles de la vida es más fácil sufrir una recaída de la misma enfermedad.

MERCEDES: - José, recuerda lo que dijo el médico: en los trastornos del comportamiento alimentario son muy frecuentes las recaídas y Eugenia vuelve a sufrir una ahora.

JOSÉ: - Pero es que ya son demasiadas veces y vuelve a ser lo de siempre: obsesión por perder peso, los vómitos a escondidas, los cambios de humor... Ahora que parecía que las cosas empezaban a ir mejor...

M.: - No lo creas. Ya hacía días que notaba que algo no iba bien: volvía a tener la mirada triste y pérdida... Y desde que rompió con Ignacio las cosas han empeorado.

J.: - La culpa no es de que haya roto con Ignacio... creo que nuestra hija no conseguirá librarse nunca de la maldita anorexia.

M.: - ¡ No sé qué hemos hecho mal para que le pase esto a nuestra hija!

J.: - Mercedes, lo hemos hecho lo mejor que hemos sabido y, quizá sí que a veces la hemos mimado un poco; pero ¿qué le vamos a hacer? siempre ha sido tan responsable y afectuosa... Además, la hemos educado como al resto de nuestros hijos, y ¡Juan y Clara no nos han dado tantos problemas!

M.: - Quizá sí, pero es que estoy tan cansada... no sé si podemos ayudarla a superar la enfermedad. Empezó cuando aún era una niña...

J.: De hecho, al principio no hicimos caso de su obsesión por las dietas y por querer perder peso. Quizá sí que le sobraban algunos kilos, pero ¿quién podía imaginar a dónde la llevaría esta maldita obsesión?

M.: - Yo misma cedí y acepté hacerle la comida de régimen que ella me pedía, hasta que las cosas comenzaron a descontrolarse.

¿Qué dice el especialista?

Comenzó la pérdida de peso, pero también los vómitos y la obsesión por la comida... ¡Esa pesadilla invadió nuestra casa!

J.: - Nunca ha querido que le digamos lo que debe comer, y ya sabes, aunque intentes forzarla a comer...

M.: - A quien parece tenerle más rabia es a mí. Y me resulta tan difícil la relación con Eugenia...

J.: - Déjala hacer. Ella ya sabe que si pide ayuda y sigue las prescripciones de su terapeuta puede superarlo, o, como mínimo, controlarse.

M.: - Para ti es muy fácil de decir, porque no estás con ella durante las comidas ¡viendo que se niega a comer! Yo solo quiero ayudarla! Si sigue así, puede acabar muy mal...

J.: - Ya sé que lo que quieres es ayudarla, pero si ella no se deja ...

M.: - El otro día incluso llegó a decirme que le daba asco verme comer, oír como masticaba delante de ella. Me pidió que la dejara comer sola, que confiáramos en ella porque estaba pasando una mala época pero que la superaría...

J.: - Lo que hemos de conseguir es que vuelva al especialista.

M.: - Quizás cuando se dé cuenta de que se está quedando sola y que no puede seguir así, cuando de verdad toque fondo, entonces empezará a comprometerse con el tratamiento...

A pesar de tratarse de una problemática compleja, una ventaja de la situación descrita en el caso presentado es que ahora es más fácil reconocer los síntomas de recaída en el trastorno y, en consecuencia, podemos intervenir con mayor rapidez.

Ahora Eugenia ya es adulta y, por lo tanto, las decisiones relativas a cuando hay que iniciar el tratamiento para superar la recaída las tomará ella misma. De todas formas, la familia también es muy importante para ayudarla a reconocer que está más triste, que le ven la mirada perdida, que ya no quiere comer acompañada, que vuelve a estar muy preocupada por el consumo de calorías o por la talla de ropa que utiliza y que, en general, la relación con la familia y los amigos es más difícil y por eso está más sola o aislada voluntariamente.

Las personas que sufren un trastorno del comportamiento alimentario, como Eugenia, a menudo sufren alguna recaída: a veces se vuelve atrás, hacia viejos patrones de conducta o formas de pensar enfermizas. Pero también es importante tener en cuenta que las personas afectadas por un trastorno del comportamiento alimentario, que van siguiendo un tratamiento especializado, aprenden a darse cuenta rápidamente de que comienzan a caer en aquellas viejas prácticas y saben qué deben hacer para superar el mal momento. Por este motivo, es importante que Eugenia vuelva a buscar ayuda especializada y, de esta forma, pueda afrontar de nuevo la enfermedad. Sufrir una recaída no significa que la persona se halle en el mismo punto en que estaba cuando se inició la enfermedad. Significa que ha dado un paso atrás, pero la experiencia jugará a su favor para superar este retroceso y poder seguir adelante.



Pero ¿por qué se produce la recaída? Existen distintas **situaciones**, que podríamos denominar **de riesgo** y que pueden explicar la aparición de ese retroceso en el proceso de recuperación de un trastorno del comportamiento alimentario. A continuación se describen los antecedentes más frecuentes que llevan a una persona como Eugenia a sufrir de nuevo los síntomas de la enfermedad.

- El hecho de no hacer todas las comidas del día, o de empezar a disminuir las raciones de comida. Esto le provoca hambre e incrementa el riesgo de descontrolarse de nuevo con la comida y la posterior aparición de sentimientos de culpa. Los padres de Eugenia explican que, poco a poco, iba disminuyendo lo que comía.
- La continuación del **perfeccionismo extremo**: “O las cosas se hacen bien o mejor no hacerlas”. Ese pensamiento dicotómico incrementa mucho el riesgo de frustración y el hecho de que la persona acabe abandonando el tratamiento, ya que no se considera lo “suficientemente buena” como para conseguir superar el trastorno.
- La aparición de **cambios corporales inesperados**, que pueden provocar de nuevo el incremento de la insatisfacción corporal.
- La familia, especialmente los padres o la pareja, siguen haciendo dietas restrictivas y evitan alimentos que consideran que engordan demasiado; o toleran o fomentan que la persona afectada realice esas dietas sin prescripción médica.
- Si la mejoría anterior se ha basado en concesiones por parte de la familia del tipo “Si no vomito, me daréis tal cosa” o

“Como si me dejáis ir a tal concierto”, la hija o el hijo puede volver a recaer para obtener esos beneficios.

- Situaciones que pueden hacer aparecer de nuevo el **miedo a madurar y crecer**, como por ejemplo una entrevista de trabajo importante, la cita con la persona que le gusta...
- El hecho de haber abandonado el tratamiento antes de que el terapeuta haya aconsejado el alta del o de la paciente.

Estas son algunas situaciones que pueden propiciar la recaída de una persona que ha sufrido un trastorno alimentario o que intenta superarlo. Algunas de las situaciones explicadas responden, en realidad, a una falta de trabajo correcto de los factores, principalmente psicológico, que han llevado a la persona a sufrir un trastorno del comportamiento alimentario. Por este motivo, ante una recaída, es muy aconsejable volver a consultar con el especialista a fin de profundizar en lo que perpetúa el trastorno, así como en la prevención de nuevas recaídas. El especialista insistirá y trabajará en la motivación para el cambio de la persona afectada por un trastorno alimentario y, de este modo, hará que acabe responsabilizándose de su propia recuperación y comprometiéndose con el tratamiento.

Finalmente, cabe señalar que las recaídas suelen producirse durante el primer año de alta después del tratamiento, a pesar de que también pueden aparecer durante los cinco años posteriores, si se producen situaciones adversas (en el caso de Eugenia, la ruptura con su pareja puede convertirse en un precipitante de la recaída) o muy difíciles de superar por parte de la paciente.

Mapa conceptual



¿Qué podemos hacer desde casa?

Los adultos tendemos a sentirnos “culpables” de gran parte de los acontecimientos más o menos negativos que les toca vivir a nuestros seres queridos, y de forma especial cuando se trata de los hijos. La pregunta “¿Qué hemos hecho mal?” puede incluso convertirse en “automática” y poco sana.

El sentimiento de culpa paraliza, empobrece, mientras que la responsabilidad dinamiza y la paciencia enriquece.

El “camino” de la paciencia y la “vía” de la responsabilidad (no de la culpabilidad) pueden desacelerar el ritmo de nuestras vidas. Si tuviéramos esto más en cuenta quizá nos sería muy útil en la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Los padres de Eugenia han de “reaprender” a combinar acertadamente su afecto y su control sobre la hija que les hace sufrir, sobre todo porque ella sufre. El filósofo alemán Kant utilizó una metáfora para simbolizar el equilibrio necesario que debería existir entre la libertad y la autodisciplina. Nos dice que para sentirnos libres (como la paloma que vuela por el cielo) ha de haber un cierto nivel de autodisciplina (representado por el aire que facilita que la paloma pueda volar, pero que, a la vez, la frena). La paloma podría volar más rápido si no hubiera aire, pero al mismo tiempo, sin aire, no podría volar. Del mismo modo, la libertad necesita de un cierto control emocional para existir. Este equilibrio es el que, a menudo, les falta a las personas


afectadas por un TCA y lo que los familiares y amigos debemos intentar ayudar a conseguir, no culpabilizándonos, pero sí responsabilizándonos y afrontando la realidad.

Una palabra que aparece a menudo en los pensamientos y las conversaciones de los familiares de afectados por un TCA es esperanza. Para diferentes especialistas, la esperanza no es sólo una visión ingenua de que todo irá bien. Snyder la define como “la creencia de que uno tiene la voluntad de conseguir sus objetivos y dispone de la forma de hacerlo”. La esperanza significa que uno no se rinde a la ansiedad, el derrotismo o la depresión cuando se halla ante obstáculos o dificultades. Por eso es necesario que las personas próximas a los afectados por un TCA utilicen expresiones positivas, esperanzadoras, etc. Y, si hablamos de esperanza, también deberíamos hacerlo de optimismo. El optimismo significa tener grandes expectativas de que, en general, las cosas irán bien a pesar de los contratiempos y las frustraciones. El optimismo impide caer en la apatía, la desesperanza o la depresión. Los optimistas consideran que los fracasos se deben a alguna cosa que se puede cambiar. Aunque es cierto que el temperamento de la persona ya marca una tendencia a ser más optimista o más pesimista, parece que esta tendencia puede modularse o matizarse con la experiencia. Por lo tanto, y guiándose siempre por el realismo, es necesario que los padres tiendan a tener una visión optimista y positiva del proceso de

recuperación de la enfermedad. La esperanza y el optimismo son dos de los factores más importantes de la resiliencia. Entendemos por resiliencia la capacidad de una persona o de un grupo de afrontar las adversidades, sobreponerse a ellas y salir de ellas más fuertes o transformados, para continuar proyectándose en el futuro a pesar de la presencia de acontecimientos desestabilizadores, condiciones de vida difíciles o traumas graves.

Educar como padres, desde la resiliencia, es promover el potencial humano en lugar de destacar únicamente lo que no va bien, y centrarse en los esfuerzos y las capacidades de las personas. Y, pensando en nuestro hijo o hija, fijarse en la persona más que en sus déficits, en sus fortalezas más que en sus debilidades, en sus posibilidades más que en sus limitaciones. Aunque en estos momentos sea una persona difícil de llevar, y más aún si la comparamos con el resto de hermanos.

José, el padre de Eugenia, hace referencia, a través de su testimonio, al resto de hijos. José dice: “[...] Juan y Clara no nos han dado tantos problemas”. La comparación entre hermanos no funciona nada bien, y debe tenerse siempre en cuenta que, a pesar de tener el mismo vínculo familiar, se trata de personas distintas, y que las orientaciones o interacciones también tienen que serlo. Una vez que se inicie el tratamiento, deberemos velar porque el resto de



hermanos no interpreten que se les deja de prestar la atención que antes recibían de los padres, que el hermano o hermana enferma recibe muchos beneficios por el hecho de sufrir un trastorno del comportamiento alimentario. Es importante tener en cuenta que a veces los comportamientos alimentarios patológicos pueden contaminarse entre los hermanos, con el riesgo, en algunos casos, de que se acabe produciendo un TCA como un intento de llamar la atención. Una de las fuentes de los trastornos alimentarios es de base genética. Por esta razón, los hermanos de Eugenia son quizá, en parte, más vulnerables a sufrir una enfermedad de este tipo. Los padres tenemos que ver que detrás de la enfermedad siguen existiendo Eugenia y el resto de hermanos: hay que evitar que la enfermedad sea el centro de la familia.

Un recurso para José y Mercedes son las asociaciones de familiares y afectados por trastornos del comportamiento alimentario. Estas pueden convertirse en una herramienta útil para las familias, para entender mejor qué significan estas enfermedades, así como para encontrar el apoyo emocional que tantas veces necesitan, especialmente en los casos en que el trastorno implica un largo tiempo de evolución.



Ambos progenitores deberían dar un único mensaje. La unión hace la fuerza, y también le da fuerza al mensaje. Como padres, tenemos que actuar unidos. Los hijos saben a quién pedirle cada cosa. Cuales son nuestros puntos débiles. Ante la enfermedad no debe existir confrontación, sino unión. Es necesario que los padres hayan hablado antes y hayan llegado a un consenso acerca de la forma en que acompañarán a su hijo o hija en este proceso, y siempre en un mensaje común de aceptación de la enfermedad y de enfrentamiento con ella. De ese modo, todo será más fácil y claro.



Palabras clave

Cambios corporales inesperados
Optimismo
Paciencia
Perfeccionismo extremo
Miedo a madurar y crecer
Recaída
Resiliencia
Sentimiento de culpa



Capítulo 7:

La pareja y los trastornos del comportamiento alimentario

¿Cómo puedo ayudar a Rosa?

Una familia inteligente será la que establezca lazos de afecto, de colaboración y de comunicación que hagan sentirse a todos sus miembros más animosos y seguros, más creadores y felices.

J.A. Marina

A mi esposa, Rosa, hace tres años que le diagnosticaron anorexia nerviosa. Ahora tiene treinta y cuatro años y somos padres de Pablo, que acaba de cumplir los cinco. Desde que Rosa cayó en este grave trastorno, hemos vivido la peor pesadilla que podía imaginar.

Rosa era una muchacha muy segura de sí misma, bonita, con un cuerpo envidiable y que despertaba simpatía entre quienes la rodeaban. Pero, como hace poco me ha confesado, “todo esto, Juan, era solo una fachada, una coraza para que nadie descubriera como soy en realidad”.

Aparentemente, en su trabajo tenía éxito y las cosas le iban muy bien. Es cierto que era excesivamente responsable y perfeccionista y a veces esto le ocasionaba problemas con el resto de compañeros.

Siempre ha estado muy pendiente de su físico, contando las calorías de lo que come y prefiriendo los productos en cuya envoltura aparece la palabra “light”. Desde que estamos juntos la he visto intentar hacer dieta y privarse de comida, especialmente al día siguiente de haber salido a cenar o de alguna celebración. Yo creía que se trataba de simples manías y, cuando algún día no quería cenar, no le daba mucha importancia. No podía imaginarme lo que estallaría después. Y de hecho ha estallado.

Todo se destapó cuando se quedó embarazada de Pablo. Cada vez estaba más preocupada por los kilos que iba engordando, y me comentaba que cuando tuviera la criatura los quería perder inmediatamente. Apenas salió del hospital empezó a dejar de comer. Iba perdiendo peso rápidamente, pero nunca era suficiente para ella. Me prometía que cuando la báscula marcara 55 kg pararía, pero no fue así. Cada vez costaba más razonar con ella, y fueron apareciendo problemas de relación muy graves. También en las relaciones sexuales, que al cabo de poco tiempo desaparecieron. Poco a poco nos íbamos distanciando: yo quería ayudarla, pero no encontraba la forma de hacerlo.

Un día, cuando físicamente estaba muy débil, con un índice de masa corporal (IMC) de 16, se levantó y me dijo que había tocado fondo. Reconoció que sus padres y yo teníamos razón y que necesitaba ayuda.

Esta mañana ha ingresado en la unidad de trastornos del comportamiento alimentario de un gran hospital de nuestra ciudad y ha empezado el tratamiento.

¿Qué dice el especialista?

Juan tiene motivos para estar preocupado. Ha estado navegando por Internet y ha encontrado tanta información que ya no sabe qué creer y qué no. Lo que más le ha sorprendido es saber que la anorexia nerviosa es una enfermedad que afecta sobre todo a las adolescentes y, en cambio, a Rosa, una adulta de treinta y cuatro años, le diagnosticaron la enfermedad hace solo tres. ¿Puede ser que los especialistas se hayan equivocado?

Actualmente esta información no es exacta: se ha demostrado que hay otros **períodos de riesgo**, a parte de la **adolescencia**, como por ejemplo los **embarazos**, justamente por los cambios físicos que experimenta el cuerpo de la mujer. Una pregunta frecuente que se plantea el compañero de una embarazada es si realmente su compañera quería pasar por un embarazo. No es exactamente el hecho de no querer tener hijos lo que preocuparía a la posible afectada, sino la preocupación por el aumento de peso y los cambios metabólicos que le puede suponer.

Juan se refiere también **al índice de masa corporal (IMC)** de Rosa. Como hemos visto anteriormente, este índice es el resultado de dividir el peso por la altura al cuadrado ($\text{peso}/\text{altura}^2$). Si el valor resultante es inferior a 17,5, es un indicador de la posible presencia de un trastorno del comportamiento alimentario, como la anorexia nerviosa. Juan comenta que Rosa ha llegado a presentar un IMC de 16. En estos momentos, presenta un infrapeso grave, y en su caso el



bajo IMC representa un riesgo real para su salud. En este sentido, debemos comentar que una de las consecuencias físicas y psicológicas más frecuentes derivadas del bajo peso es la retirada de la menstruación, lo cual provoca una drástica disminución de la libido sexual y, en general, de la capacidad de disfrutar de las relaciones sexuales.

Rosa, durante mucho tiempo, ha estado negando que le pasara algo. Esta **negación de la enfermedad** es característica en el caso de la anorexia nerviosa y retrasa el momento de solicitar ayuda profesional. A veces, para la persona enferma, el hecho de reconocer que sufre una enfermedad como la anorexia nerviosa significa reconocer que no es perfecta. El perfeccionismo extremo, como hemos comentado en otros capítulos, es característico de este trastorno. En algunas ocasiones la persona afectada no se decide a pedir ayuda hasta que siente que ha tocado fondo. Sin embargo, Rosa ha decidido ponerse en manos de los especialistas y comenzar el tratamiento. Juan la podrá ayudar desde casa a partir de las indicaciones que le dé el especialista.

En los casos de anorexia adulta, no puede obviarse que los problemas de pareja pueden ser cada vez más importantes y dificultar una buena relación. Incluso podría ser recomendable consultar a un experto en terapia de pareja, ya que una terapia de este tipo puede ser muy beneficiosa en el tratamiento concreto del trastorno del comportamiento alimentario que sufre Rosa.

Mapa conceptual



¿Qué podemos hacer desde casa?

Juan quiere mucho a Rosa y también valora mucho la complicidad y confianza que siempre había existido entre ellos. Ahora Rosa está enferma y las cosas han cambiado, pero está convencido de que será algo temporal, ya que su pareja le ganará la partida a la enfermedad.

Rosa sufre anorexia nerviosa, y a partir de su testimonio hemos comprobado que los trastornos del comportamiento alimentario no son exclusivos de la adolescencia o la juventud. También las personas adultas pueden sufrir o seguir sufriendo este tipo de enfermedades. En estos casos, evidentemente, la pareja que convive con la persona afectada tendrá un protagonismo muy significativo. Será muy importante que la pareja tenga claro que la forma en que Rosa podrá superar la enfermedad es iniciar un tratamiento.

Juan, como otras parejas, querrá acompañar a Rosa en el proceso terapéutico que va a empezar. Pero ¿cómo puede Juan apoyar a Rosa para favorecer su recuperación? Se recomienda evitar, durante las comidas y en las conversaciones de casa, hacer **comentarios sobre la comida**, el cuerpo o las calorías. Pero a la vez, por descontado, es recomendable **favorecer el diálogo y la comunicación**. Es importante que el compañero se interese por las actividades y las preocupaciones laborales o familiares de Rosa, y hablar a menudo de las cosas que le gustan y de las que quizá hace tiempo que no hablan.



También el compañero, a partir de ahora y durante una temporada, puede **encargarse de hacer la compra**, evitando los productos o alimentos dietéticos, a excepción de lo que haya recomendado el especialista. Asimismo, es conveniente que evite comprar revistas que hablen de cuestiones relacionadas con dietas y alimentación. En el caso de Rosa, también es aconsejable buscar **actividades agradables** para hacer los tres **juntos** (ir a pasear al parque con Pablo, salir, etc.).

Sin embargo, favorecer actividades que puedan ayudar a Rosa no significa adoptar el papel de terapeuta. Hay muchos compañeros que, ante la enfermedad de la esposa, asumen el rol de terapeuta y quieren guiarla sobre cómo resolver “todos” los problemas. La persona enferma puede experimentar la sensación de estar continuamente vigilada y controlada, y eso puede propiciar un notable aumento de su ansiedad. Puesto que la persona se siente constantemente vigilada, podría ser que sus comportamientos patológicos para con la alimentación se conviertan en más secretos. Eso no facilitará que la persona se sienta relajada y comprendida y tampoco que aumente la confianza en su pareja. Más bien “deseará” quedarse sola a fin de dejarse ir ante la gran ansiedad que siente. Es importante que sepamos estar a su lado y no sobre ella, recordando que somos su pareja, no su terapeuta. Se trata de recuperar la complicidad, la **confianza** mutua y la **comprensión** en que se basan las relaciones de pareja.



En este proceso de acompañamiento, es importante que la pareja de la persona afectada por un TCA evite comentarios y valoraciones que no estén en la línea de la autoaceptación y el equilibrio en las conductas alimentarias. Tenemos que darnos cuenta de que el hecho de soltar frases del tipo “Puede que sí que te sobren algunos kilitos” o “Si te hicieras unas infiltraciones estarías aún más guapa”, o el de abusar de términos supuestamente afectuosos como “gordita”, “gordi” o similares podrían ser elementos perjudiciales, porque seguramente ayudarían a desarrollar un TCA, a mantenerlo o a hacer que se recaiga en la enfermedad.

Para que Juan pueda ayudar a Rosa, es importante que también él esté abierto a recibir apoyo si fuera necesario. De entrada necesita tener personas a su lado que le ayuden. Hay momentos en que para dar es necesario recibir. Las enfermedades son a menudo adversidades con las que queremos cargar solos, como si el hecho de compartir la carga con los demás equivaliera a demostrar nuestra vulnerabilidad, nuestra imperfección. Pero todo el mundo sabe que cualquier peso, si se comparte, es mucho menos pesado. Así pues, si podemos compartir nuestro dolor con otras personas, si podemos recibir afecto y apoyo, nosotros, como padres o como pareja, también podremos aligerar nuestra carga y recuperar fuerzas para seguir adelante.

Muestra a tu pareja que la quieres como persona, independientemente de los cambios que pueda tener en el aspecto corporal.

Las personas que acompañan a un enfermo deben cuidar de ellas mismas para poder cuidar a los demás.

Palabras clave

Aceptación de los cambios
Comprensión
Comunicación
Confianza
IMC
Períodos de riesgo
Apoyo a los familiares / pareja
UTCA



Capítulo 8:

Otros trastornos del comportamiento alimentario:

la vigorexia

“Marcos no puede dejar de ir al gimnasio”

Sabemos lo que somos, pero no sabemos lo que podemos llegar a ser.
Shakespeare

Marcos fue un niño de constitución grande y, antes de hacer el cambio, en la adolescencia, tendió a presentar algo de sobrepeso. El pediatra lo había comentado en alguna revisión rutinaria, pero a parte de prescribir algún régimen no le había dado más importancia. Marcos sí le daba importancia, ya que siempre manifestaba que era el más grande de la clase y que creía que estaba gordo. Algunos compañeros se reían de él: de su físico. Nosotros le animábamos explicándole que, cuando hiciera el cambio, adelgazaría y se convertiría en un chico alto y fuerte, y que los que ahora se reían de él, tendrían que callar. Empezó a vestirse con ropa muy deportiva y amplia para disimular la parte del cuerpo que más odiaba: la barriga. Más de una vez había intentado seguir una dieta, pero pronto se cansaba y volvía a comer como antes.

La psicopedagoga de la escuela había hablado con nosotros alguna vez, ya que parecía que Marcos tenía baja autoestima y le costaba relacionarse con los compañeros. Nosotros, al principio, nos preocupamos un poco, pero parecía que a medida que iba pasando el tiempo Marcos se veía más contento.

Hace un año se apuntó al gimnasio, y podríamos decir que su vida cambió. De ser un chico gordito pasó a ser el típico chico musculado de gimnasio. Su dieta también ha cambiado y actualmente rehuye todos los alimentos que contienen grasas y quiere comer exclusivamente alimentos ricos en

proteínas e hidratos de carbono. Su imagen le preocupa muchísimo y los complejos vitamínicos y proteínicos y la ropa ocasionan un gran gasto.

Ahora Marcos ya tiene dieciocho años y nos cuesta mucho encontrar la forma de hacerle entender que estamos preocupados por él y porque las cosas no van bien. La práctica del deporte ha pasado de ser un entretenimiento a ser una obsesión: nunca tiene suficiente. Va diariamente al gimnasio y no consigue verse bien. Marcos ha cambiado mucho, y lejos de estar más contento, cada día le vemos más triste y preocupado. Si bien al principio parecía que el físico le daba la seguridad que siempre le había faltado, ahora es todo lo contrario: nunca se siente lo bastante bien ni con su físico ni con sus capacidades, suele quedarse en casa y se relaciona exclusivamente con los compañeros del gimnasio.

Hemos oído hablar de la vigorexia. ¿Es esto lo que le ocurre a nuestro hijo? ¿Cómo podemos ayudarle?

¿Qué dice el especialista?

La práctica del deporte es saludable para el organismo; pero este no es el caso de Marcos, y por eso sus padres están preocupados. Como muy bien nos explican, ya les había preocupado antes el hecho de que era un chico más bien **introvertido** y con pocos amigos, además alguna vez, en la escuela le habían dicho que estaba gordo. Estas burlas por parte de los compañeros le daban mucha rabia, tanta que cuando volvía a casa le pedía a su madre que no le hiciera bocadillo para desayunar porque no quería que esos niños le vieran comer; pero tenía hambre y nunca conseguía seguir un régimen, ni siquiera cuando lo ordenaba el pediatra en las revisiones rutinarias. Todas estas situaciones describen un perfil de mayor riesgo de sufrir un trastorno del comportamiento alimentario.

En el caso de Marcos, los síntomas que presenta nos hacen pensar en un trastorno del comportamiento alimentario no especificado, conocido popularmente con el nombre de **vigorexia**. La vigorexia es un trastorno mental y, por tanto, no estrictamente alimentario, a pesar de que lo que observan las personas que rodean al enfermo sea su severa alteración alimentaria y la práctica desmesurada de ejercicio físico.

La mayoría de personas afectadas por este trastorno son hombres, aunque también puede darse en mujeres. También es importante añadir que, a pesar del incremento del número de personas que presentan la sintomatología de este

cuadro, aún no ha sido catalogado como enfermedad diferenciada de un trastorno del comportamiento alimentario no especificado.

Al igual que Marcos, las personas que sufren vigorexia experimentan una gran obsesión por muscularse, y es por ello que se están mirando al espejo constantemente. Es precisamente la obsesión por verse musculadas lo que hará que las personas que sufren este síndrome presenten una importante insatisfacción con su propio cuerpo. Esta preocupación excesiva por el aspecto físico, que se ha convertido en una obsesión, se refleja en una **práctica desmesurada de ejercicio físico** con un único objetivo: obtener más masa muscular. A pesar de estar cada vez más musculadas, las personas afectadas por la vigorexia no dejan de contemplarse obsesivamente y se siguen viendo esmirriadas y poco fibrosas. Al igual que las personas anoréxicas, tienen una visión distorsionada de su propio cuerpo.

Además del aumento de la actividad deportiva, las personas que sufren este trastorno del comportamiento alimentario también modifican su alimentación. Los padres de Marcos afirman que su dieta ha cambiado y que en la actualidad se compone básicamente de alimentos ricos en **proteínas** y carbohidratos. Y que ha introducido **complementos vitamínicos y proteínicos**.



Esta alteración alimentaria tiene como objetivo aumentar el volumen muscular. Pero conviene saber que el hecho de consumir proteínas e hidratos de carbono en exceso tiene consecuencias negativas para la salud.

Las personas que sufren este síndrome, a parte de modificar su dieta, puede que también consuman anabolizantes, derivados sintéticos de la testosterona (hormona sexual masculina), a fin de obtener el incremento deseado de la masa muscular y de disminuir la fatiga. Estos productos dopantes pueden provocar efectos adversos, como problemas de impotencia, crecimiento desmesurado de las glándulas mamarias, acné, caída de los cabellos, depresión, euforia, irritabilidad, etc. y, en los casos más extremos, problemas de corazón y de hígado.

Hasta ahora hemos insistido en los problemas físicos que puede provocar la vigorexia. Aún así, no debemos olvidar que estamos ante un trastorno mental grave y que las consecuencias psicológicas también serán importantes. Los padres de Marcos nos hablan de los cambios de humor, del aislamiento y de la importante reducción de las relaciones sociales de su hijo.

Para poder ayudarle es importante que insistan en estos cambios emocionales. Es necesario que le expliquen justamente que están preocupados porque siempre habla mal de sí mismo, que le ven más triste y que ya no sale con los

amigos, y que aunque él esté convencido de que no le pasa nada, quizás habría algún profesional (especialista en trastornos del comportamiento alimentario) que le ayudaría a dejar de sufrir como seguramente está sufriendo ahora. El especialista en trastornos del comportamiento alimentario, en el caso de que diagnostique este trastorno del comportamiento alimentario no especificado (vigorexia), prescribirá el tratamiento adecuado a fin de que el comportamiento y los pensamientos obsesivos de Marcos dejen de poner en riesgo su salud mental y física.

Mapa conceptual



¿Qué podemos hacer desde casa?

Una nada desdeñable cantidad de los modelos que nos ofrece la cultura audiovisual masculina se caracteriza por la fortaleza física, por la capacidad de responder a las exigencias de una **belleza** externa que exige tiempo y dedicación.

Esta premisa también se hace evidente en el terreno del deporte. Pero ¿qué puede ocurrir cuando se superan los límites de lo razonable? Una vez más, en el punto medio encontramos la virtud del equilibrio y el sentido común para delimitar la “frontera” personal de cada uno, los límites que a menudo no queremos ver.

Cuando una actividad, un trabajo o una afición mandan más que nosotros... Cuando Marcos no puede dejar de ir al gimnasio, deja de ser dueño de su valiosa **libertad**.

Nuestra sociedad occidental nos remarca constantemente la importancia de presentarnos ante los demás. Vivimos en una sociedad donde se da una excesiva importancia a la **imagen externa** y, además, bajo un **modelo estético** muy estereotipado y excluyente. Y, aunque esto es cierto, es esencial remarcar que a menudo los chicos y las chicas dan demasiado protagonismo a su aspecto externo. Cuando viven pendientes de lo que los demás piensan y dicen sobre cómo debería ser su aspecto, o sobre cómo deberían comportarse, en realidad se rechazan a sí mismos: les falta la capacidad de **ser críticos** para con las opiniones de los demás sobre su aspecto físico.



Deberíamos destacar siempre ante nuestros hijos la importancia de “mirar y orientar el foco de luz” más hacia dentro que hacia fuera, y de no sentirse **esclavos del aspecto físico, del espejo, de la báscula...** Amarse y aceptarse a uno mismo, independientemente de lo que digan los demás, de lo que parece que se impone socialmente.

Debemos compartir con los hijos un **espíritu crítico** ante el modelo estético imperante en nuestra sociedad. La moda y la publicidad nos imponen un estereotipo de mujer extremadamente delgada (o de un perfil a menudo complicado que debería tener las medidas 90-60-90), y de un hombre exageradamente musculoso o también excesivamente delgado y esquelético, cuando por naturaleza la belleza es mucho más diversa. Podemos reflexionar conjuntamente sobre cómo luchar contra la esclavitud que a menudo suponen las tallas, las marcas, la falsa necesidad de hacerse operaciones estéticas, la obsesión por ir al gimnasio, etc.

La escritora Gemma Lienas, en su libro **El diario lila de Carlota**, reflexiona así sobre el mundo de la moda:

*“Lo de “para presumir hay que sufrir” no se ha hecho para mí... La estética no puede estar nunca por encima de la salud. Así pues, guerra a los zapatos de tacón alto, a la ropa demasiado estrecha, a los **piercings** en sitios peligrosos...”*

Lógicamente, no debemos obviar un nuevo fenómeno que en esta era digital puede suponer un verdadero peligro para nuestros hijos e hijas: las páginas pro bulimia y pro anorexia que los jóvenes pueden encontrar en Internet con gran facilidad. Los padres han de estar atentos al acceso de los hijos a estas páginas que hacen una clara apología de estos trastornos y que suponen un claro impedimento para la recuperación de muchas personas afectadas, y un gran riesgo de que muchos jóvenes acaben desencadenando un TCA. Hay que luchar por reducir al máximo su difusión o incluso reclamar su prohibición.

Palabras clave

Actividad deportiva desmesurada
Belleza
Complementos vitamínicos
Espíritu crítico
Introversión
Libertad
Modelo estético corporal
Proteínas

Glosario

A

aceptar: Consentir recibir o tomar (un ofrecimiento, una propuesta, etc.).

actividad deportiva desmesurada: Ejercicio físico realizado de forma intensa, por encima de las necesidades reales del individuo, que implica repercusiones para su salud física.

alimentos prohibidos: Alimentos, principalmente muy ricos en calorías, que las personas que sufren un trastorno del comportamiento alimentario suelen excluir de su dieta.

anorexia nerviosa: Trastorno psicológico que se caracteriza por comenzar y llevar una dieta restrictiva con el deseo de llegar a tener un peso por debajo del normal y mantenerlo. Esta pérdida de peso, al inicio, es voluntaria, pero después la persona pierde el control sobre su cuerpo.

asertividad: Capacidad de expresar de forma clara lo que se desea sin menospreciar los derechos de los demás. La asertividad sería la alternativa a la agresividad y la pasividad.

atracones: Episodios recurrentes de ingestión excesiva, descontrolada y rápida de alimentos, que provocan sentimientos de culpa en la persona afectada.

autocontrol: Habilidad de modular y controlar las propias acciones de forma adecuada; se trata de una especie de control interno.

autoestima: Capacidad que uno tiene de establecer su propia identidad y atribuirle un valor. Es la medida con la que una persona se aprueba y se acepta a sí misma y se predispone a adoptar distintas actitudes para afrontar la vida y la solución de sus problemas.

B

belleza: Conjunto de cualidades que, manifestadas sensiblemente, despiertan un deleite espiritual, un sentimiento de admiración.

bulimia nerviosa: Trastorno psicológico que se distingue de la anorexia nerviosa por la adopción de conductas de purgación (vómito, ejercicio físico en exceso, abuso de laxantes, etc.) con la única finalidad de no aumentar de peso, o incluso de reducirlo.

C

caloría: Unidad de medida de la energía que aportan los alimentos (de símbolo kcal, que equivale a 4,184 kJ).

complementos vitamínicos: Productos farmacéuticos elaborados a base de diversas vitaminas y minerales.

comunicación: Acción que permite el intercambio y que otra persona participe de lo que poseemos, compartimos, sabemos o sentimos. Puede ser de tipo verbal (utilizando el lenguaje) o **no verbal** (el tono de voz, los gestos, la expresión facial, la proxémica o distancia entre los interlocutores, etc.).

D

deportista de élite: Persona experta en alguna modalidad deportiva que practica regularmente, la cual se ha convertido, también en su actividad profesional.

desnutrición: Es la consecuencia de no seguir una dieta equilibrada en calidad y en cantidad.

diálogo: Conversación entre dos o más personas; no se trata de un intercambio de monólogos, sino de una comunicación en la que escuchar al otro es tan importante o más que lo que uno quiere decir.

dieta: Control del consumo de determinados alimentos, con o sin restricción cuantitativa.

disminución de las relaciones sociales: Dificultad en mantener las amistades y en compartir tiempo con los amigos.

E

empatía: Habilidad en el conocimiento de las emociones de los demás, de sintonizar emocionalmente, de convertir en nuestros sus sentimientos y emociones.

enfermedad multicausal: Enfermedad, el origen de la cual no se explica a partir de un único factor, sino a partir de la suma de muchos.

escucha activa: Capacidad de escuchar a los demás con atención e interés, intentando entender su punto de vista, sin prejuicios, dándole seguridad y confianza con nuestros gestos, nuestra mirada, con preguntas abiertas, siguiendo el hilo y sin interrumpir.

esfuerzo: Valor que consiste en desplegar la propia fuerza física o moral para vencer una resistencia, para conseguir algo venciendo dificultades.

especialista en trastornos del comportamiento alimentario: Profesional de la salud (psicólogo o psiquiatra) que está capacitado por su experiencia para realizar diagnósticos y dirigir el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario.

espíritu crítico: Cualidad que permite examinar y juzgar obras, personas y hechos de forma razonada y sin prejuicios.

I

imagen corporal: Es la representación que un individuo tiene de la apariencia física de su cuerpo. Esta imagen se forma bajo la influencia de actitudes, pensamientos y sentimientos que uno mismo desarrolla en relación con su cuerpo a lo largo de su experiencia vital.

índice de masa corporal (IMC) Denominado también índice de Quetelet, el IMC se basa en la relación entre el peso y la talla. Se obtiene dividiendo el peso de la persona por su altura elevada al cuadrado:

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso en kg}}{(\text{altura en m})^2}$$

Si el índice resultante es inferior a 17,5, se trata ya de un infrapeso importante.

ingreso: Estancia en un hospital en horario completo

intentos de esconder el cuerpo: Entre las personas afectadas por un TCA, puede aparecer la preocupación y el deseo de disimular con ropas amplias u oscuras las partes del cuerpo que tanto las disgustan.

introversión: Característica del temperamento, función mental general relacionada con la disposición natural del individuo para reaccionar de una forma determinada ante las situaciones.

L

libertad: Estado o condición de quien es libre, de quien no está sujeto a un poder extraño, a una autoridad arbitraria o a un deber o condición onerosa.

P

paciencia: Cualidad de quien sabe sobrellevar los males con fortaleza y sin quejarse.

patrón alimentario: Conjunto de alimentos que una persona ingiere habitualmente y que responden al colectivo al que pertenece.

período de riesgo: La adolescencia es el momento vital de mayor vulnerabilidad para desarrollar un trastorno del comportamiento alimentario, especialmente entre las chicas. En los últimos años, la franja de edad de inicio de estos trastornos se ha ampliado, tanto entre los niños como entre los adultos.

prevalencia: Proporción de casos afectados por un trastorno determinado (en nuestro caso, mental) respecto de la población general.

productos light: Un producto light es aquel en que el aporte energético es al menos un 30% más bajo que la de su alimento de referencia, es decir, el mismo alimento pero en la versión natural. La reducción energética se consigue disminuyendo la cantidad de producto o bien substituyendo los azúcares o las grasas por otros componentes menos calóricos.

pronóstico: En medicina, juicio que emite el médico en relación con los cambios que pueden sobrevenir durante el curso de una enfermedad y sobre su duración y terminación en función de los síntomas anteriores o los que la acompañan.

proteínas: Sustancias químicas compuestas de oxígeno, hidrógeno, nitrógeno y, a menudo, azufre, fósforo o hierro. Las proteínas tienen muchas funciones en las células de los seres vivos, ya que forman parte de la estructura básica de los tejidos (músculos, tendones, piel, uñas, etc.). Son imprescindibles para el crecimiento de los niños y para el mantenimiento del organismo en los adultos. La carne, las legumbres y la leche son ricas en proteínas.

R

recaída: Retorno a un estado anterior que parecía estar superado, o bien retorno a una fase activa de malestar después de una recuperación parcial. Una recaída implica la

aparición, de nuevo, de actitudes, pensamientos, sentimientos y conductas que forman parte de la enfermedad activa; en nuestro caso, de un trastorno del comportamiento alimentario.

régimen: En dietética, conjunto de normas que regulan la cantidad y la calidad de los alimentos que comemos.

resiliencia: Capacidad de una persona o de un grupo de afrontar las adversidades, sobreponerse y salir de ellas más fuertes o transformados, y de seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, condiciones de vida difíciles o traumas graves.

respeto: Acción de considerar a alguna persona o cosa de forma que nos lleva a ser tenidos en cuenta. Representa tener una mirada atenta hacia la otra persona.

S

sentimientos de culpa: Disposición emocional hacia algo que nos hace sentir mal.

señales de alerta: Indicadores en relación con la alimentación, peso, ejercicio físico, imagen corporal y comportamiento, cuya presencia puede indicar la manifestación de un trastorno del comportamiento alimentario.

sobreprotección: Estilo educativo que implica una excesiva atención y control sobre la persona.

T

trastorn del comportament alimentari (TCA): trastorno del comportamiento alimentario (TCA): Trastorno mental grave que se manifiesta a través de una importante alteración alimentaria y preocupación por el peso, aunque el origen es psicológico (baja autoestima, perfeccionismo extremo, ideas sobrevaloradas sobre el peso y la silueta, falta de sentido crítico, etc.). Entre los trastornos del comportamiento alimentario, se encuentran enfermedades como la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa entre otras. trastorno mental: Enfermedad con manifestaciones psicológicas o de comportamiento asociada con deterioro del funcionamiento a causa de alteraciones biológicas,

sociales, psicológicas, genéticas, físicas o químicas.

trastorno por atracones: Trastorno psicológico que se caracteriza por la ingesta de grandes cantidades de comida y que tiene como consecuencia inmediata el sobrepeso, la obesidad y todos los riesgos asociados a estos (diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, etc.).

U

UTCA: Unidad especializada en trastornos del comportamiento alimentario ubicada en un hospital general.

V

vigorexia: Trastorno del comportamiento alimentario no especificado que se caracteriza por una obsesión desmesurada por tener un cuerpo musculoso. Esta obsesión implica un incremento excesivo del ejercicio físico, así como una importante alteración de la dieta.

vómito autoinducido: Es el vómito que se provoca uno mismo.

voracidad: Comer mucho y con mucha ansiedad, como si uno estuviera hambriento.

Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

BAS, F.; ANDRÉS, V. (1999). *Trastornos de la alimentación en nuestros hijos. Educación y familia. Guía para padres*. Editorial EOS: Madrid.

Baròmetre 2006 de l'Atenció Sanitària en TCA a Catalunya: Estudi sobre l'assistència sanitària dels trastorns del comportament alimentari i l'evolució els darrers cinc anys. Elaborado por la ACAB.

BISQUERRA, R. (2002). *Educación emocional y bienestar*. Ed. Praxis.

BRIGGS, D.C. (2001). *Una vida feliz*. Barcelona: Gedisa.

CALVO, R. (2002). *Anorexia y bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta.

Generalitat de Catalunya (2001). *Guia per a educadors i educadores en la prevenció dels trastorns del comportament alimentari*. Barcelona.

GOLEMAN, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Ed. Kairós.

FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, L.J. i col·ls. (2004). *Trastornos de la alimentación: De la evaluación al tratamiento*. Uned Ediciones.

GÜELL, M.; MUÑOZ, J. (1998). *Desconeix-te a tu mateix*. Ed. 62.

HONORÉ, C. (2004). *Elogio de la lentitud*. Barcelona: RBA.

HORNO, P. (2004). *Eduquem l'afecte*. Ed. Graó.

LIENAS, G. (2001). *El diari lila de la Carlota*. Barcelona: Empúries.

MANCILLA DÍAZ, J.M. i col·ls. (2006). *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. Ed. Manual Moderno.

MARINA, J.A. (1996). *El laberinto sentimental*. Ed. Anagrama.

MÉLICH, J.C. i altres (2000). *La veu de l'altre*. Bellaterra: Institut de Ciències de l'Educació (UAB).

SEGURA, M.; ARCAS, M. (2003). *Educar las emociones y los sentimientos*. Ed. Narcea.

SOLER, J.; CONANGA, M. (2001). *Donar temps a la vida. L'art de viure amb plenitud*. Barcelona: Claret.

TORO, J.; ARTIGAS, M. (2000). *El cuerpo como enemigo. Comprender la anorexia*. Barcelona: Martínez Roca.

TORRALBA, F. (2001). *Cent valors per viure*. Lleida: Pagès Editors.

Artículos de prensa

JOLLIE, Alexandre. "La contra". *La Vanguardia*, 23-11-2002.

MONTERO, Rosa. *El País*, 18-12-2005.

Bibliografía recomendada

CALVO, R. (2002). *Anorexia y bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta.

CASTRO, J.; TORO, J. (2004). *Anorexia nerviosa. El peligro de adelgazar*. Barcelona: Morales i Torres Editors.

CERVERA, M. (2005). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Madrid: Pirámide.

FERNÁNDEZ-ARANDA, F.; TURÓN GIL, V. *Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: Masson.

RAICH, R.M. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ediciones Pirámide.

TORO, J. (1998). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Editorial Ariel.

TORO, J (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel Psicología.

TURÓN, V. (1997). *Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson.

TURÓN, Vicente; VELILLA, Mariano; TURÓN, Eulalia (2003). *¿Qué son los trastornos de la alimentación?* Barcelona: AEETCA. EGRAF.

VANDEREYCKEN, W.; CASTRO, J; VANDERLINDEN, J. (1991). *Anorexia y bulimia. La familia en su génesis y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.

VAZ LEAL, F.J. i altres (2006). *Bulimia nerviosa. Prespectivas clínicas actuales*. Madrid: Ergon.

Webs y direcciones de interés

AEETCA (Asociación Española para el Estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria)

www.psiquiatriaweb.com/eventos.htm

AED (Academy of Eating Disorders): www.aedweb.org

FEACAB (Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la Bulimia Nerviosas):

www.feacab.org

IQUA (agencia de calidad internet): www.iqua.cat

ANDALUCÍA

ASACAB

Teléfono: 950 235 500

Dirección: Padre Luque, 11 2º Almería - 04001

e-mail: asacabalmeria@yahoo.es

web: <http://humano.ya.com/asacab>

ADAB

Teléfono: 956 592 828 / 605 99 35 85

Dirección: Velázquez, 6 San Fernando -11100 (Cádiz)

e-mail: adabsanfernando@yahoo.es

web: www.adab.esp.st

ARAGÓN

ARBADA

Teléfono: 976 389 575

Dirección: Pº Sagasta, 51 5º Izq. Zaragoza - 50007

e-mail: arbada@arbada.org

web: www.arbada.org

ASTURIAS

ACBANER

Teléfono: 985 301 816

Dirección: Avda de Galicia nº 62. Bajo sala 7. 33212 - Gijón

e-mail: acbaner@eresmas.com

Horario: martes a partir de las 18:00h.

BALEARES

ACABB

Teléfono: 971 713 311 / 646 420 515

Dirección: Calle de la Rosa, 3 2º piso

07003 - Palma de Mallorca

e-mail: acabb@ono.com

ASAB

Teléfono: 629639094

Dirección: c/ Isabel II, 8 07701 – Maó (Menorca)

e-mail: asabmenorca@hotmail.com

CANARIAS

GULL-LASEGUE

Teléfono: 928380063.

Dirección: Antonio Manchado Vigletti, 1 Centro Fátima
35005 - Las Palmas

e-mail: asociación@anorexia-canarias.org

web: www.anorexia-canarias.org

ALABENTE

Teléfono: 922 641 206 Fax: 922 657 394

Dirección: Camino del Hierro, s/n Bloque 5 Grupo 120
Vivienda local 3 y 4 38009 - Tenerife

e-mail: alabente@alabente.com

web: www.alabente.com

CASTILLA Y LEÓN

ADEFAB

Teléfono: 947 221 857 / 607 950 846

Dirección: c/ Jerez, 13 09006 - Burgos

e-mail: emcabyu@dieznet.com

JUNCOELLA

Teléfono: 635156290.

Dirección: Tirso de Molina, 6 2º (Trobajo) 04010 - León

e-mail: juncoella@hotmail.com

ACLAFEB

Teléfono: 983263811

Dirección: Av. Valle de Esgueva, 6 bajos 47011 - Valladolid

e-mail: aclafeba@centro-cetras.org / acla@centro-cetras.org

web: www.aclafeba.centro-cetras.org

CATALUNYA

ACAB

Teléfono: 902 116 986.

Dirección: Mallorca 198 , pral 2a, 08036 - Barcelona

e-mail: acab@acab.support.org

web: www.acab.org

EUSKADI

ACABE - ARABA

Teléfono: 945 242 578 Fax: 945 213 143.

Dirección: c/ Pintor Vicente Abreu, 7, 01008 - Vitoria (Arava)

e-mail: araba@acabeuskadi.org

web: www.acabeuskadi.org

ACABE - GUIPUZKOA

Teléfono: 943 326 250

Dirección: Pº de Mons, 32 b 20015 – Donostia - San Sebastian

e-mail: guipuzkoa@acabeuskadi.org

web: www.acabeuskadi.org

ACABE - GUIPUZKOA (Sede Alto Deba)

Teléfono: 943 796 927

Dirección: c/ José Luís Iñarra, 30-32 bajo (Bº Altamira),
20500 – Arrasate-Mondragón

e-mail: arrasate@acabeuskadi.org

web: www.acabeuskadi.org

ACABE - BIZKAIA

Teléfono: 946 569 203

Dirección: c/ Ronda s/n 3ª G (Ganbara) 48005 - Bilbao

e-mail: acabebi@telefonica.net / acabebi@ganbara.net

web: www.acabebizkaia.com

EXTREMADURA

ADETAEX

Teléfono: 679 322 593 / 924 233 950

Dirección: Godofredo Ortega Muñoz, 1, Local 9, 06011 - Badajoz

e-mail: adetaex@teleline.es

web: <http://www.badajoz.org/adetaex>

ADETAEX

Teléfono: 927 226 765 / 619 683 927

Dirección: c/ Tiendas, 3 2º, 10003 - Cáceres

e-mail: adetaex@teleline.es

web: <http://www.badajoz.org/adetaex>

ADETAEX

Teléfono: 620 248 877

Dirección: c/ Concordia, 1 06800 - Mérida

e-mail: adetaex@teleline.es

web: <http://www.badajoz.org/adetaex>

GALICIA

ABAC

Teléfono: 981 223 792

Dirección: c/ Modesta Goicouria nº 6; 4º izda. 15004 - La Coruña

e-mail: ASABAC@terra.es

MADRID

ANTARES

Teléfono: 916 141 068

Dirección: Gran Capitán, 22-24 posterior 28933 - Móstoles

e-mail: antarestca@telefonica.net

NAVARRA

ABAN

Teléfono: 948 262 163

Dirección: Apartado de correos 5171, 31010 - Pamplona

e-mail: info@aban.biz

web: www.aban.biz

LA RIOJA

ACAB

Teléfono: 941 232 343 / 609 727 797

Dirección: c/ Sant Antón 2, entr.-Of.6, 26002 - Logroño

e-mail: info@acab-rioja.org / acab@acab-rioja.org

web: www.acab-rioja.org

COMUNIDAD VALENCIANA

ACABA

Teléfono: 965 259 460 / 620 316 130

Dirección: Rafael Asín, 12, 03001 - Alicante

AVALCAB

Teléfono: 963 462 120 / 629 639 182

Dirección: c/ Lérida 12, 4º puerta 8, 46009 - Valencia

e-mail: avalcab@gmail.com



Agradecimientos:

A sus aportacions en contenidos, estilo y formato a Maria Sindreu, Dr. Soriano, Sr. Josep Toro, Dr. Vicente Turon.

A **las familias** que han confiado en las asociaciones de ayuda contra los TCA para conocer mejor lo que le sucede a su hijo/a o conyuge sin cuyo testimonio no habría sido posible esta guía.

A todas **las asociaciones** de enfermos y familiares de TCA que através de su apoyo y dedicación, ofrecen una ayuda, un servicio para llegar al final del proceso con resultados positivos para los enfermos y familiares.

Teléfono de información y ayuda
902 116 986

Directora y coordinadora de contenidos: Cristina Carretero Jardí

Maquetación: OMBO Produccions, S.L.

Impresión: Inpub Gráfiques, S.L.

Edición: Diciembre 2007

Tiraje: 5000 ejemplares

DL: B-23.657-07



902 116 986

**Teléfono de información y ayuda
a los enfermos y familias**