

JUAN JOSÉ DE FRUTOS GUIJARRO

ANA ISABEL BERNAL GUTIÉRREZ

¿Qué le está pasando a mi hija?

Manual para psicoeducación
grupal de padres en trastornos
de la conducta alimentaria.

PRÓLOGO Y COORDINACIÓN DE LA
DRA. BERTA RÍOS RIAL



Hospital Universitario
de Móstoles

 Comunidad de Madrid

¿Qué le está pasando a mi hija?

Manual para psicoeducación grupal de padres en trastornos de la conducta alimentaria.

Juan José De Frutos Guijarro, Psiquiatra.
Unidad de trastornos de la conducta alimentaria.
Hospital Universitario de Móstoles, Madrid.

Ana Isabel Bernal Gutiérrez, Psicóloga Clínica.
Unidad de trastornos de la conducta alimentaria.
Hospital Universitario de Móstoles, Madrid.

Prólogo y coordinación por la Dra. Berta Ríos Rial.
Jefa del Servicio de Psiquiatría del Hospital
Universitario de Móstoles.

ISBN 978-84-695-3189-1. Primera edición Abril 2012

¿Qué le está pasando a mi hija? Manual para psicoeducación grupal de padres en trastornos de la conducta alimentaria por Juan José De Frutos Guijarro y Ana Isabel Bernal Gutiérrez se encuentra bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 España. This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/> or send a letter to Creative Commons, 444 Castro Street, Suite 900, Mountain View, California, 94041, USA.



A nuestros padres.

Prólogo a la edición electrónica.

Realizo con entusiasmo la tarea de escribir el prólogo a la edición electrónica de *¿Qué le está pasando a mi hija? Manual para psicoeducación grupal de padres en trastornos de la conducta alimentaria.*

Desde que en Febrero de 2008 se puso en marcha la Unidad de trastornos de la conducta alimentaria, el servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Móstoles ha intensificado y diversificado la atención que ofrece a las personas con trastornos de la conducta alimentaria de la zona sur de Madrid.

En estas enfermedades es imprescindible una atención continuada y un plan de cuidados que incluya varios niveles. No basta con unidades de hospitalización breve especializadas o consultas externas en el Centro de Salud Mental. El tratamiento en Hospital de día proporciona la posibilidad de que se desarrolle un trabajo intensivo que se pone en práctica en el propio entorno del paciente.

El trabajo con familias aparece así como una de las prioridades del programa de tratamiento, además de ser una pieza fundamental en el proceso diagnóstico, aportando información muy valiosa. Las familias son una pieza angular en el proceso de cambio terapéutico.

El trabajo realizado en consulta individual con el paciente y su familia es indispensable para el tratamiento pero en ocasiones no resulta suficiente. Las familias, y en particular los padres, sufren con cada síntoma del trastorno, con la incomprensión que sienten y con el desconocimiento ante la enfermedad que padecen sus hijos.

El tratamiento grupal proporciona un espacio para el desahogo de muchas emociones, pero también un lugar donde plantear muchas de estas preguntas que surgen. Proporcionar un espacio en el que se planteen y trabajen con profesionales estas dudas respecto a la enfermedad sirve como base para plantear un trabajo psicoterapéutico más profundo.

En este *Manual* se detalla una estructura que los terapeutas pueden utilizar como guía para transmitir a los padres los aspectos básicos de la enfermedad y resolver las dudas más frecuentes. De esta forma permitimos a los padres entender los procesos que está atravesando el paciente y facilitar su proceso de curación. Confiamos que esta herramienta será de utilidad para los profesionales que afrontan el difícil reto de guiar a los padres en el duro camino de los trastornos de la conducta alimentaria.

Berta Ríos Rial.
Jefa del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Móstoles.

Prefacio.

Los trastornos de la conducta alimentaria son patologías mentales graves, con importantes repercusiones físicas, psicológicas y sociales, que afectan tanto al paciente como a su entorno familiar.

Según los textos clásicos [2], se han comunicado casos de trastornos de la conducta alimentaria de diverso tipo en hasta el 4% de los estudiantes adolescentes y adultos jóvenes. Estiman que el 0.5-1% de las adolescentes cumple criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa, siendo la incidencia 10-20 veces mayor entre las mujeres que entre los varones. Se calcula que la prevalencia de mujeres jóvenes con algunos síntomas de anorexia nerviosa, pero que no cumplen los criterios diagnósticos se aproxima al 5%. La prevalencia de bulimia nerviosa se estima como mayor que la de anorexia nerviosa, ya en estos textos. Se calcula que oscila entre el 1% y el 3% de las mujeres jóvenes. Al igual que la anorexia nerviosa, la bulimia es significativamente más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, pero su inicio en la adolescencia a menudo es más tardío.

En nuestro entorno, los estudios [3] señalan un incremento de la incidencia en la población general, así como la mayor presencia de estos enfermos en las consultas tanto de atención primaria como especializada, lo que justifica una mayor atención desde las autoridades sanitarias. Un estudio realizado en la Comunidad de Madrid en una amplia muestra de población adolescente, arroja una prevalencia total de 3,43%, [4]. Entre las mujeres adolescentes se estima que la prevalencia de casos de anorexia nerviosa está entre el 0,1 y el 1,5%, y de bulimia nerviosa entre el 0,5 y el 1,5%. Los casos no especificados o atípicos constituyen los casos más frecuentes, con una prevalencia entre el 1,7 y 3,8%. A esto hay que añadir la prevalencia de la población con riesgo, es decir, la que presenta varios síntomas pero sin llegar a constituir un caso, que se sitúa entorno a un 8% [5].

Las graves consecuencias de la enfermedad y las recaídas presentes en el curso de la misma, hacen necesario un abordaje multidisciplinar de la patología.

Los trastornos de la conducta alimentaria no son patologías modernas, se conocen desde la antigüedad [6]. La palabra anorexia era utilizada por los médicos como sinónimo de falta de apetito y ciertos trastornos del estómago. Soranos cien años antes de Cristo describe la anorexia y la amenorrea secundaria en la mujer, y Galeno en el segundo siglo de nuestra era, la incapacidad para comer tras una dieta restrictiva intensa [7]. Posteriormente, en la Edad Media, aparecen muchos casos de trastornos de alimentación en las religiosas, por ejemplo Catalina de Siena. William Gull en 1873 le da el nombre definitivo a esta enfermedad y describe casos de mujeres

jóvenes que presentaban una desnutrición extrema sin una causa orgánica para ello. El término bulimia nerviosa entendido como atracón es conocido desde la antigüedad. Los banquetes de griegos y romanos podrían equivaler a los atracones de nuestra época, y solían ir seguidos del vómito para seguir comiendo, sin ninguna connotación negativa. El término diagnóstico “Bulimia Nerviosa” fue creado por Russell en 1979 [8], quien describe cuadros caracterizados por presentar atracones, conductas purgativas y miedo a engordar.

La clasificación y descripción de los trastornos de la conducta alimentaria es una entidad en continuo cambio. Su sintomatología cambia a lo largo de su evolución, de forma que una enfermedad que se diagnostica como anorexia nerviosa en un determinado momento puede cumplir criterios de bulimia nerviosa cuando pasa un tiempo, y esto puede inducir a error a la hora de hacer un diagnóstico diferencial. Por ello, en los últimos años se considera una visión transdiagnóstica de la enfermedad, centrada en los síntomas que aparecen en cada momento y no en el diagnóstico concreto [9].

La psicoeducación forma parte esencial de la buena práctica terapéutica en los pacientes con problemas de salud mental y en sus familiares [10]. El derecho a la información es fundamental en cualquier ser humano.

Se ha podido constatar que es un tratamiento con eficacia profiláctica en la prevención de recaídas y hospitalizaciones en otros trastornos psiquiátricos graves, como el trastorno bipolar [11] [12] [13].

Es un abordaje integrador de los diferentes aspectos del tratamiento que recibe el paciente por parte de diferentes profesionales sanitarios. No consiste sólo en la mera transmisión de información. Incide en cambios cognitivos y conductuales que se derivan del conocimiento de la enfermedad, y de la seguridad que sienten el paciente y su familia cuando disponen de dichos conocimientos.

La incompreensión de la enfermedad por la persona que la padece agrava el curso de la misma [11], ya que se añade el malestar de no sentirse comprendidos ni por ellos mismos ni por su entorno más cercano. De ahí la importancia que estos programas tienen tanto en ellos como en sus familiares. Pasan de sentirse incapaces y culpables a sentirse responsables y con un papel activo en el proceso de cambio y recuperación.

Henry Richardson (1948), describe la importancia que tiene la intervención familiar en la recuperación de la salud. Los factores familiares son clave para la recuperación estable de pacientes con trastornos mentales graves [14].

En la década de los 70, Minuchin y Selvini Palazzoli aplican la terapia estructural de familia a las pacientes con anorexia nerviosa [15]. Ambos consideran que la anorexia

nerviosa no es un trastorno mental individual, sino que refleja una disfunción de toda la familia. Cuando la familia asiste impotente a la autodestrucción de un componente de la misma, el trastorno se transforma en el eje de preocupación de sus miembros [7].

Los síntomas de los trastornos alimentarios pueden acarrear graves consecuencias emocionales y sociales en los cuidadores, con altos niveles de estrés y sobrecarga. Toda la apariencia de normalidad desaparece, la vida social se evapora, los planes de futuro se congelan y en las relaciones familiares dominan las interacciones entorno a la comida. Desafortunadamente, los intentos por parte del cuidador de reducir los síntomas pueden mantener el problema de forma involuntaria [16]. Frecuentemente se ven atrapados en patrones de comportamiento que perpetúan las conductas relacionadas con el trastorno de alimentación y encubren sus consecuencias negativas. Los cuidadores con frecuencia informan de que carecen de los recursos necesarios para cuidar de sus seres queridos [16], y de lo impotentes que se sienten ante sus conductas problemáticas. Reconocen que necesitan ayuda, y existe una demanda clara de recibir más información sobre el trastorno y sobre las estrategias de afrontamiento adecuadas.

Los cuidadores no son el problema sino que forman parte de la solución [17].

Introducción.

Los grupos de psicoeducación para padres parecen ser de utilidad para lograr una mayor implicación familiar en el proceso de tratamiento, favoreciendo también una mayor conciencia de enfermedad en los pacientes [18].

Diferentes autores hablan de las ventajas que tienen los grupos para padres [19] [20] [21]. Reducen los sentimientos de aislamiento y soledad de la familia, facilitan la toma de conciencia y refuerzan la retención de información mientras comparten sus experiencias, sin olvidarnos del ahorro en el coste económico de los servicios.

Los objetivos más comunes de los terapeutas cuando trabajamos con familias son:

- Que la familia tome conciencia de la enfermedad, de que “no son tonterías de la edad”.
- La ausencia de conciencia de enfermedad o la conciencia parcial de la misma no es patrimonio de los pacientes [22].
- Conocer la enfermedad; es necesario “conocer al enemigo” para poder combatirlo. Debemos aportar información sobre las diferentes áreas del trastorno.
- Motivar a la familia para que colabore y continúe con el tratamiento.
- Señalar la importancia del trabajo en equipo.
- Fomentar en los padres un sentimiento de responsabilidad a la hora de buscar soluciones.
- Detectar pautas familiares que contribuyan al mantenimiento de la enfermedad.
- Darles un lugar para compartir experiencias, para sentirse apoyados en sus dudas y miedos, aliviando la sobrecarga que sufren.

Estos objetivos están presentes en nuestro programa de psicoeducación para padres. El grupo psicoeducativo es una forma útil y eficiente de completar el tratamiento dentro de un enfoque terapéutico integral y multidisciplinar. Las sesiones tienen una finalidad informativa, de apoyo y motivacional [23].

El programa psicoeducativo breve que presenta este libro consta de 6 sesiones de una duración aproximada de dos horas. Pueden realizarse con una frecuencia semanal o quincenal, no consideramos que espaciar más las sesiones sea productivo.

El tamaño ideal del grupo está entre 8 y 10 padres, para permitir la participación de todos los miembros. Es muy aconsejable que acudan el padre y la madre para lograr una mayor coherencia e implicación familiar en el proceso de tratamiento.

Algunas ventajas de los programas psicoeducativos breves son: que la tasa de abandonos suele ser más baja que en aquellos que duran más tiempo y que el gasto económico es menor.

Es aconsejable que el grupo sea dirigido por más de un terapeuta. Idealmente un terapeuta y dos coterapeutas, que pueden ser residentes en formación y/o personal de enfermería.

Podemos utilizar apoyos audiovisuales, generalmente una presentación de diapositivas que recoja las ideas principales de las que vayamos hablando.

Al final de cada sesión se reparte un material docente que contiene las ideas principales expuestas durante la sesión. De esta forma podemos liberar a los asistentes de “tomar notas” y ayudamos a mantener su atención sobre la información que se intenta transmitir.

Al finalizar cada sesión se plantea una tarea para realizar en casa con el fin de promover una mayor participación por parte de los padres durante las sesiones y mantener un hilo conductor entre las mismas.

Los temas que aborda cada sesión se recogen en el organigrama que presentamos a continuación [24] [25] [23].

Sesión 1.

Presentación miembros grupo.

Objetivos del grupo.

Normas del grupo.

Definición de los trastornos de conducta alimentaria.

1. El diagnóstico. DSM-IV-TR / CIE-10.
2. Su prevalencia y principales características. Epidemiología.
3. Diferencias entre los distintos diagnósticos.

Sesión 2.

Causas de los trastornos de la conducta alimentaria.

Conceptos generales (mezcla de causas, no culpa, diferente orden, diferentes factores)

1. Factores predisponentes.
2. Factores precipitantes.
3. Factores mantenedores.

Sesión 3.

Introducción a las características clínicas de los trastornos de conducta alimentaria.

Preocupaciones extremas sobre el cuerpo y el peso.

1. Auto-estima basada en términos de peso-figura y su control.
2. Expresiones secundarias que mantienen estas preocupaciones.
 - a. Comprobaciones en el cuerpo (comparaciones con los demás).
 - b. Evitación del cuerpo.
 - c. Sentirse gordo.
 - d. Marginalizar otros aspectos de la vida.
3. Altamente incapacitante (provoca ansiedad, sensibilidad social, dificultad con las relaciones sexuales).
4. Conducta de control de peso extrema.

Dieta extrema.

1. Reglas rígidas para conseguir exigentes objetivos dietéticos.
2. Además de los objetivos dietéticos tiene implicaciones sobre la estima y la valía que la persona tiene de sí misma.
3. Riesgo elevado de comida compulsiva.
4. Puede, o no, conducir a una desnutrición.
5. Altamente incapacitante (dificultad para comer con otros y comer fuera; preocupación por las comidas y los alimentos).

Comida compulsiva.

1. Definición del episodio de descontrol alimentario o atracón.
2. Importancia como generador de malestar, “punta del iceberg” del trastorno.
3. Factores desencadenantes de la comida compulsiva (generalmente la ruptura de una norma dietética, por un evento negativo o por un ánimo bajo).
4. Altamente incapacitante (vergüenza, culpa, requiere secreto y ocultación, caro

en términos económicos y de relación con los demás).

Sesión 4.

Características clínicas de los trastornos de la conducta alimentaria.

Vómitos auto-provocados.

1. Objetivos: compensar un episodio, real o percibido, de sobrealimentación o como forma rutinaria de control del peso.
2. Relativa ineficacia: aproximadamente la mitad de lo ingerido no se expulsa.
3. Efectos adversos psicológicos. Si son compensatorios, la creencia de su efectividad mantiene la comida compulsiva porque se pierde el efecto aversivo.
4. Efectos adversos físicos. Alteraciones hidroelectrolíticas (peligrosas si arritmias), aumento glándulas salivares, erosión del esmalte dental de la superficie interior de los dientes.
5. Altamente incapacitante (culpa y vergüenza secundarias, requiere secreto y ocultación).

Uso de diuréticos y laxantes.

1. Objetivos: Compensar un episodio real o percibido de sobrealimentación o como forma rutinaria de control del peso.
2. Inefectivo. Los laxantes tienen muy poco efecto en la absorción de la comida y los diuréticos ninguno.
3. Efectos adversos psicológicos. Si es compensatorio, la creencia de su efectividad mantiene la comida compulsiva porque se pierde el efecto aversivo.
4. Efectos secundarios físicos: generalmente alteraciones hidroelectrolíticas. Causan deshidratación (pérdida de fluidos en forma de orina o diarrea respectivamente).
5. Altamente incapacitantes (culpa y vergüenza secundarias, requiere secreto y ocultación, caros).

Ejercicio físico de forma compulsiva.

1. Objetivos: Compensar un episodio real o percibido de sobrealimentación o como forma rutinaria de control del peso.
2. Teoría del *set point*. Relativamente ineficaces para mantener el peso corporal.
3. Efectos secundarios psicológicos: al ser compulsivo el ejercicio va aumentando en importancia sobre otras actividades. La cantidad y objetivos de ejercicio se convierten en indicadores de la estima o la valía de la persona.
4. Efectos secundarios físicos: peligroso especialmente en pesos bajos o en presencia de osteoporosis o alteraciones hidroelectrolíticas.

5. Incapacitante (resta una gran cantidad de tiempo, aísla socialmente).

Sesión 5.

Consecuencias físicas del bajo peso.

1. Efectos psicológicos: Pensamientos, sentimientos y conductas.
2. Efectos sociales.
3. Efectos físicos de la desnutrición.
 - a. Corazón y aparato circulatorio.
 - b. Hormonas sexuales y fertilidad.
 - c. Huesos.
 - d. Función intestinal.
 - e. Músculos.
 - f. Piel y pelo.
 - g. Regulación de la temperatura.
 - h. Sueño.
4. Efectos físicos del vómito autoprovocado.
5. Efectos físicos del abuso de laxantes.
6. Efectos físicos del abuso de diuréticos.

Sesión 6.

Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

Niveles de Tratamiento. Red de tratamiento.

1. Hospitalización.
2. Hospitalización a domicilio.
3. Hospitalización parcial.
4. Tratamiento ambulatorio.

Terapia Psicológica.

Tratamiento Psicofarmacológico.

Dudas, preguntas. Repaso de todos los temas.

Despedida.

Sesión 1

¿Qué es un trastorno de la conducta alimentaria?

Desarrollo de la sesión.

Objetivos

Tomar contacto con el grupo: presentación del equipo y de los padres.

Explicar los objetivos del programa y la metodología de trabajo.

Hacer partícipes de las normas del grupo.

Diferenciar un trastorno de la conducta alimentaria de una alteración en la alimentación.

Definir los tipos de trastornos de la conducta alimentaria.

Podemos considerar la primera sesión como la más importante, pues en ella se van a colocar los “cimientos” tanto del funcionamiento del grupo como de los conceptos básicos que serán necesarios para entender las sesiones posteriores.

Entrada al grupo.

Es preferible que los padres esperen en una sala de espera y cuando llegue la hora, les invitaremos a pasar todos juntos a la sala donde va a desarrollarse el grupo. En la sala habremos colocado sillas en círculo, ordenador, proyector y una pizarra con rotuladores de distintos colores.

Iremos saludándoles según entren e invitándoles a sentarse en el lugar que prefieran.

Iniciaremos el grupo con un saludo general y si sabemos que alguien se va a incorporar más tarde lo avisaremos en este momento, intentando empezar a la hora acordada como muestra de respeto a aquellos más puntuales.

Presentación del equipo.

Uno por uno cada terapeuta y coterapeuta dirá su nombre y su profesión. Se señalará específicamente quién trabaja con los / las pacientes.

Presentación de los padres.

Pediremos que cada persona se presente brevemente. Intentaremos que, además de hablarnos de su familiar enfermo, también nos cuente algo suyo (profesión, aficiones...).

Cuando acabe la ronda de presentaciones les pediremos que se coloquen por parejas, eligiendo a una persona que no conozcan. Les dejaremos cinco minutos para presentarse a esa persona y que el otro haga lo mismo. A continuación cada uno presentará a su compañero.

Tras esta “presentación cruzada” haremos una ronda de recuerdo de nombre donde cada uno dirá el nombre de la persona de su derecha y de su izquierda, además del suyo propio.

Presentación del programa y sus objetivos.

Preguntaremos a los padres por sus expectativas acudiendo al grupo. Iremos apuntando la idea general de cada intervención en la pizarra, dando las gracias tras cada intervención y teniendo cuidado de que todos puedan intervenir.

A continuación expondremos la organización del programa. Indicaremos que consta de seis sesiones de dos horas cada una, que tendrán lugar con una frecuencia quincenal. Recordaremos las fechas de cada sesión haciendo especial hincapié en aquellas que tengan horarios o lugares de celebración diferentes al actual.

Después presentamos la metodología de trabajo, intentando responder a la pregunta “¿Qué es la psicoeducación?”. Daremos especial importancia a la información como herramienta de trabajo para conocer lo que les ocurre a sus familiares y poder adelantarnos a ciertos síntomas de la enfermedad. Definiremos también lo que NO es psicoeducación [11]: aunque aparezcan emociones intensas al hablar de experiencias, éstas no serán el foco del grupo. No se trata de esconderlas u obviarlas pero no serán el objeto de trabajo en el grupo.

Añadimos en la pizarra nuestros objetivos con estos grupos, si no los habían dicho los padres:

- Entender qué es un trastorno de alimentación (definición).
- Comprender sus causas y entender lo que mantiene activa la enfermedad.
- Analizar las diferencias entre los diferentes tipos (diagnósticos).

- Características de los trastornos de alimentación.
- Consecuencias físicas y psicológicas (Síntomas).
- Tratamiento de los trastornos de alimentación.

Normas del grupo.

Ahora que todos nos hemos presentado y hemos determinado los objetivos y la metodología de trabajo, vamos a establecer las normas de funcionamiento del grupo [11] [26]. Debe utilizarse un tono serio. Se explica que son necesarias unas normas que guíen nuestro comportamiento general en el grupo, que nos permitan a todos sentirnos cómodos y aprovechar al máximo estas sesiones. Seguir estas normas nos permitirá facilitar el funcionamiento del grupo y evitar situaciones incómodas para todos.

Repartimos la hoja “MATERIAL PARA PADRES: SESIÓN 1. PRESENTACIÓN”. Vamos leyendo y explicando las normas.

- Respeto. Para crear un ambiente en el que poder aprender, debemos sentirnos cómodos. Para ello la primera norma es el respeto. Cada persona es diferente y sus opiniones también lo son. Aunque no estemos de acuerdo con esas opiniones debemos respetarlas. Podemos aportar nuestros puntos de vista y dar nuestra opinión sobre lo que digan los demás pero siempre desde el respeto. Los comentarios descalificativos, jocosos o sarcásticos hacen que los demás se sientan incómodos. Podemos reír juntos pero nunca reírnos de otro compañero.

Es especialmente necesario para crear un clima de confianza en el que todos puedan preguntar aquellas dudas que tengan, sin vergüenza a que sean “preguntas tontas” u “obvias”.

- Confidencialidad. Durante el grupo los terapeutas os transmitiremos mucha información pero vosotros también contaréis cosas de vosotros. Estas situaciones personales y familiares son íntimas, delicadas en algunos casos y forman parte de vuestra vida privada. Igual que los profesionales de la salud estamos obligados a no difundir las informaciones que nos proporcionan en las consultas, os pedimos un respeto a esa confidencialidad. Ningún miembro del grupo debe revelar informaciones de otros padres a personas que no sean del grupo. Por el contrario, todo lo que digamos los terapeutas puede ser abiertamente comentado con pacientes, amigos, familiares o conocidos, ya que se tratará de información acerca del trastorno de conducta alimentaria y no de aspectos de nuestra intimidad.

Debe garantizarse que la información personal aportada va a permanecer dentro del grupo. Aunque no se trabaje el aspecto emocional del problema, es inevitable que éste surja.

Puede ser necesario recordar que nuestro acuerdo de confidencialidad con el / la paciente también está vigente y que no podremos aportar datos de sus familiares ni en el contexto grupal ni en pasillos u otros contactos informales con los padres sin el paciente delante.

- Asistencia. Pedimos a los padres que asistan regularmente a todas las sesiones. El programa tiene un orden determinado. Está pensado y estructurado así para ir comprendiendo más cosas según avanza. Entendemos que no siempre podemos estar donde queremos estar por otras obligaciones. Por eso intentamos repasar la información de la sesión anterior. Pero no podemos invertir el tiempo de todo el grupo en “poner al día” a una sola persona. Por otra parte hay padres que no han podido acudir a este grupo por falta de espacio y han quedado en la lista de espera, no acudir sería una falta de respeto para ellos.

Si existen faltas de asistencia reiteradas hablaremos en consulta individual con ese padre. Intentaremos indagar sobre las dificultades para acudir y trataremos de facilitar la asistencia. Las sesiones abordan temas diferentes y por separado pueden ayudar con diferentes aspectos de la enfermedad pero para darle sentido y cohesión al grupo es necesario mantener una asistencia regular en sus miembros.

- Puntualidad. Las sesiones del grupo tendrán lugar [recordar horario y frecuencia de las sesiones]. Llegar 10 minutos tarde es un accidente, llegar media hora tarde, una falta de respeto. Cuando entramos en una sesión que ya ha empezado interrumpimos al terapeuta y perjudicamos a todos los compañeros.

Podemos aprovechar para recordar un número de teléfono de contacto donde puedan notificar si van a llegar tarde o no acudir a alguna sesión.

- Participación. Cada persona decide qué grado de implicación desea. Os aconsejamos que intervengáis activamente en las sesiones, contestando preguntas, planteando dudas... pero vosotros decidís.

No es obligatorio intervenir, pero sí aconsejable.

Estimularemos y observaremos especialmente a aquellas personas con más dificultades para participar. ¡Puede ser porque todo lo que contamos es obvio para ellos o porque no están entendiendo nada! Si nos encontramos con padres que no participan en absoluto quizá sea necesario plantear el problema en una consulta individual.

Abrimos un turno de preguntas. Daremos la posibilidad de que nos formulen preguntas acerca de la metodología y objetivos del programa y sobre las normas del grupo.

A continuación pasamos a presentar el material de la primera sesión.

¿Qué es un trastorno de la conducta alimentaria?

El conocimiento popular acerca de los trastornos de la conducta alimentaria ha aumentado en los últimos años. Las campañas de prevención han conseguido que sean enfermedades más conocidas pero muchas veces se transmiten informaciones erróneas que quedan como mitos[27].

Muchas personas identifican anorexia nerviosa con “estar muy delgada” y bulimia nerviosa con “vomitar”. Surgen dudas cuando se hacen otros diagnósticos o “cambia” el diagnóstico de una persona.

Introduciremos el tema con una ronda de respuestas a la pregunta *¿Qué es para ti un trastorno de la conducta alimentaria?* Apuntaremos las respuestas en la pizarra. Al final preguntaremos si piensan que son enfermedades nuevas y comenzaremos con una introducción histórica.

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades que se conocen desde la antigüedad [28] [6]. Catalina de Siena es una de las figuras históricas en la que se reconocen síntomas de un trastorno de la alimentación. Con 26 años sus planes de dedicar su vida a Dios chocaron con los planes de sus padres de casarla. Esta situación la llevó a encerrarse en su habitación a maltratarse no comiendo consiguiendo ingresar al final en la orden dominicana pero con la mitad de su peso.

La palabra anorexia es utilizada por los médicos como sinónimo de falta de apetito. Es un síntoma más de muchas enfermedades, por ejemplo cuando tenemos una gripe y no tenemos ganas de comer podemos decir que uno de los síntomas es anorexia.

El primero en describir la anorexia como enfermedad fue Sir William Gull. Él describió a pacientes, sobre todo mujeres jóvenes que presentaban una desnutrición extrema sin una causa orgánica para ello. Por eso se utiliza el “apellido” Nerviosa para distinguirla del síntoma.

El término bulimia entendido como sinónimo de atracón es conocido desde la antigüedad. Los banquetes de griegos y romanos podrían entenderse como atracones de nuestra época. El término diagnóstico “Bulimia Nerviosa” fue creado en 1979 [8]. La descripción clínica es muy precisa e incluye atracones, conductas purgativas y miedo a engordar. No puede aplicarse a casos antes de esa fecha pero los diferentes

autores han buscado en la historia descripciones que cumplieren los criterios. Se han encontrado casos que se ajustan, pudiendo decir que la bulimia no es un trastorno moderno.

Los trastornos de la conducta alimentaria se relacionan con la desnutrición, convirtiéndose casi en sinónimos. La realidad es que no todos los trastornos de la conducta alimentaria cursan con delgadez extrema y que no todos los casos de delgadez extrema tienen como causa un trastorno de la conducta alimentaria.

Por ejemplo, la mayoría de la gente que come en exceso no sufre de un trastorno de la conducta alimentaria. En estos casos los “atracones” son ocasionales, no frecuentes, no se ingieren grandes cantidades de comida y, sobre todo, no se afecta su calidad de vida ni a su bienestar.

Vamos recapitulando todas las características de los trastornos de conducta alimentaria que nos han ido diciendo y que tenemos apuntadas en la pizarra.

Las personas en las que esta forma de comer reduce su calidad de vida (bien por la frecuencia o porque afecta a su salud física y/o mental) tienen un problema alimentario.

Es importante que esta distinción quede muy clara. Los síntomas alimentarios forman parte de muchas enfermedades pero es necesario que sean el origen principal del malestar para considerar que estamos ante un trastorno de la conducta alimentaria.

Pasamos a continuación a definir cada uno de los diagnósticos. Para ello utilizaremos las definiciones DSM-IV-TR [1] e iremos explicando cada uno de los criterios.

Consideramos las clasificaciones como una forma de organizar las enfermedades y veremos que no siempre son adecuadas y señalaremos además que pueden cambiar sin que ello signifique que estamos ante enfermedades diferentes o que vaya a cambiar el pronóstico. Podemos utilizar como ejemplo la diabetes. Si situamos el límite de glucosa en ayunas en 100 para diagnosticar de diabetes y nuestro paciente tiene 99 no podemos decir formalmente que está enferma pero tampoco que está sana. Si el límite cambiase a 90 podríamos hacer el diagnóstico pero ni la enfermedad ni el pronóstico ni el tratamiento habría cambiado.

Ocurre lo mismo con los criterios que vamos a presentar. Son orientativos y nos ayudan a entendernos con otros profesionales pero estamos ante enfermedades en las que los síntomas pueden cambiar en forma y frecuencia dejándonos “fuera” del diagnóstico.

No presentamos los criterios para que los padres se hagan “expertos” sino para entender cada uno de los síntomas y cómo suelen agruparse.

Anorexia Nerviosa.

Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de Anorexia Nerviosa [1]

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerado para la edad y la talla.
- Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo de un peso normal.
- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Tipo Restrictivo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas.

Tipo Compulsivo/Purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas.

Deben reunirse varias condiciones para llegar al diagnóstico de anorexia nerviosa:

- La persona debe estar muy por debajo de su peso ideal, y esto debe ser el resultado de sus propios esfuerzos. Señalamos ambos aspectos: por un lado la definición de lo “normal” queda en manos del clínico aunque se da como ejemplo un peso inferior al 85 % del esperable o fracaso durante el proceso de desarrollo en alcanzar el peso normal. Otra clasificación (CIE-10 [29]) habla de un índice de masa corporal igual o menor a 17,5. El segundo aspecto es que la persona desea tener un peso por debajo de lo normal y existen intentos conscientes para evitar ganancias de peso. Será necesario descartar otros diagnósticos antes de llegar a la conclusión de que un peso bajo es debido a anorexia nerviosa.
- No sólo están por debajo del peso normal por definición sino que además debe existir una preocupación por engordar.
- La persona debe estar muy preocupada por su imagen corporal, su peso o ambos,

hasta el punto de convertirlo en su principal elemento autoevaluativo. Este concepto se trabajará también en la sesión 3 aunque es importante introducirlo aquí como una de las características nucleares de la enfermedad.

- Como consecuencia de esta autoevaluación centrada en los aspectos del peso y la figura, la persona presenta una obsesión e incluso una distorsión a la hora de valorar estos aspectos.
- Debemos señalar que formalmente no se puede diagnosticar de anorexia nerviosa si no existe una afectación sobre los periodos menstruales. Existen factores psicológicos, además de la desnutrición, que también pueden influir en la pérdida de los periodos menstruales.

Presentamos los tipos de Anorexia Nerviosa reconocidos en las clasificaciones. Señalamos que aparecen atracones y vómitos en personas con diagnóstico de Anorexia Nerviosa en el tipo compulsivo/purgativo.

Terminaremos esta parte comentando las características epidemiológicas principales: el diagnóstico de anorexia nerviosa aparece especialmente a mujeres en la adolescencia o al comienzo de la edad adulta. Un tercio de estas personas puede sufrir atracones cuando los intentos de ayunar se hacen muy prolongados y pierden el control sobre la comida.

Antes de pasar al siguiente diagnóstico se abre turno de preguntas para aclarar las dudas que hayan podido surgir.

Bulimia Nerviosa.

Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de Bulimia Nerviosa [1]

- Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 - Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo en una cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.
- Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio intenso.
- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses.
- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Aunque los esquemas diagnósticos actuales discrepan en algunos aspectos, todos coinciden en tres características que deben estar presentes para diagnosticar a la persona de bulimia nerviosa:

- La persona sufre atracones. Entendidos como consumo de grandes cantidades de comida en el contexto de una pérdida del control. Es importante señalar que la pérdida de control es necesaria para poder diagnosticar el atracón. La clasificación habla de una frecuencia muy concreta, recordaremos el ejemplo de la diabetes.
- Se utilizan métodos extremos para controlar la figura y el peso. Estos métodos incluyen la provocación del vómito, el abuso de laxantes o diuréticos, ejercicio intenso y compulsivo, dieta extrema o ayuno.
- La persona debe tener una preocupación excesiva sobre su figura, su peso o ambos y debe tener un miedo intenso a engordar y a aumentar de peso. Esta preocupación debe ir más allá de sentirse gordo o no estar contento con su apariencia física. Su vida está dominada por esta preocupación. Comparten esta característica con el diagnóstico de Anorexia Nerviosa y es el síntoma común a todos los trastornos de alimentación.

Otra condición para el diagnóstico es que la persona no tenga criterios para diagnosticar una anorexia nerviosa, es decir, no puede tener un peso extremadamente bajo. Si la persona cumple los criterios de ambas enfermedades prevalece el diagnóstico de anorexia nerviosa.

Tipos de Bulimia Nerviosa [1].

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

La clasificación de Bulimia Nerviosa tiene en cuenta el tipo de método empleado para controlar la figura y el peso. Si se recurre al vómito, uso de laxantes, diuréticos o enemas consideramos que se trata del tipo purgativo. Si se emplean otros métodos se considera del tipo no purgativo.

Concluimos con un detalle acerca de la epidemiología, los pacientes con bulimia nerviosa suelen ser mujeres, de entre 20 y 30 años. En muchas ocasiones comenzaron a hacer dietas al final de la pubertad, incluso un tercio de ellas pudieron hacer dietas tan extremas como para considerar que existió el diagnóstico de anorexia nerviosa que con el tiempo y la aparición de atracones pasó a ser una bulimia nerviosa [30]. Aunque según los criterios padecer una excluye a la otra, como veremos están muy relacionadas.

Se abre turno de preguntas.

Trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

Aún existen formas de trastornos de la alimentación que no se han descrito y que permanecen bajo el término Trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

En esta categoría caben todas las alteraciones de la alimentación que tienen una importancia clínica pero que no reúnen los criterios de anorexia nerviosa ni de bulimia nerviosa [1].

El más importante de ellos y que cobra cada vez más crédito como una entidad propia es el trastorno por atracón. En esta enfermedad el atracón también es el rasgo central de este trastorno de la conducta alimentaria pero no aparecen conductas compensatorias. Es un diagnóstico relativamente nuevo, aunque ya en los años 50 se descubrió que había pacientes obesos con problemas de atracones, no fue hasta los años 80 en que se empezó a estudiar. Se descubrió que la mayoría de la gente que sufre de atracones no tiene criterios de bulimia nerviosa.

Las personas que tienen un trastorno por atracón tienen atracones frecuentemente, pero no utilizan las medidas extremas de control de peso a las que nos referíamos en la bulimia nerviosa. A menudo el diagnóstico que han recibido ha sido el de comedores compulsivos. Esta enfermedad afecta por igual a hombres y a mujeres, con una distribución por edades mucho más amplia, con pacientes de 20 a 50 años.

No es cierto que toda la gente que sufre atracones tenga sobrepeso.

Además del trastorno por atracón otros trastornos de la conducta alimentaria no especificados que aparecen con frecuencia en la clínica podrían ser [1]:

- Todos los criterios para anorexia sin problemas menstruales.
- Todos los criterios para anorexia sin bajo peso.
- Todos los criterios de bulimia con frecuencia más baja de atracones.
- Empleo regular de conductas compensatorias en individuos de peso normal sin atracones.
- Masticar y expulsar la comida sin ingerirla.

La clasificación y descripción de los trastornos de la conducta alimentaria es una entidad en continuo cambio.

Los estudios más recientes defienden que los trastornos de alimentación pueden cambiar su sintomatología a lo largo de su evolución, de forma que una enfermedad que se diagnostica como anorexia nerviosa en un determinado momento puede cumplir criterios de bulimia nerviosa cuando pasa un tiempo. Por ello se defiende una visión transdiagnóstica de la enfermedad, centrada en los síntomas que aparecen en cada momento y no en el diagnóstico concreto [9].

	Anorexia nerviosa		Bulimia nerviosa		Trastorno por atracón
	Tipo Restrictivo	Tipo Purgativo	Tipo No Purgativo	Tipo Purgativo	
Peso y figura como principal elemento autoevaluativo	+	+	+	+	+
Bajo Peso	+	+	-	-	+/-
Atracones	-	+	+	+	+
Conductas Compensatorias	-	+	+(Ayuno, ejercicio)	+(Vómitos, laxantes, diuréticos)	-

Final de la sesión.

Terminaremos la parte teórica e introduciremos la parte final de la sesión haciendo una recapitulación rápida de los temas principales.

Abriremos un turno de preguntas para aclarar aquellos conceptos que hayan producido dudas, si no las hay también podemos preguntar:

¿Qué es lo que más os ha sorprendido de todo lo que os hemos contado?

Presentamos la tarea para la próxima sesión:

Tarea 1

En tu opinión, ¿qué puede haber influido en la aparición del trastorno de conducta alimentaria? ¿Qué puede mantener la enfermedad? ¿Qué puede provocar recaídas?

Terminaremos con comentarios positivos, por ejemplo dando las gracias por su tiempo y atención.

Entregaremos el material escrito y recordaremos la fecha, hora y lugar para la próxima sesión.

Material para padres.

Sesión 1: Presentación.

Objetivos del grupo de psicoeducación para padres.

Aportar información que ayude a entender diferentes aspectos de los trastornos de alimentación.

- Comprender sus causas.
- Diferencias entre los diferentes tipos.
- Características de los trastornos de alimentación.
- Consecuencias físicas.
- Tratamiento de los trastornos de alimentación.

¿Cómo sacar el máximo provecho a este grupo psicoeducativo?

- Asistid a tantas sesiones como sea posible.
- Intentad descubrir relaciones entre lo que aprendáis y vuestra situación en diferentes momentos.
- Considerad las sesiones como un “experimento personal”: comprobar si los consejos e información de las sesiones tiene repercusiones positivas en vosotros al ponerlos en práctica.
- Valorar cualquier cambio positivo, por mínimo que os parezca.

Calendario.

Las sesiones tendrán lugar en *[debe especificarse el lugar]* de *[debe especificarse el horario]* los días:

[deben especificarse los días aunque al final de cada sesión se recordará cuándo es la próxima]

Normas del grupo.

Para facilitar el funcionamiento del grupo y prevenir situaciones desagradables es necesario determinar una serie de normas. Aunque son de sentido común es importante recordarlas y tenerlas presentes en todas las sesiones.

Estas normas son las siguientes:

- **Respeto.** Para crear un ambiente en el que poder aprender, debemos sentirnos cómodos. Para ello la primera norma es el respeto. Cada persona es diferente y sus opiniones también lo son. Aunque no estemos de acuerdo con esas opiniones debemos respetarlas. Podemos aportar nuestros puntos de vista y dar nuestra opinión sobre lo que digan los demás pero siempre desde el respeto. Los comentarios descalificativos, jocosos o sarcásticos hacen que los demás se sientan incómodos. Podemos reír juntos pero nunca reírnos de otro compañero.
- **Confidencialidad.** Durante el grupo los terapeutas os transmitiremos mucha información pero vosotros también contaréis cosas de vosotros. Estas situaciones personales y familiares son íntimas, delicadas en algunos casos y forman parte de vuestra vida privada. Igual que los profesionales de la salud estamos obligados a no difundir las informaciones que nos proporcionan en las consultas, os pedimos un respeto a esa confidencialidad. Ningún miembro del grupo debe revelar informaciones de otros padres a personas que no sean del grupo. Por el contrario, todo lo que digamos los terapeutas puede ser abiertamente comentado con pacientes, amigos, familiares o conocidos, ya que se tratará de información acerca del trastorno de conducta alimentaria y no de aspectos de nuestra intimidad.
- **Asistencia.** Pedimos a los padres que asistan regularmente a todas las sesiones. El programa tiene un orden determinado. Está pensado y estructurado así para ir comprendiendo más cosas según avanza. Entendemos que no siempre podemos estar donde queremos estar por otras obligaciones. Por eso intentamos repasar la información de la sesión anterior. Pero no podemos invertir el tiempo de todo el grupo en “poner al día” a una sola persona. Por otra parte hay padres que no han podido acudir a este grupo por falta de espacio y han quedado en la lista de espera, no acudir sería una falta de respeto para ellos.
- **Puntualidad.** Las sesiones del grupo tendrán lugar [recordar horario y frecuencia de las sesiones]. Llegar 10 minutos tarde es un accidente, llegar media hora tarde, una falta de respeto. Cuando entramos en una sesión que ya ha empezado interrumpimos al terapeuta y perjudicamos a todos los compañeros.
- **Participación.** Cada persona decide qué grado de implicación desea. Os aconsejamos que intervengáis activamente en las sesiones, contestando preguntas,

planteando dudas... pero vosotros decidís.

- No es obligatorio intervenir, pero sí aconsejable.

Material para padres.

Sesión 1: ¿Qué es un trastorno de la conducta alimentaria?

En nuestros días muy poca gente no ha oído hablar de los trastornos de la conducta alimentaria. Se habla del “atracción y el vómito” y de “la anorexia” cada vez con mayor frecuencia. Los trastornos de la conducta alimentaria se relacionan con la desnutrición, convirtiéndose casi en sinónimos. La realidad es que no todos los trastornos de la conducta alimentaria cursan con delgadez extrema. De hecho, la mayoría de la gente que se preocupa por su peso y su figura, hace dieta o come en exceso, no sufre de un trastorno de la conducta alimentaria.

El nexo de unión entre los diferentes trastornos de la conducta alimentaria es la preocupación excesiva por el peso y la figura corporal, que afecta a la calidad de vida y al bienestar. Esta preocupación excesiva conduce, generalmente, a la realización de una serie de conductas para controlar el peso. Estas conductas son: el ayuno y las dietas extremas, ejercicio físico compulsivo, el vómito autoinducido y el uso de laxantes y diuréticos en cantidades y con fines inadecuados.

¿Qué diferencia cada uno de los diagnósticos?

Bulimia nerviosa.

Aunque los esquemas diagnósticos actuales discrepan en algunos aspectos, todos coinciden en tres características que deben estar presentes para diagnosticar una bulimia nerviosa:

- La persona sufre atracones frecuentes. Entendidos como consumo de grandes cantidades de comida en el contexto de una pérdida del control.
- Se utilizan métodos extremos para controlar la figura y el peso. Estos métodos incluyen la provocación del vómito, el abuso de laxantes o diuréticos, ejercicio intenso y compulsivo, dieta intensa o ayuno.
- La persona debe tener una preocupación excesiva sobre su figura, su peso o ambos y debe tener un miedo intenso a engordar y a aumentar de peso. Esta preocupación debe ir más allá de sentirse gordo o no estar contento con su apariencia física. Su vida está dominada por esta preocupación.
- Otra condición para el diagnóstico es que la persona no tenga criterios para diagnosticar una anorexia nerviosa, es decir, no puede tener un peso extremadamente bajo.

Los pacientes con bulimia nerviosa suelen ser mujeres, de entre 20 y 30 años. En muchas ocasiones comenzaron a hacer dietas al final de la pubertad, incluso un tercio de ellas pudieron hacer dietas tan extremas como para considerar una anorexia nerviosa que con el tiempo pasó a ser una bulimia nerviosa. Aunque según los criterios padecer una excluye a la otra, como veremos están muy relacionadas.

Las personas con bulimia nerviosa tienen hábitos alimentarios muy caóticos y, por definición, tienen atracones. Estos típicamente ocurren en el contexto de una restricción dietética extrema. Algunas personas llegan a no comer nada entre los atracones. La mayoría realiza dietas muy estrictas. Algunas vomitan tras cada atracón para intentar expulsar la comida. A veces también se utilizan laxantes o diuréticos por esta razón. Una vez establecidos, estos hábitos tienden a mantenerse, pudiendo aumentar o disminuir en severidad. Las personas que consultan suelen llevar muchos años comiendo de esta forma.

Trastorno por atracón.

El atracón también es el rasgo central de este trastorno de la conducta alimentaria. Es un diagnóstico relativamente nuevo, aunque ya en los años 50 se descubrió que había pacientes obesos con problemas de atracones, no fue hasta los años 80 en que se empezó a estudiar. Se descubrió que la mayoría de la gente que sufre de atracones no tiene criterios de bulimia nerviosa.

Las personas que tienen un trastorno por atracón tienen atracones frecuentemente, pero no utilizan las medidas extremas de control de peso a las que nos referíamos en la bulimia nerviosa. A menudo el diagnóstico que han recibido ha sido el de comedores compulsivos. Esta enfermedad afecta por igual a hombres y a mujeres, con una distribución por edades mucho más amplia, con pacientes de 20 a 50 años.

No es cierto que toda la gente que sufre atracones tenga sobrepeso.

Anorexia nerviosa.

Aunque difiere de la bulimia nerviosa y del trastorno por atracón, están íntimamente relacionados. Deben reunirse dos condiciones para llegar al diagnóstico de anorexia nerviosa:

- La persona debe estar muy por debajo de su peso ideal, y esto debe ser el resultado de sus propios esfuerzos.
- La persona debe estar muy preocupada por su imagen corporal, su peso o ambos. Sin embargo, en lugar de preocuparse por tener un peso muy bajo, la persona teme ganar peso y “estar gorda”. Muchas personas con anorexia nerviosa se ven a sí

mismas como “gordas” a pesar de su bajo peso. Estas actitudes hacia el peso y la imagen corporal son las mismas que en la bulimia nerviosa.

La anorexia nerviosa afecta especialmente a mujeres en la adolescencia o al comienzo de la edad adulta. La gente con este trastorno alcanza esta pérdida extrema de peso comiendo cantidades muy escasas, aunque el exceso de ejercicio físico también puede contribuir. Evitan comer ciertos alimentos que consideran que “engordan” y pueden ayunar durante periodos muy largos. Un tercio de estas personas puede sufrir atracones cuando estos intentos de ayunar se hacen muy prolongados y pierden el control sobre la comida.

La clasificación y descripción de los trastornos de la conducta alimentaria es una entidad en continuo cambio. Aún existen formas de trastornos de la alimentación que no se han descrito y que permanecen bajo el término **Trastorno de la conducta alimentaria no especificado**.

Tarea 1.

En tu opinión, ¿qué puede haber influido en la aparición del trastorno de conducta alimentaria? ¿Qué puede mantener la enfermedad? ¿Qué puede provocar recaídas?

Sesión 2

¿Qué causa un trastorno de la conducta alimentaria y qué lo mantiene?

Desarrollo de la sesión.

Objetivos

Repaso de los conceptos principales de la primera sesión. Aclarar posibles dudas.

Hacer partícipes a los padres a través de la tarea que se les planteó en la primera sesión para introducir la segunda sesión.

Explicar el modelo multicausal de los trastornos de conducta alimentaria.

Establecer las diferencias existentes entre los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de los trastornos de la conducta alimentaria.

Tomar conciencia de cómo ellos pueden estar influyendo sobre los factores mantenedores.

Comienzo de la sesión.

Los padres esperan en la sala de espera y uno de los coterapeutas les avisa para entrar a la sala de grupos cuando ve que la mayoría ha llegado.

Recordamos nuestros nombres y profesiones, y les pedimos a ellos que recuerden el suyo. Aprovechamos la ocasión para la presentación de algún padre nuevo, si le hubiese, que se haya incorporado en esta sesión.

A continuación abrimos un turno de preguntas para posibles dudas que hayan quedado sin resolver sobre la sesión anterior. También les preguntamos *¿qué se llevaron a casa de la sesión 1?*, intentando recoger las ideas principales para poder hacer un repaso de los conceptos nucleares.

Es importante reforzar su participación en las sesiones.

Repaso de la sesión anterior.

Durante el repaso retomamos la diferencia entre enfermedad y salud. No todas las personas con problemas en su alimentación tienen un trastorno de la conducta alimentaria. Se pueden tener problemas alimentarios puntuales que no se convierten en el centro de la vida de una persona, ni dañan su autoestima hasta destruirla.

También recordamos los criterios diagnósticos de los principales trastornos de la alimentación, señalando las características comunes y diferenciales entre ellos, e

incidiendo en la importancia de un abordaje transdiagnóstico de la enfermedad, centrada en los síntomas que aparecen en cada momento y no en el diagnóstico concreto.

Volvemos a repasar la tabla resumen con los diagnósticos de Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Trastorno por atracón.

Respuesta a la tarea.

Una vez hecho el repaso, pasamos a la tarea planteada en la sesión 1 para que los padres fueran pensando en casa sobre los contenidos que vamos a impartir en esta sesión.

Tarea 1

En tu opinión, ¿qué puede haber influido en la aparición del trastorno de conducta alimentaria? ¿Qué puede mantener la enfermedad? ¿Qué puede provocar recaídas?

Según van leyendo sus respuestas vamos escribiendo en una pizarra los conceptos principales que vayan saliendo. Hacemos una columna por cuestión, ya que después les vamos a preguntar si ¿son las mismas cosas las que hacen que aparezca el trastorno de la conducta alimentaria, lo mantienen y provocan recaídas?

¿Qué causa un trastorno de la conducta alimentaria y qué lo mantiene?

“¿Por qué?” es una de las primeras preguntas que se plantean ante cualquier enfermedad y más aún ante un trastorno de la conducta alimentaria. No existe una respuesta sencilla, ni siquiera completa, a esta pregunta [25].

Los conocimientos científicos en cuanto a las causas de los trastornos de la conducta alimentaria son limitados. Sabemos que existen factores que suelen aparecer en este tipo de cuadros, y que no siempre lo hacen ni influyen en la misma medida.

Sin embargo, se puede afirmar que no hay un solo factor responsable, que existen causas psicológicas, físicas y sociales que se combinan entre sí de diversos modos. En cada persona las causas son diferentes y pueden aparecer en momentos distintos .

A continuación pasamos a explicar el modelo causal de los trastornos de conducta alimentaria [27], deteniéndonos primero en los diferentes tipos de factores que contempla este modelo para facilitar el conocimiento de las causas de la enfermedad.

Factores Predisponentes vs. Precipitantes vs. Mantenedores.

Los factores predisponentes son aquellos que están presentes antes de que comience la enfermedad. No desencadenan el problema pero deben estar presentes para que éste se desarrolle. Podemos utilizar algún ejemplo para clarificar, (asma – sensibilidad de la vía aérea que sólo se va a desarrollar en determinados ambientes).

Después enumeramos y explicamos los factores predisponentes.

- Factores biológicos.
 - Genética. No se trata de un modelo de transmisión directa sino que es complejo. Se transmite la predisposición a padecer la enfermedad y esto puede ocurrir ante diferentes circunstancias. Esta vulnerabilidad biológica se traduciría en una dismaduración hipotalámica y de ciertas vías de transmisión neuronal, así como en alteraciones en la actividad cerebral de algunos neurotransmisores. Estudios genéticos que se han llevado a cabo en gemelos, han demostrado una concordancia entre monocigotos del 55% frente al 10% objetivada en gemelos dicigotos con respecto a la transmisión de la enfermedad [31]. Con frecuencia se encuentran antecedentes familiares de trastornos en la esfera afectiva y de trastornos de la alimentación. En este momento es necesario explorar en los padres la culpa por haber sido una posible causa del trastorno.
- Factores psicológicos.
 - Personalidad. Se han identificado ciertas características típicas en la personalidad de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Suelen ser personas con tendencia al perfeccionismo, a la obediencia y a la sumisión, pero con actitudes competitivas y una búsqueda de ideales elevados. Refieren sentimientos de incapacidad a la hora de afrontar las exigencias de la vida, de sacrificio, con tendencia al aislamiento y a la labilidad emocional e irritación. Su autoestima es baja y tienen dificultad para identificar y expresar sus sentimientos. Por lo general, los pacientes con AN de tipo restrictivo son reservados, inhibidos, con tendencia a la obsesividad. Sin embargo, los de tipo bulímico son más extrovertidos, emocionalmente lábiles e impulsivos, con conductas más desorganizadas [31].

En este punto intentamos rescatar algunos de los rasgos de sus hijas que han mencionado durante la puesta en común de la tarea 1 para ejemplificar este factor.

También señalamos el continuo en el que los rasgos de personalidad pueden moverse, y el daño que causa llevar estos rasgos al extremo.

- Factores socioculturales. Los factores del entorno y las circunstancias de la persona juegan un papel importante en la aparición del trastorno. Si tenemos en cuenta la distribución social de este tipo de trastornos, no afectan por igual en los diferentes países ni en los diferentes niveles socioeconómicos. Cuando se habla de la Anorexia Nerviosa, se habla de una enfermedad occidental. En los países pobres se tiene una visión de la obesidad como prosperidad, y en los países ricos está asociada a algo negativo. Todas las culturas han tenido unos patrones de belleza propios, que venían determinados por las características sociales y los valores morales de la época. El modelo de belleza que actualmente se defiende es un modelo irreal, y existe una gran presión social para alcanzar este modelo. Se ha pasado de promocionar el ejercicio como algo saludable en sí mismo, a promocionarlo como medio para conseguir la delgadez del modelo de belleza ansiado (chicas delgadas y chicos musculados).

Una vez explicados los factores predisponentes, buscamos la participación de los padres mediante la siguiente pregunta *¿Cuáles de estos factores predisponentes podéis reconocer en vuestros/as hijos/as?*

Además de factores que predisponen para la enfermedad, existen factores que la precipitan [27]. Los factores precipitantes actúan sólo cuando ya existen factores predisponentes y no lo hacen sin la presencia de éstos. Son “la gota que colma el vaso”, lleno ya con los factores predisponentes. Cualquier acontecimiento productor de estrés, puede ser el precipitante de un trastorno de la conducta alimentaria. Se trata de hechos cronológicamente previos a la aparición de la enfermedad que parecen actuar como desencadenantes de ésta.

En este momento es importante recordar, que cada persona reacciona de forma diferente al estrés.

Antes de detenernos en los precipitantes más comunes, les preguntamos a los padres *¿Cuál puede haber sido el precipitante más importante en la enfermedad de vuestros/as hijos/as?*

Vamos recogiendo sus respuestas en la pizarra y seguimos adelante con la explicación.

Entre los factores precipitantes, el que se encuentra con mayor frecuencia es la pubertad, ya que conlleva cambios físicos, psicológicos, en la relación con los demás y en sus emociones.

Junto con los cambios propios de la adolescencia, situaciones familiares conflictivas, separaciones, pérdida de seres queridos, fracaso en las relaciones sociales..., son situaciones que se encuentran de forma casi constante en la génesis de este trastorno. En cierto modo pierden el control sobre los acontecimientos y entran en el terreno de los adultos, donde tienen que tomar decisiones y elegir proyectos a largo plazo. La comida es un lenguaje poderoso en este camino, ya que le permite sentir control sobre algunos aspectos de su vida, ser admirado, envidiado y tenido en cuenta.

Se han definido una serie de factores que parecen influir perpetuando y agravando la enfermedad, son los factores mantenedores [27]. Aquellos factores que hayan sido precipitantes y sigan activos, van a convertirse en mantenedores. Determinadas reacciones del paciente y del entorno ante la enfermedad también van a ser mantenedoras de la misma.

Les preguntamos *¿Qué reacciones del entorno ante la enfermedad pueden ser factores mantenedores?*

Una vez que hemos recogido sus aportaciones les ponemos algunos ejemplos:

- Decirle lo guapa que está a una chica que pierde peso.
- Obligar a comer, decidir por él/ella... hacerles perder el control de la situación.
- Su propio sentimiento de bienestar, de poder, al tener algo bajo control.
- Un factor estresante que sigue estando presente (por ejemplo burlas en el colegio).

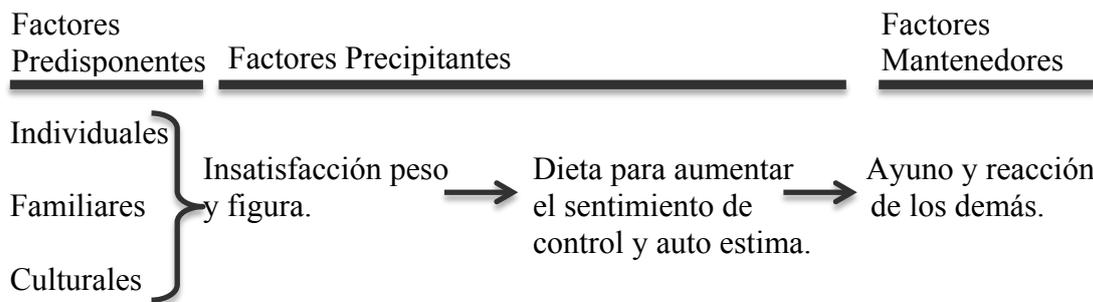
Después les explicamos que la propia enfermedad en su origen y desarrollo conlleva la creación de valores y pensamientos distorsionados (ponemos algún ejemplo, “todo o nada”). Su temor irracional a aumentar de peso, la valoración negativa que hacen de su imagen corporal, las distorsiones en la percepción de su propio cuerpo, el control exhaustivo que ejercen sobre su alimentación y su peso, el estado de desnutrición, los cambios metabólicos y las alteraciones gastrointestinales que se producen, y una amplia gama de síntomas propios de la enfermedad, van a actuar como factores mantenedores de la misma, estableciendo un círculo vicioso del que va a ser difícil salir [2].

Por otro lado, las relaciones familiares se ven gravemente alteradas. La enfermedad se convierte en el eje central entorno al cual giran todas las dinámicas familiares, reforzando de este modo los síntomas [32].

Según avanza la enfermedad las relaciones sociales también se deterioran, evitando los contactos sociales, aislándose y “encerrándose en su mundo”.

Ponemos especial énfasis en la idea de que no todos los factores mantenedores pueden ser modificados, y que sólo vamos a poder influir sobre algunos de ellos, nosotros como terapeutas y ellos como padres.

A continuación les presentamos el esquema del modelo causal [27] [25] de los trastornos de la conducta alimentaria a modo de resumen.



Dos caras de la misma moneda.

Cuando hablamos de Anorexia y Bulimia nerviosas, estamos hablando de dos caras de la misma moneda. Pasar de un síntoma a otro es relativamente fácil, ya que unos son factores mantenedores de otros [33]. Por ejemplo, es común encontrar pacientes diagnosticados de Bulimia nerviosa que comenzaron con restricción alimentaria e incluso con un cuadro de Anorexia nerviosa.



Es frecuente que la persona empiece haciendo dieta y perdiendo peso en la adolescencia, a pesar de que muy pocas presentan sobrepeso en esta época. Suele ser consecuencia de haber sufrido comentarios peyorativos sobre su cuerpo, secundarias a enfermedades somáticas o por necesidades deportivas y/o profesionales.

Cuando la pérdida de peso es extrema, lleva al desarrollo de una Anorexia nerviosa. Después de un periodo variable de tiempo se puede perder el control sobre la ingesta y comenzar con atracones, recuperando así el peso original. Un exceso de control prolongado en el tiempo puede dar lugar a su contrario, descontrol.

Las personas que tienen un sobrepeso, generalmente desde la infancia, pueden debutar con un trastorno por atracón:

Sobrepeso ➡ Dieta ➡ Atracón

Al contrario que en la primera vía, estas personas comienzan a hacer una dieta en respuesta a un sobrepeso de diferente gravedad, y pueden ser dietas indicadas y supervisadas por un médico.

En otras personas puede predominar un problema de impulsividad, y los atracones se convierten en una vía de escape para aliviar las tensiones generadas por situaciones conflictivas o emociones difíciles de afrontar. En éstas, la dieta no parece jugar un papel importante [33].

Aunque estas vías son las más comunes, pueden existir muchas otras.

Más que comida.

Antes de finalizar la sesión es importante insistir en que los trastornos de conducta alimentaria son mucho más que problemas con la comida. Mucha gente cree que tener anorexia es solamente no querer comer por miedo a engordar, y es mucho más que eso, es no gustarte como persona, no aceptar como eres, querer ser el o la mejor para compensar el sentimiento de pequeñez que se tiene. Las personas con trastornos de la conducta alimentaria utilizan la comida y el control de la misma en un intento de compensar emociones que de otra manera son vistas como insoportables, y que se sienten incapaces de afrontar [25]. Para algunos, la dieta, el atracón y el vómito, pueden comenzar como una forma de lidiar con emociones dolorosas y situaciones que le hacen sentir que pierden el control de su propia vida. Al final estos comportamientos que utilizan como modo de “no afrontar su realidad”, de escapar de ella, dañan su salud física y emocional, su autoestima.

Final de la sesión.

Finalizaremos la parte teórica e introduciremos la parte final de la sesión haciendo una recapitulación rápida de los temas principales.

Abriremos un turno de preguntas para aclarar aquellos conceptos que hayan producido dudas, si no las hay también podemos preguntar *¿Qué es lo que más os ha sorprendido de todo lo que os hemos contado?*

Presentamos la tarea para la próxima sesión:

Tarea 2

¿Qué síntoma del trastorno de la conducta alimentaria te parece más incapacitante?

Terminaremos con comentarios positivos, por ejemplo dando las gracias por su tiempo y atención.

Entregaremos el material escrito y recordaremos la fecha, hora y lugar para la próxima sesión.

Material para padres.

Sesión 2: ¿Qué causa un trastorno de la conducta alimentaria y qué lo mantiene?

No hay una respuesta sencilla – ni siquiera completa – a esta pregunta. Los conocimientos científicos en cuanto a las causas de un trastorno de la conducta alimentaria son limitados.

Sin embargo puede afirmarse que no hay un sólo factor responsable. Existen causas psicológicas, sociales y físicas, que se combinan de forma diferente. En cada persona las causas son diferentes.

El diagnóstico de Bulimia nerviosa, por ejemplo, ha aparecido recientemente y afecta sólo a algunos países. Esto sugiere que los factores del entorno y las circunstancias que rodean a la persona juegan un papel importante en la aparición del trastorno. Los factores sociales son importantes agentes del entorno implicados pero no únicos. Algunos factores psicológicos como la baja autoestima y el perfeccionismo también parecen implicados. Otros estudios han demostrado que en las familias suelen aparecer varios miembros afectados por trastornos de la conducta alimentaria, lo que nos haría pensar en un factor genético, es decir físico.

Los factores que están presentes en el individuo y que aumentan el riesgo de padecer la enfermedad se denominan **factores predisponentes**. Son necesarios para que aparezca la enfermedad pero no suficientes por sí mismos.

Factores Psicológicos.

Baja autoestima.

Sentimientos de insuficiencia o falta de control de su vida.

Depresión, ansiedad, rabia y soledad.

Factores Interpersonales.

Relaciones personales y familiares problemáticas.

Dificultad para expresar sentimientos y emociones.

Factores Sociales.

Presiones culturales que glorifican “la delgadez” y le dan valor a obtener un “cuerpo perfecto”.

Definiciones muy concretas de belleza que incluyen solamente mujeres y hombres con determinados pesos y figuras.

Normas culturales que valoran a la gente en base a su apariencia física y no a sus cualidades y virtudes en otros ámbitos de la vida.

Factores Biológicos.

Factores genéticos.

Desequilibrio de ciertos neurotransmisores.

Además de estos factores, que predisponen para la enfermedad, existen **factores precipitantes** (también conocidos como desencadenantes). Son los que “encienden la mecha” de la enfermedad. Suelen estar relacionados con estresores vitales: en el ámbito laboral, de la relación familiar, agresiones por parte de los demás (burlas por ejemplo), traumas (abusos físicos o psicológicos)... Los factores precipitantes más frecuentes son la pubertad, por tratarse de una época de cambios físicos y emocionales profundos, y la realización de una dieta.

Existe un tercer tipo de factores, los **factores mantenedores**, que son aquellos que perpetúan y mantienen la enfermedad una vez que ésta se ha desarrollado. Son los que impiden que la persona salga del trastorno y son aquellos sobre los que podemos actuar cuando la enfermedad está presente. Incluyen aquellos factores precipitantes que sigan activos (por ejemplo estresores que se prolongan en el tiempo) y reacciones ante el trastorno del propio paciente y del entorno. Por ejemplo tras un atracón el paciente tiende a restringir saltándose comidas para “compensar” el exceso de alimento que ha ingerido. Este déficit en la alimentación hace que las necesidades de energía del cuerpo aumenten haciendo más probable que pierda el control y vuelva a tener otro atracón, perpetuando el trastorno.

No sólo puede haber combinaciones de factores diferentes sino que también el orden de éstos puede ser diferente en cada caso. Se puede entrar en la enfermedad por diferentes caminos y se pueden crear “círculos” diferentes. Esto hace que cada enfermedad sea distinta y que puedan aparecer síntomas diferentes en cada momento.

Podemos encontrar, por ejemplo, personas que comienzan realizando una dieta por sobrepeso, que posteriormente se hace extrema y termina finalmente en un trastorno por atracón. También podemos encontrar personas con un peso normal que después de un episodio estresante en sus vidas comienzan con atracones y posteriormente terminan “compensando” con conductas purgativas como el vómito autoprovocado y la toma de laxantes.

Mientras que los trastornos de la conducta alimentaria pueden comenzar con preocupaciones con la comida y peso, son mucho más que solamente comida. En ocasiones son un intento de compensar los sentimientos y emociones que de otra manera son vistos como insoportables. Para algunos, la dieta, el atracón y la purga, pueden comenzar como una forma de lidiar con las emociones dolorosas y sentirse en control de su propia vida, pero al final estos comportamientos dañan la autoestima, la salud física y emocional.

Tarea 2.

¿Qué síntoma del Trastorno de Conducta Alimentaria te parece más incapacitante?

Sesión 3

Síntomas de los
trastornos de la conducta
alimentaria (I).

Desarrollo de la sesión.

Objetivos

Repaso de las ideas principales de la sesión anterior. Reflexiones y dudas. Establecer una continuidad entre sesiones.

Seguir facilitando y reforzando la intervención de los padres, su papel activo durante las sesiones y en el proceso de la enfermedad.

Dar a conocer los principales síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria y cómo se relacionan entre sí.

Ver las diferencias individuales en cuanto a los síntomas.

Comienzo de la sesión.

Tras los saludos iniciales les preguntamos si tienen alguna duda, pregunta o reflexión sobre las sesiones anteriores antes de continuar. Una vez aclaradas, haremos un resumen de las ideas principales expuestas en la sesión 2:

- ¿Por qué se produce un trastorno de la conducta alimentaria?
- No hablamos de una causalidad lineal, causa-efecto. Hay múltiples causas en cada caso.
- Repasamos los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores a través de algún caso que nos sirva como ejemplo. Pedimos a algún voluntario que nos cuente un caso imaginario y lo completamos con aportaciones de otros voluntarios. Si tienen dificultades podemos presentarlo nosotros.
- Recordamos el modelo causal de la enfermedad y los diagramas de flujo.
- Los síntomas de la enfermedad se relacionan entre sí y hacen que ésta se mantenga.

Una vez finalizado el resumen ponemos en común las respuestas a la Tarea 2.

Tarea 2

¿Qué síntoma del trastorno de la conducta alimentaria te parece más incapacitante?

Enumeramos los síntomas que conozcan, los podemos escribir en una pizarra. Les preguntamos *¿qué entienden por incapacitante?*, mostrándoles las diferencias que puedan aparecer entre sus consideraciones. En cada persona puede ser más incapacitante un síntoma u otro.

Introducción a los síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria.

Iniciamos la presentación del material preparado para esta sesión con los objetivos principales: conocer los síntomas más comunes de los trastornos de la conducta alimentaria, su origen, qué los mantiene, qué consecuencias tienen, cómo se relacionan con el resto de síntomas y con otras conductas que pueden aparecer, y cómo se pueden tratar.

En la primera diapositiva que les presentamos aparece la siguiente frase:

“Mi confianza y mi autoestima se basan en la idea de que debo ser atractiva físicamente, es decir delgada. Cuando pongo algún kilo, aunque sea sólo uno, estoy fea y no quiero vivir. Esto me ayuda a aguantar comiendo lo menos posible”.

Leemos en voz alta y les hacemos la siguiente pregunta,

¿Habéis oído esta frase o alguna parecida en vuestros/as hijos/as? y si es así les pedimos que las comenten.

También nos interesa saber *¿Por qué creéis que dicen eso?*

A continuación explicamos los síntomas centrales de la enfermedad.

Preocupación por la apariencia y el peso.

Las personas que padecen un trastorno de la conducta alimentaria sufren de una preocupación extrema por el peso y la figura. Estos pensamientos son tan intensos que toda su vida termina girando entorno a ellos, nada es tan importante.

La preocupación por la apariencia y el peso es el factor mantenedor de la enfermedad más importante.

Después pasamos a explicarles ¿De dónde viene esta preocupación extrema?

La trampa de la autoestima.

La autoestima de las personas se construye sobre muchos factores: su capacidad para las relaciones con los otros, su capacidad en el trabajo o en los estudios, sus aficiones, sus características personales...

Cuando una persona está preocupada en exceso por la apariencia y el peso, estos suelen ser los únicos factores implicados en la autoestima y en la felicidad [24]. Las variaciones de peso y los cambios en la figura llegan a ser tan importantes porque constituyen la única forma que tiene la persona de sentirse valiosa. No podemos olvidar la distorsión que estos pacientes suelen tener en la percepción de su imagen corporal, con lo cual van a entrar en un círculo sin salida en el que la persona intenta llegar a una meta que se va alejando cada vez más.

Podemos utilizar varios ejemplos para clarificar este aspecto.

Ejemplo de la casa. Una casa que se construye sobre diferentes pilares tiene una estructura más sólida y resistente ante las “tormentas de la vida” que otra que se construya sobre un único pilar. Los pilares vienen a ser los factores (familia, amigos, pareja, estudios, trabajo, apariencia física, aficiones...) sobre los que se construye la autoestima de una persona, que sería la casa en su totalidad.

Les pedimos que se imaginen una casa (autoestima) construida sobre un único pilar, su aspecto físico, lo expuesta que está ante las tormentas y lo fácil que es que se derrumbe. Si no consiguen la apariencia física deseada, no valen para nada. Abandonan el resto de los aspectos de su vida, el resto de los pilares, y el único pilar que sostiene la casa cojea porque nunca consiguen llegar al ideal que desean.

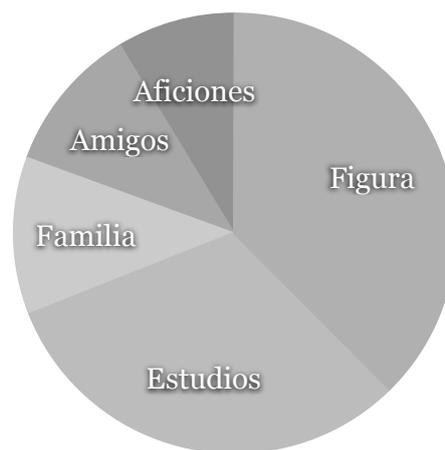
Otro ejemplo:

Ejemplo del deportista famoso [24]. Un deportista profesional tiene un don, algo en su vida que le produce muchas satisfacciones y a lo que dedica mucho tiempo. Suele ser conocido por ello y de ello dependen muchos factores de su vida (economía, relaciones, dónde va a vivir, quiénes van a ser sus compañeros...) y en gran parte su autoestima. Si un futbolista se lesiona estos factores se tambalean, desaparece el factor más importante para su autoestima. Como veíamos antes, en personas sanas la autoestima está conformada por más factores. Como la pareja, la familia, los amigos...

Una vez que hemos visto los ejemplos y nos hemos asegurado de que han comprendido la idea principal, volvemos a centrar la sesión en ellos haciéndoles la siguiente pregunta:

¿En qué creéis que se basa la autoestima de vuestros/as hijos/as?

Construimos varias gráficas de sectores (“quesitos”) de ejemplo teniendo en cuenta lo que van diciendo ellos sobre los factores que sustentan la autoestima de sus hijas.



Vamos valorando el porcentaje en el que se presenta cada factor dentro del total.

En este punto vamos a retomar el apartado de las causas psicológicas explicadas en la sesión 2, donde se señalaba la baja autoestima como uno de los factores predisponentes dentro de su personalidad.

Abordamos los riesgos de basar la autoestima en un solo factor [24], sea el que sea. Es como jugárselo todo a una carta, y si la carta es mala... Se olvidan del resto de los aspectos de sus vidas.

Presentamos una nueva diapositiva con otra frase para mostrar el poder de la obsesión y las consecuencias negativas de la misma.

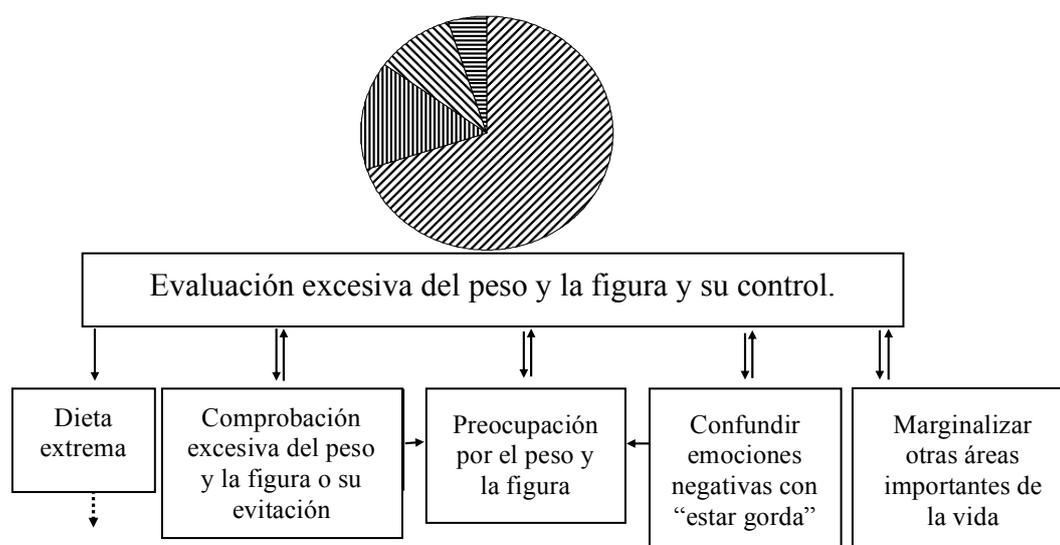
“Había pasado el tiempo, me había hecho una mujer y me di cuenta con mucha tristeza de cuánta energía había gastado en controlar mi peso y mi alimentación. Podría haber hecho algo productivo con mi energía – construir relaciones más sólidas con los demás, leer, escribir... no sé qué hubiera hecho pero no quiero que la gente me recuerde como “ésa que quería estar delgada”.

Estar obligado a “medirse” según el peso y la figura trae muchos problemas. El peso y la figura no están bajo nuestro control de forma absoluta. El peso está muy controlado fisiológicamente y es muy difícil influir en él a largo plazo.

En la comparación con los demás siempre salen perdiendo. Nunca es suficiente el control que tienen sobre la comida y el peso para alcanzar el ideal de perfección que existe en sus cabezas, que por definición es imposible.

Esta obsesión por controlar la comida y el peso lleva a actitudes extremas que perpetúan el problema.

En el transcurso de la enfermedad, aparecen comportamientos que mantienen y en ocasiones aumentan las preocupaciones por el peso y la figura [24].



No profundizamos demasiado en esta parte, ya que va a ser la tarea y el nexos con la próxima sesión. Nos centramos en como darle una importancia excesiva al peso y a la figura, lleva a un control y a una preocupación extrema por los mismos.

Preocupación por el peso.

Mostramos y leemos por tercera vez una diapositiva con frases de pacientes:

“Estoy obsesionada con mi peso. Me peso una y otra vez, a veces hasta 15 veces al día. Otras veces mi cuerpo me da tanto asco que no soy capaz de pesarme en una semana.”

Pesarse se convierte en un momento muy importante entorno al cual giran sus vidas. Algunas personas llegan a pesarse muchas veces a lo largo de todo el día, interfiriendo en su actividad cotidiana. Es frecuente que con el tiempo se haga intolerable pesarse tantas veces al día y se pase al extremo de no querer pisar una báscula, fundamentalmente cuando se alejan de su ideal de peso, de la meta establecida. Incluso en estos periodos, se mantiene una preocupación extrema por el peso.

La trampa del peso.

En este apartado explicamos por qué generalmente se les oculta el peso, se les pesa de espaldas y se les recomienda no pesarse cuando están en tratamiento.

Ya que sus vidas giran en torno al peso las 24 horas del día, no podemos colaborar con la enfermedad y debemos tratar de quitarle importancia al peso. Pesarse a menudo refuerza la idea de que la mejoría o empeoramiento de la enfermedad está basada en el peso únicamente, y hemos visto que hay personas con un peso normal que también presentan alteraciones graves de la conducta alimentaria y una clara obsesión por el peso y la figura [24].

Si hay que quitarle importancia, ¿por qué las pesáis con frecuencia cuando acuden al tratamiento? Efectivamente, durante el tratamiento es necesario pesar a los pacientes. Especialmente cuando existe un peso muy por debajo de la normalidad. Los médicos deben conocerlo y vigilarlo para evitar llegar a un IMC que suponga un riesgo vital. Por eso los pesos se realizan de espaldas y sin decirle el resultado al paciente.

En los pacientes existe una importante distorsión en la interpretación del peso. Interpretar el peso no es tan fácil como parece debido a que existen variaciones diarias en el peso de una persona de hasta un kilo, por eso son necesarias mediciones en varias semanas para saber qué está ocurriendo.

Cada vez que nos subimos a una báscula existen muchos errores, basados en la cantidad de líquidos, los movimientos intestinales y el ciclo menstrual, principalmente. Por ello no es conveniente tomar decisiones, ni clínicas ni personales, basadas en un sólo dato (aunque a veces se haga, por ejemplo en contextos de renutrición).

Tampoco se puede pretender alcanzar y mantener un peso exacto, ya que por las fluctuaciones nunca vamos a mantenernos en ese “peso deseado”. Es como intentar mantener siempre el mismo pulso o el mismo número de respiraciones por minuto.

Cuando existen, al menos, cuatro medidas del peso en semanas diferentes, podemos buscar una tendencia. Para ello hay que ser muy objetivo y conviene hacerlo con la ayuda de un terapeuta. La distorsión puede jugaros una mala pasada.

Si el “número” ha subido, la preocupación excesiva por el peso puede hacerles pensar que el peso ha aumentado aunque se trate de una variación normal a lo largo del día. Eso hará que la obsesión se dispare y que se controle el peso de una forma más extrema (restricción, vómitos, laxantes...).

Si el “número” se ha mantenido igual puede hacerles pensar, “no estoy haciendo lo suficiente”, por lo que las medidas de control del peso se hacen más extremas.

Si el “número” ha disminuido puede hacerles pensar, “lo estoy haciendo bien”, “quiero perder más”, por lo que se mantienen las medidas extremas de control de peso.

Ninguna de las posibles respuestas de la báscula va a ser satisfactoria. Esa es la trampa del peso.

El peso es una mala medida de la masa corporal, ya que no tiene en cuenta ni la altura ni las particularidades en la composición corporal de cada persona. El índice de masa corporal (IMC o BMI) tiene en cuenta la altura pero no la composición corporal. Se calcula dividiendo el peso (en kg) entre la altura (en metros) al cuadrado. Es una medida mejor pero sigue siendo sólo una aproximación. Un IMC dentro de la normalidad debe estar entre 20 y 25.

Preocupación por la figura.

Para finalizar presentamos la cuarta diapositiva con frases de pacientes:

“No tengo palabras suficientes para explicar el asco que me da mi cuerpo. Quisiera que la ropa lo ocultase por completo. No puedo soportar verme desnuda. He tapado todos los espejos de mi casa. Me ducho en lugar de bañarme. No he ido de compras en tres años”

A continuación les preguntamos a los padres, *¿Os han dicho algo parecido? ¿Os preguntan si están gordos/as, si están bien con tal o cual ropa...?*

La preocupación sobre la apariencia es tan frecuente como la preocupación sobre el peso en personas con trastornos de alimentación [24]. No existen escalas para medir la apariencia, como el peso, pero aparecen otras estrategias. A menudo se miden partes del cuerpo con sus propias manos o con cintas métricas, o utilizan ropa ceñida para comprobar si cierta parte del cuerpo ha aumentado su tamaño.

La vergüenza sobre cómo piensan que es su apariencia puede interferir en sus actividades cotidianas. Algunas se aíslan en casa y evitan todo tipo de contacto social. Se evita que los demás vean el cuerpo e incluso evitan verlo ellas mismas. Se evita ir a la piscina, la ropa que muestra el cuerpo, se retiran los espejos y la vida sexual

frecuentemente se ve afectada. Cuando reciben comentarios positivos sobre su apariencia física suelen obviarlos, interpretarlos negativamente o desconfiar de su veracidad “me están mintiendo”, lo que provoca en ellas enfado.

Final de la sesión.

Dejaremos un espacio para que puedan preguntarnos acerca de los temas tratados en la sesión.

Es muy importante que todas las dudas queden resueltas ya que en esta sesión se aborda un tema nuclear de la enfermedad.

Plantaremos la tarea a trabajar para el próximo día.

Tarea 3

¿Qué consecuencias tiene la obsesión por el peso y la figura en mi hijo/a?

Nos despedimos recordando el día, la hora y el lugar de la próxima sesión del grupo.

Material para padres.

Sesión 3: Síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria (I).

La trampa de la autoestima.

La autoestima de las personas se construye sobre muchos factores: su capacidad para las relaciones con los demás, con su familia, su capacidad en el trabajo o los estudios, sus aficiones, sus características personales... Pero cuando una persona deja de lado el resto de factores y se valora únicamente por la apariencia y el peso aparece la enfermedad.

Como consecuencia de esta conformación de la autoestima aparecen el resto de síntomas: la dieta extrema, la preocupación extrema por el peso y la figura, su comprobación de una manera compulsiva y el abandono de otros aspectos de la vida que no forman parte de este factor. Las emociones se identifican con el cuerpo: las negativas con el aumento de peso o con una figura que no satisface y las positivas con la pérdida de peso.

El control del peso y los cambios en la figura llegan a ser tan importantes porque constituyen la única forma que tiene la persona de valorarse.

Las personas que padecen un trastorno de la alimentación sufren de una preocupación extrema por el peso y la figura. Estos pensamientos son tan intensos que toda la vida de la persona acaba girando en torno a ellos; nada es tan importante.

La preocupación por la apariencia y el peso es el factor mantenedor de la enfermedad más importante.

Además la valoración del peso y los cambios en la figura suelen estar distorsionados, con lo cual se entra en un círculo sin salida en el que la persona intenta llegar a una meta que se va alejando cada vez más.

Preocupación por el peso.

Pesarse se convierte en un momento muy importante. Algunas personas llegan a pesarse muchas veces al día. Sin embargo, con el tiempo se hace intolerable pesarse tantas veces al día y se pasa al extremo de no pesarse en absoluto. Incluso en estos periodos se mantiene una preocupación extrema por el peso.

Pesarse a menudo refuerza la idea de que la mejoría o empeoramiento de la enfermedad está basada en el peso pero hay personas con un peso normal que también tienen alteraciones graves de la conducta alimentaria.

Además existen variaciones diarias en el peso de hasta un kilo, son necesarias mediciones en varias semanas para saber qué está ocurriendo. Un peso tiene muchos errores, basados en la cantidad de líquidos, los movimientos intestinales y el ciclo menstrual, principalmente. Por ello, no se pueden tomar decisiones, ni clínicas ni personales, basadas en un sólo dato.

Tampoco se puede pretender alcanzar y mantener un peso exacto, ya que por las fluctuaciones nunca vamos a mantenernos en ese “peso deseado”. Es como intentar mantener siempre el mismo pulso cardiaco.

Cuando existen, al menos, cuatro medidas semanales del peso, podemos buscar una tendencia. Para ello hay que ser muy objetivo y conviene hacerlo con la ayuda de un terapeuta.

Si el “número” ha subido, la preocupación excesiva por el peso puede hacernos pensar que el peso ha aumentado (aunque se trate de una variación normal a lo largo del día). Eso hará que las medidas de control del peso se hagan aún más extrema (restricción, vómitos, laxantes...).

Si el “número” se ha mantenido igual, puede hacernos pensar que “no estamos haciendo lo suficiente” por lo que las medidas de control del peso se hacen más extremas.

Si el “número” ha bajado, puede hacernos pensar que lo “estamos haciendo bien” por lo que se mantienen las medidas extremas de control de peso.

Ninguna de las posibles respuestas de la báscula va a ser satisfactoria. Esa es la trampa del peso.

El peso es una mala medida de la masa corporal, ya que no tiene en cuenta ni la altura ni las particularidades en la composición corporal de cada persona. El índice de masa corporal (IMC o BMI) tiene en cuenta la altura pero no la composición corporal. Se calcula dividiendo el peso (en kg) entre la altura (en metros) al cuadrado. Es una medida mejor pero sigue siendo sólo una aproximación. Un IMC dentro de la normalidad debe estar entre 20 y 25.

Preocupación por la figura.

La preocupación sobre la apariencia es tan frecuente como la preocupación sobre el peso en personas con trastornos de alimentación. No existen escalas para medir la apariencia, como el peso, pero aparecen otras estrategias. A menudo se miden partes del cuerpo como las rodillas o se utiliza ropa ceñida para comprobar si cierta parte del cuerpo ha aumentado su tamaño.

La vergüenza sobre su apariencia puede interferir en las actividades cotidianas. Se evita que los demás vean el cuerpo e incluso evitan ver el suyo propio. Se evita ir a la piscina, la ropa que muestra el cuerpo, se retiran los espejos y la vida sexual también puede verse afectada. Cuando se reciben comentarios positivos sobre la apariencia suelen obviarse o incluso interpretarse negativamente.

Tarea 3.

¿Qué consecuencias tiene la obsesión por el peso y la figura en mi hijo/a?

Sesión 4

Síntomas de los
trastornos de la conducta
alimentaria (II).

Desarrollo de la sesión.

Objetivos

Repaso de los conceptos principales de la tercera sesión. Aclarar posibles dudas.

Hacer partícipes a los padres a través de la tarea que se les planteó en la tercera sesión para introducir la cuarta sesión.

Conocer las consecuencias más importantes de la obsesión y la autoestima basada en el peso y la figura: Dieta extrema - comida compulsiva y mecanismos purgativos.

Aprender a diferenciar una dieta de una dieta extrema.

Conocer los diferentes mecanismos de purga.

Conocer los mecanismos por los que se convierten en factores mantenedores de la enfermedad.

Comienzo de la sesión.

Comenzamos la sesión saludando a todos los asistentes y agradeciéndoles su presencia en el grupo.

Dejamos un espacio para que los padres puedan plantear dudas, preguntas o reflexiones de la sesión anterior.

Si alguno de los asistentes no estuvo en la sesión anterior intentaremos que los demás le expliquen en qué consistió. De esa forma repasamos la sesión, podemos valorar lo que ellos han entendido y facilitamos que la persona que no acudió pueda aprovechar la sesión.

Repaso de la sesión anterior.

Aunque hayamos respondido a preguntas o alguno de los padres haya hecho su propio resumen, repasaremos los puntos principales de la sesión anterior.

Comenzamos recordando la conformación de la autoestima. ¿En qué se basa la autoestima? Dejaremos que ellos respondan dando especial importancia a que en las personas sanas la autoestima se basa en varios campos de distintos ámbitos de la vida

mientras que en las personas con trastornos de alimentación suele centrarse sólo en el peso y la figura [24].

Hablaremos a continuación de cómo esta conformación supone el primer paso para la trampa de la autoestima. Señalamos que de una forma natural se produce un aumento en la importancia que se le da al peso y la figura, llegando a producir las consecuencias que vimos en la sesión anterior: dieta extrema, comprobación excesiva, preocupación, asociación de las emociones al peso o la figura y abandono de otras áreas de la vida.

Preguntar si han reflexionado sobre ello, si han visto a sus hijos/hijas identificados en este esquema y qué consecuencias ha tenido en cada caso particular “jugarse la autoestima a la única carta del peso y la figura”. Hablaremos de la “mala carta” recordando que no se puede controlar, que conlleva comparaciones continuas y actitudes extremas, que veremos a continuación.

Se vuelve también a la trampa del peso. Comenzaremos recordando que la comprobación del peso refuerza la idea de que el peso va unido a los sentimientos. De esa forma es más fácil caer en la distorsión y vivir las fluctuaciones normales como verdaderos problemas en la vida de la persona, que influyen en qué ánimo va a tener ese día. Vemos que el peso es un arma de doble filo ya que se intenta eliminar los sentimientos negativos bajando de peso y al no ser suficiente se suelen provocar estos mismos efectos negativos generando un círculo, en el que nada es suficiente.

Respuesta a la tarea.

Tarea 3

¿Qué consecuencias tiene la obsesión por el peso y la figura en mi hijo/a?

Buscamos las respuestas a la tarea. Escuchamos las diferentes consecuencias, haciendo hincapié en la obsesión como síntoma cardinal, consecuencia de una conformación alterada de la autoestima y como origen de muchos de los otros síntomas.

A primera vista podemos quedarnos con muchos de estos síntomas pero no podemos olvidar que el factor mantenedor más importante es la obsesión por el peso y la figura. Podemos acercarnos a los otros síntomas pero sin olvidar esta obsesión.

Dieta extrema y comida compulsiva.

Como acabamos de ver, los síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria, derivan de una obsesión, que a su vez es consecuencia de que la autoestima esté condicionada sólo por el peso y la figura [24]. Hablaremos hoy de dos síntomas que van unidos. Como consecuencia de una obsesión por estos elementos aparece frecuentemente la dieta extrema, pero en otras ocasiones se pierde el control sobre la comida, dando lugar a la comida compulsiva.

Consideramos que existe una dieta extrema cuando ésta tiene un significado más allá de perder peso.

Podemos preguntar a los padres *¿Qué puede significar una dieta más allá de perder peso?*

Generalmente las personas con trastornos de la alimentación piensan que:

- La dieta es una medida de la fuerza de voluntad.
- Cada fallo que se produce en la dieta es una debilidad personal. Supone un fracaso absoluto.
- La dieta es lo único que proporciona control sobre uno mismo y sobre los demás y es la única fuente de felicidad.
- La dieta es el único método para mantener la figura y el peso.
- Si se producen sentimientos negativos, fallos en la dieta o atracones, la dieta aún más extrema es la única forma de compensarlos y volver a una situación de equilibrio.
- En pacientes con sobrepeso, bajar de peso es la única manera de encontrar la felicidad. La dieta es la única herramienta para conseguirlo.

La dieta supone uno de los factores desencadenantes más importantes. Aprovechamos para recordar ese hecho. No sólo va a suponer un factor mantenedor sino que puede aparecer como detonante del cuadro.

Podemos ilustrarlo con un ejemplo bibliográfico. En 1990 se publicó un estudio en el que participaron 176 chicas de 8 colegios públicos de Londres [34]. Se les entrevistó en dos ocasiones separadas por un año. En la primera de esas entrevistas un 35% de ellas (tenían 15 años) reconocía estar haciendo dieta. En la segunda entrevista, gran parte de las que hacían dieta habían desarrollado una bulimia nerviosa. Los

investigadores calculan que las personas que hacen dieta tienen un riesgo ocho veces mayor de padecer bulimia nerviosa que aquellos que no están a dieta.

Insistimos por tanto en que la dieta juega un papel decisivo en la aparición y el mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

¿Pero puede la dieta ser una consecuencia – un síntoma – del trastorno de conducta alimentaria?

Muy a menudo la dieta precede la aparición de atracones, pero también es una respuesta a ellos. Un patrón alimentario común en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria es la aparición de atracones con dieta entre ellos. Si la dieta es extrema podemos hablar de anorexia o bulimia. Algunas personas llegan a no comer nada entre los episodios de atracón. En el trastorno por atracón la dieta es mucho menos extrema, pudiendo aparecer sobrepeso. Es habitual encontrar fases en las que la dieta extrema consigue un control del peso, alternándose con otras en las que se pierde el control y se alcanza sobrepeso. A lo largo del tiempo se observan fluctuaciones importantes en el peso [33].

La dieta no sólo es una respuesta a los atracones sino que los atracones pueden estar provocados por la dieta. Es un círculo vicioso que se mantiene gracias a la obsesión y al significado que se le da al peso y a la figura para la autoestima de la persona.

Preguntamos *¿Qué es lo que entienden por dieta extrema?* y a continuación introducimos los conceptos teóricos.

Existen tres formas de dieta extrema:

- Evitar la comida. Se trata de personas que no comen nada entre los atracones. En casos extremos pueden llegar al ayuno durante varios días. Lo habitual es aguantar sin comer hasta el final del día. Una de cada cuatro personas con bulimia emplean este tipo de dieta.
- Restringir la cantidad de comida. Habitualmente se marca un límite de calorías que suele estar muy por debajo de las necesidades mínimas de energía para cada persona. Las dietas de adelgazamiento basadas en tomar sólo líquidos emplean este procedimiento.
- Evitar ciertos tipos de alimentos. Las personas que sufren atracones tienden a evitar las comidas que perciben como “que engordan más” o que han precipitado atracones en el pasado. Esas comidas se describen como “prohibidas”, “malas” o “peligrosas”. Para las personas que siguen una dieta extrema existen muy pocas comidas “seguras”.

Se califica una dieta de extrema cuando la restricción en cuanto a cantidad, variedad y frecuencia en las comidas se hace severa.

Preguntamos por las *reglas que han observado en la dieta de sus hijos/as*.

Hacemos notar que el objetivo de la dieta pasa de ser general a ser muy específico. Por ejemplo, una persona que hace una dieta normal puede marcar su objetivo en mantener la ingesta de calorías baja y considera que alcanza su objetivo si esta ingesta se mantiene baja la mayoría de los días. En una persona con un trastorno de alimentación aumentan las reglas y éstas son muy rígidas. No se puede hacer bien, hay que hacerlo “perfecto” y esto hace que oscilen entre los extremos.

También pueden aparecer normas relativas al horario de las comidas, por ejemplo estando “prohibido” comer a partir de cierta hora. Para una persona con una dieta estricta existe un sentimiento de obligación de alcanzar los objetivos al pie de la letra y si esto no ocurre aparecen sentimientos de culpa.

¿Qué ocurre cuando no se cumple una regla?

Cuando una dieta es estricta y extrema es inevitable que se produzcan fallos repetidamente. Esto es desmoralizante. Para empeorar aún más, los “fallos” tienden a aumentar la posibilidad del atracón [33]. Típicamente las personas con una dieta extrema que “fallan” a sus objetivos estrictos, se “rinden” temporalmente y terminan atracándose. El atracón pasa a ser causa de haber roto la “regla” y eso refuerza la idea de que “la regla es buena para no volver al atracón”, cuando en realidad la dieta extrema y severa ha provocado el atracón.

A través de estos mecanismos se perpetúa el trastorno de la conducta alimentaria. Por eso la parte orgánica de los tratamientos se centran en eliminar o moderar la dieta extrema.

En los últimos años, debido a la presión social, las dietas están comenzando a verse como algo perjudicial y comienza a estar mal visto. En ocasiones se disfraza la restricción alimentaria como “comida sana”, “estilo de vida vegetariana” o incluso alergias alimentarias. Sin embargo, si pensamos en cualquier restricción de la dieta cuyo propósito sea influir sobre la figura o el peso, podemos afirmar que estamos ante una dieta. Y si el significado de la dieta va más allá de influir sobre el peso y la figura y abarca aspectos como la estima o la voluntad de la persona, seguramente estemos ante una dieta extrema.

Por tratarse del único aspecto de la vida de la persona en el que se deposita importancia, la comida domina cada minuto de sus vidas. Incluso durante el descanso, en los sueños, siempre hay comida.

Además de los efectos físicos, uno de los efectos psicológicos más importantes de hacer dieta es la preocupación por la comida. La persona acaba preocupándose sólo por aquello que quiere evitar. Puede haber problemas para la concentración y actividades que requieren un mínimo trabajo mental como leer o ver una película se vuelven casi imposibles.

A continuación tratamos el tema del abandono de otros aspectos de la vida. Preguntaremos *¿Qué han dejado de hacer vuestros hijos/as por estar a dieta?*

La rigidez en las normas impide disfrutar de comidas acompañado y de otros momentos de interacción social. Acaba provocando la soledad y aislamiento de familia y amigos.

El momento de la comida acaba siendo algo rígido, estereotipado, angustioso y culpabilizador. Aparece ansiedad anticipatoria (antes de las comidas) y cada “fallo” acaba siendo vivido como un fracaso personal.

Las personas pueden comer de una forma peculiar. Observamos cambios también en la forma de realizar las comidas. El momento de la comida puede suponer una “ceremonia” que debe realizarse a solas. Algunas personas comen muy despacio, masticando cada bocado un número determinado de veces; otros comen siguiendo un ritual, con un orden determinado en los platos o cortando la comida en trozos pequeños.

Durante el tratamiento se pide a la persona que vaya rompiendo las reglas poco a poco. Se trata de demostrar que las reglas son mitos y que su ruptura no conduce a los miedos y la ansiedad anticipatoria que se crea alrededor de ellas. Es necesario trabajar las reacciones de cada persona a las reglas de forma individualizada.

¿Siguen teniendo hambre?

En este punto, los padres suelen preguntarse si es verdad aquello que tantas veces han oído en su hijo/a “ya no tengo hambre”. Recurrimos al esquema de “necesidades de energía” frente a “tiempo” de una persona normal y una persona con trastorno de alimentación [24].

Dibujamos dos ejes en la pizarra, en el horizontal representaremos las horas de un día, comenzando a las ocho de la mañana y señalando las 12, las 15, las 17, las 21 y de nuevo las ocho de la mañana. En el vertical representaremos la necesidad de energía que tiene el cuerpo a lo largo del día.

Comenzaremos representando el ritmo de una persona normal. Preguntaremos *¿Cuál es la comida más importante del día?* Sin duda todos responderán el desayuno. *¿Por*

qué? será nuestra siguiente pregunta. La respuesta general suele tener que ver con los requerimientos de energía que nos esperan a lo largo del día. Corregiremos señalando que es la comida más importante del día porque hemos permanecido en ayuno durante un largo tiempo, aproximadamente ocho horas de sueño. De esta manera señalamos la línea horizontal correspondiente al momento del desayuno que marca el máximo “el techo” de las necesidades de energía de una persona sin patología alimentaria. Tras el descenso que se produce en el desayuno marcamos una elevación hasta la media mañana, un descenso cuando ésta se produce alrededor de las doce horas y un nuevo aumento hasta la hora de la comida, aproximadamente a las 15 horas. Volvemos a marcar una caída, esta vez más hacia abajo por tratarse de una comida más copiosa, seguida de un nuevo ascenso hasta la merienda, aproximadamente a las 17 horas. De nuevo una bajada con la merienda y un nuevo ascenso hasta la cena a las 21 horas. Dibujaremos la última caída y por último el prolongado ascenso que marca el periodo de descanso y que alcanza la línea horizontal que habíamos trazado como el máximo en las necesidades de energía.

A continuación, con otro color señalaremos el ritmo de una persona con trastornos de alimentación. Bastará con saltarse comidas o reducir la longitud de las líneas de descenso para mostrar que muy pronto se supera la línea horizontal del máximo que nos marcaba la persona sin patología.

Explicaremos que entrar en esa zona por encima del máximo produce más probabilidades de perder el control y de que se produzca un atracón. También explicamos que el mecanismo normal con el que el cuerpo nos avisa de las necesidades de energía, el hambre, se sustituye primero por la angustia y luego por la obsesión.

Mecanismos purgativos.

Los mecanismos purgativos suelen ser los vómitos, los laxantes, los diuréticos y el ejercicio físico. Son mecanismos que tienen su función puntual y limitada en el tiempo pero que acaban haciéndose patológicos por su abuso y su extrema dependencia.

Algunos de ellos tienen efectos inmediatos sobre el peso, ya que eliminan agua del cuerpo. Al estar unidos a una comprobación ritual y repetitiva se cree que tienen efecto sobre el peso y que pueden estar ayudando al objetivo de controlar el peso y de esta forma se crea otro círculo de dependencia dentro de la enfermedad.

Final de la sesión.

Abriremos un turno de preguntas para resolver aquellas dudas que hayan podido surgir sobre los temas que se han expuesto.

Presentaremos la tarea para la próxima semana.

Tarea 4

¿Qué problemas de salud ha provocado la enfermedad en tu hijo/a?

Terminamos con un comentario positivo, dando las gracias por su asistencia por ejemplo y recordando la fecha, hora y lugar de la próxima sesión.

Material para padres.

Sesión 4: Síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria (II).

La dieta extrema y la comida compulsiva son dos síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria que van unidos.

La dieta es una de las características más prominentes de los trastornos de alimentación y una de las que más contribuye a mantener la enfermedad.

Pero ¿la dieta es realmente un problema? Algunas personas con trastornos de la alimentación piensan que:

- La dieta es una medida de la fuerza de voluntad.
- Cada fallo que se produce en la dieta es una debilidad personal.
- La dieta proporciona control sobre uno mismo y sobre los demás.
- La dieta es el único método de mantener la figura y el peso.
- Si se producen atracones, la dieta es la única forma de compensarlos.
- En pacientes con sobrepeso, la dieta es la única manera de bajar de peso.

Cuando hablamos de los factores que influyen en los trastornos de alimentación la dieta aparecía como un factor desencadenante importante. Veíamos que la dieta juega un papel decisivo en la aparición y el mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. ¿Pero puede la dieta ser una consecuencia – un síntoma – del trastorno de conducta alimentaria?

Muy a menudo la dieta precede la aparición de atracones, pero también es una respuesta a ellos. Un patrón alimentario común en pacientes con TCA es la aparición de atracones con dieta entre ellos. Si la dieta es extrema podemos hablar de anorexia o bulimia. Algunas personas llegan a no comer nada entre los episodios de atracón. En el trastorno por atracón la dieta es mucho menos extrema, pudiendo aparecer sobrepeso. Es habitual encontrar fases en las que la dieta extrema consigue un control del peso, alternándose con otras en las que se pierde el control y se alcanza sobrepeso. A lo largo del tiempo se observan fluctuaciones importantes en el peso.

La dieta no sólo es una respuesta a los atracones sino que los atracones pueden estar provocados por la dieta. Es un círculo vicioso.

Existen tres formas de dieta extrema:

- Saltarse comidas. Se trata de personas que no comen nada entre los atracones. En casos extremos pueden llegar al ayuno durante varios días. Lo habitual es aguantar sin comer hasta el final del día. Una de cada cuatro personas con bulimia se salta comidas.
- Restringir la cantidad de comida. Habitualmente se marca un límite de calorías que suele estar muy por debajo de las necesidades mínimas de energía para cada persona. Las dietas de adelgazamiento basadas en tomar sólo líquidos emplean este procedimiento.
- Evitar ciertos tipos de alimentos. Las personas que sufren atracones tienden a evitar las comidas que perciben como “que engordan más” o que han precipitado atracones en el pasado. Esas comidas se describen como “prohibidas”, “malas” o “peligrosas”. Para las personas que siguen una dieta extrema existen muy pocas comidas “seguras”.

Se califica una dieta de extrema cuando la restricción en cuanto a cantidad, variedad y frecuencia en las comidas se hace severa.

En general el objetivo de la dieta pasa de ser general a ser muy específico. Por ejemplo, una persona que hace una dieta normal puede marcar su objetivo en mantener baja la ingesta de calorías y considera que alcanza su objetivo si esta ingesta se mantiene baja la mayoría de los días. También pueden aparecer normas relativas al horario de las comidas, por ejemplo estando “prohibido” comer a partir de cierta hora. Para una persona con una dieta estricta existe un sentimiento de obligación de alcanzar los objetivos al pie de la letra y si esto no ocurre aparecen sentimientos de culpa.

Cuando una dieta es estricta y extrema es inevitable que se produzcan fallos repetidamente. Esto es desmoralizante. Para empeorar aún más, los “fallos” tienden a aumentar la posibilidad del atracón. Típicamente las personas con una dieta extrema que “fallan” a sus objetivos estrictos se “rinden” temporalmente y terminan atracándose. El atracón pasa a ser causa de haber roto la “regla” y eso refuerza la idea de que “la regla es buena para no volver al atracón”, cuando en realidad la dieta extrema y severa ha provocado el atracón.

A través de estos mecanismos se perpetúa el trastorno de la conducta alimentaria. Por eso los tratamientos se centran en eliminar o moderar la dieta extrema.

Además de los efectos físicos, uno de los efectos psicológicos más importantes de hacer dieta es la preocupación por la comida. La persona acaba preocupándose sólo por aquello que quiere evitar. Puede haber problemas para la concentración y actividades que requieren un mínimo trabajo mental como leer o ver una película se vuelven casi imposibles. El momento de la comida acaba siendo algo rígido, estereotipado, angustiante y culpabilizador. Las comidas no se realizan normalmente y aparecen manías. Aparece ansiedad anticipatoria (antes de las comidas) y cada “fallo” acaba siendo vivido como un fracaso personal.

La rigidez en las normas impide disfrutar de comidas acompañado y de otros momentos de interacción social. Acaba en la soledad y el aislamiento.

Además pueden aparecer síntomas purgativos (vómitos, uso de diuréticos o laxantes y realización de ejercicio), que al conseguir una pérdida de peso rápida, basada en la pérdida de agua pueden contribuir a mantener la idea de que el objetivo es alcanzable y finalmente perpetúan la enfermedad.

Tarea 4.

¿Qué problemas de salud ha provocado la enfermedad en tu hijo/a?

Sesión 5

Las consecuencias de los trastornos de la conducta alimentaria.

Desarrollo de la sesión.

Objetivos

Conocer las consecuencias de los trastornos de alimentación.

Efectos que produce la desnutrición.

A nivel psicológico.

A nivel social.

A nivel físico.

Efectos que producen los vómitos autoprovocados.

Efectos que produce el abuso de laxantes.

Efectos que produce el abuso de diuréticos.

Advertencia previa.

La quinta sesión resume las consecuencias de los trastornos de la conducta alimentaria. Se trata de un tema muy duro para los familiares, ya que trata directamente con miedos a la pérdida, al dolor y al sufrimiento.

Por esta razón el tono durante toda la sesión debe ser positivo. Nuestra intención no es asustar sino poner sobre aviso, exponer lo que puede llegar a ocurrir, por qué ocurre y ayudar a que los síntomas se detecten lo antes posible para que los profesionales podamos actuar sobre ellos de una forma precoz y eficaz.

Debemos tener esta advertencia muy presente durante toda la sesión, como profesionales estamos acostumbrados a manejar determinados riesgos orgánicos pero no podemos olvidar que estamos delante de padres, con el vínculo emocional que conlleva, y que tenemos que tratar de transmitirles la tranquilidad mediante el conocimiento de lo que está ocurriendo.

Ante desbordamientos emocionales o padres que cuentan experiencias especialmente duras (como intentos autolíticos o consecuencias orgánicas muy graves) intentaremos reforzar estas ideas que acabamos de presentar.

Por tratarse de una de las sesiones con mayor contenido “médico” debemos recordar el uso de una terminología adecuada, explicando en todo momento los términos médicos, utilizando ejemplos adecuados, símiles y metáforas que les permitan acceder a la información. Si se nos “escapa” alguno de estos términos, procederemos a explicarlo con ejemplos e indicaremos que el objetivo no es hacerles expertos clínicos sino dotarles de herramientas para reconocer posibles consecuencias.

Aclaremos cada vez que sea necesario que no todos los síntomas aparecen en todos los pacientes y que dependen mucho de cada persona. Vamos a explicar las consecuencias más frecuentes del bajo peso y de los mecanismos purgativos habituales, pero si aparece un síntoma no quiere decir que necesariamente el paciente esté ante esa situación clínica. Por ejemplo, la retirada de la regla puede ocurrir también por motivos psicológicos, además de la desnutrición. Cada caso deberá tratarse de manera individualizada por los médicos que tratan el estado orgánico del paciente.

Debemos señalar también que pueden haber recibido mucha información acerca de las consecuencias por otros canales (como páginas de Internet, amigos...) pero que tienen la oportunidad de preguntarnos y obtener información directamente de los profesionales.

Comienzo de la sesión.

Al igual que en el resto de sesiones, cuando entren los padres les vamos saludando, esperando que se acomoden y a continuación comenzamos la sesión con un saludo general.

Les daremos la posibilidad de plantear dudas, preguntas o reflexiones de la sesión anterior. Si no existen dudas preguntaremos por su manera de abordar los síntomas: *Después de la última sesión ¿ha cambiado de alguna forma tu manera de enfrentarte a los síntomas?* De esa forma valoraremos si están siendo capaces de aplicar el conocimiento teórico al día a día con la enfermedad.

Repaso de la sesión anterior.

Intercalado con esta pregunta y según vayan sacando temas iremos repasando los conceptos de la trampa de la autoestima y su consecuencia, la obsesión. Recorremos los conceptos de dieta extrema (haciendo hincapié en su papel como desencadenante y mantenedor del trastorno al tener un significado más allá de la comida), comida compulsiva y mecanismos purgativos, recordando de qué forma se generan y retroalimentan en la enfermedad.

Planteamos la tarea 4 y abrimos un turno de preguntas para que tengan la posibilidad de responderla.

Tarea 4

¿Qué problemas de salud ha provocado la enfermedad en tu hijo/a?

Vamos anotando en la pizarra aquellos problemas de salud que nos vayan señalando. Tratamos de que sean capaces de relacionarlos con los síntomas que acabamos de repasar.

Consecuencias de los trastornos de la conducta alimentaria.

Introducimos brevemente el tema explicando la necesidad de reconocer las consecuencias y saber su origen para ser capaces de actuar frente a ellas y no dejarnos llevar por emociones intensas o por informaciones incorrectas.

Ya desde este momento explicamos que cada persona es diferente y va a presentar unas consecuencias diferentes aunque presente síntomas parecidos. No necesariamente van a aparecer todas las consecuencias que vamos a presentar.

Consecuencias del bajo peso.

Mantener un peso bajo desproporcionado no es saludable y es peligroso [35]. Tiene numerosos efectos adversos en el funcionamiento físico, psicológico y social de la persona.

Para saber los efectos de un bajo peso contamos con estudios en personas que han sufrido desnutrición por falta de alimentos, por otros problemas que han interferido con la ingesta normal y por estudios en voluntarios que han reducido la toma de alimentos durante largos periodos de tiempo [36] [37]. En todos ellos han aparecido los mismos resultados, que están expuestos a continuación.

Efectos Psicológicos.

Aunque podamos estar acostumbrados a reconocer el bajo peso por las consecuencias físicas, como la pérdida de masa muscular, las consecuencias psicológicas son igual de frecuentes y graves. Conllevan un cambio profundo en la forma de ser de la persona enferma y en la forma de relacionarse con los demás.

Pensamiento.

La capacidad de pensar se afecta cuando el peso es bajo. Esto es evidente si pensamos que el cerebro es un órgano que no se para y que necesita mucha energía para funcionar adecuadamente. En un estado de desnutrición el cuerpo entra en un estado de “ahorro de energía” manteniendo sólo aquellas funciones que son imprescindibles para la vida.

El pensamiento repetitivo y obsesivo sobre la comida aparece como un mecanismo defensivo de un cuerpo que se está desnutriendo. El cerebro de una persona desnutrida trata de “recordarle” continuamente que tiene que ingerir alimentos. Cualquier otro pensamiento acaba relacionándose con comida. Hay personas que incluso durmiendo, en los sueños, no dejan de pensar en comer y en comida.

El pensamiento se vuelve menos flexible cuando el peso es bajo. Las personas se vuelven muy rígidas y resulta difícil cambiar de un tema a otro o conseguir que cambien de opinión. También se vuelve más difícil para ellos tomar decisiones.

Otra consecuencia de este pensamiento recurrente es la dificultada para concentrarse. Se afecta con mucha frecuencia y las personas que lo sufren deben dedicar aún más tiempo a las actividades que requieren más concentración como por ejemplo estudiar. Si a esto le unimos la autoexigencia y la necesidad de obtener buenos resultados en aquello que hacen, obtenemos un profundo aislamiento y pérdida de otras actividades que vayan encaminadas al disfrute.

Sentimientos.

El ánimo se afecta por el bajo peso. Estar bien y contento se convierte en uno de los “lujos” en los que el cuerpo no puede invertir la escasa energía que posee. Es frecuente el ánimo aplanado, sin capacidad para reaccionar ante las alegrías o tristezas. Si a eso le añadimos la necesidad de invertir más tiempo para obtener los mismos resultados que acabamos de ver, aparecen sentimientos de incapacidad y minusvalía, que terminan produciendo una tendencia al ánimo bajo, depresivo, y a la irritabilidad.

Conducta.

Este pensamiento casi constante sobre comer y la comida afecta también a la conducta. Hace que algunas personas se interesen particularmente en la cocina e incluso que coleccionen recetas, vean programas de televisión relacionados con la cocina e

incluso cocinen para los demás. Al mismo tiempo tienden a perder el interés en otras cosas. Se abandonan intereses y hobbies que ya se tenían.

Las personas que tienen un bajo peso cambian la forma de comportarse. Si el bajo peso se ha mantenido durante mucho tiempo, tienden a pensar que la forma en que piensan, sienten y se comportan refleja su “personalidad”, cómo son, mientras que la realidad es que su verdadera personalidad permanece enmascarada bajo los efectos del bajo peso.

Uno de los cambios más evidentes es el aumento de las “obsesiones” y “manías”. Este término se refiere a la tendencia a ser inflexible y rígido en la forma de hacer las cosas. Se explica en base a un pensamiento totalmente invadido por el tema de la comida, que hace que sea difícil concentrarse y que sólo permite recurrir a conductas repetitivas y rutinarias para ser capaz de llevar a cabo las tareas.

Estas “obsesiones” aparecen particularmente en relación con la comida. Las personas pueden comer de una forma peculiar. El momento de la comida puede suponer una “ceremonia” que debe realizarse a solas. Algunas personas comen muy despacio, masticando cada bocado un número determinado de veces; otros comen siguiendo un ritual, con un orden determinado en los platos o cortando la comida en trozos pequeños.

Algunas personas también se vuelven muy rígidas en cuanto a la limpieza y el orden como una manera de sentir que todo se encuentra “bajo control”.

La acumulación de objetos es otra característica, aunque no todas las personas la sufren. Puede ser una acumulación de comida o de otras cosas. A menudo las personas no pueden explicar por qué lo hacen.

Efectos Sociales.

Un peso bajo tiene un efecto muy profundo en el funcionamiento social. Al comienzo del trastorno, la pérdida de peso produce una “luna de miel”. La persona se ve mejor y encuentra en la pérdida de peso la seguridad que necesitaba para superar miedos que tienen que ver con la relación con otros. Como consecuencia aumentan los contactos sociales, salen más y se ven reforzados por los comentarios de los demás.

Esta fase se agota pronto ya que los miedos no se solucionan pese a la pérdida de peso y para controlarlos cada vez se debe adelgazar más. El objetivo deja de ser un peso concreto y cada vez “necesitan más”. Lo único que permite encontrar autoestima y seguridad para relacionarse con los demás es la certeza de que han perdido peso.

Como veíamos el pensamiento obsesivo se hace tan fuerte que hay una tendencia a la introspección y a la preocupación por uno mismo. Esto se exagera por la necesidad de rutinas y orden, dificulta ser espontáneo. Salir y estar con otras personas se convierte en algo secundario, para lo que ya no se tiene tiempo. Como resultado, las personas abandonan el contacto social y se acostumbran a esta forma de vivir.

Debido a los cambios hormonales y por tratarse de otro “lujo” que el cuerpo no se puede permitir, también aparece una pérdida del deseo sexual. Esto también puede contribuir al aislamiento social.

Habitualmente los efectos sociales producen un gran malestar en la persona y pueden suponer un aspecto que motive el cambio.

Efectos Físicos.

Encontrarse en un peso bajo tiene un efecto muy importante en la salud física de la persona [35]. Los efectos exactos dependen de la naturaleza y la gravedad de la desnutrición.

Corazón y aparato circulatorio.

El corazón es un músculo y frente a la desnutrición se hace más débil. Puede haber alteraciones importantes como un descenso de la presión arterial y el ritmo cardiaco (pulso) se hace más lento. Es frecuente que aparezcan mareos.

Al tener el corazón débil, aumenta el riesgo de irregularidades en el latido cardiaco (arritmias). Si la desnutrición es muy grave pueden aparecer incluso infartos.

Como el corazón no tiene la “fuerza” necesaria para enviar sangre a los lugares más alejados (manos y pies), éstos siempre están fríos. Por esta misma razón aparece la palidez característica.

La falta de nutrientes, especialmente vitaminas, minerales y hierro, puede dificultar la producción de células sanguíneas. Aparece anemia e incluso déficit de glóbulos blancos, que son las células que actúan en la defensa ante las infecciones.

Hormonas sexuales y fertilidad.

También hay disfunción grave en las hormonas, llegando a producirse el cese de funciones corporales no esenciales. Como resultado de una disminución drástica de la producción de hormonas sexuales, las mujeres pierden la menstruación. Hay una pérdida de interés sexual y una disminución en la respuesta sexual.

Otras funciones controladas por hormonas también pueden alterarse, la más frecuente de ellas es el tiroides.

Huesos.

Existe un deterioro en la fortaleza del hueso. Esto se debe, en parte a las alteraciones hormonales, en parte a la falta de estímulo para el recambio óseo al tener que soportar menor peso y en parte a un déficit dietético de componentes esenciales para el mantenimiento de la estructura ósea (el calcio especialmente). El resultado es un aumento del riesgo de osteoporosis y fracturas.

Función intestinal.

El proceso de la digestión se hace más lento ya que el organismo trata de aprovechar toda la energía que puede de los alimentos. Además se vuelve “perezoso” al procesar una cantidad menor de comida de la habitual. En el estómago, los alimentos tardan mucho más de lo normal en llegar al intestino delgado, por eso las personas con bajo peso tienen una gran sensación de plenitud, se sienten “llenos”, pese a haber comido una cantidad relativamente pequeña de alimentos.

Es común el estreñimiento, al verse reducida la cantidad de comida que atraviesa el aparato digestivo. Esto provoca en ocasiones la toma de laxantes. Se genera un círculo vicioso al necesitar cada vez más laxantes para poder ir al baño.

El sentido del gusto puede estar atrofiado y por eso puede haber un aumento en el uso de condimentos y especias para dar sabor a la comida.

Pese a sentirse llenos, las necesidades de energía no están cubiertas y el cuerpo continúa enviando señales de apetito, nerviosismo u obsesión para provocar la ingesta.

Músculos.

La masa muscular puede disminuir y debilitarse. Esto se hace más presente cuando se suben escaleras o al intentar ponerse de pie al estar sentado o en cuclillas. Aumenta la sensación de fatiga ante cualquier ejercicio físico.

Piel y pelo.

Los efectos varían mucho. Un vello fino (lanugo) puede comenzar a crecer por el cuerpo, especialmente en la cara, abdomen, espalda y brazos, en un intento de mantener el calor corporal. Suele haber también una caída del pelo del cuero cabelludo y éste se vuelve seco y sin brillo. A menudo la piel se vuelve seca y puede tener un tono anaranjado. Predomina la palidez como veíamos antes.

Regulación de la temperatura.

Hay una disminución en la temperatura corporal debido a las dificultades del sistema circulatorio. Las personas sienten un frío profundo. Además los procesos metabólicos tienden a preservar la energía por lo que se realizan más lentamente y generan menos calor, quemando menos calorías para frenar la desnutrición.

Sueño.

El sueño es difícil para las personas con un bajo peso. Tiende a ser menos reparador y hay una tendencia a despertarse temprano.

Consecuencias del vómito autoprovocado.

Los vómitos repetidos tienen consecuencias orgánicas que pueden llegar a ser graves, especialmente en el aparato digestivo.

En la boca se producen problemas dentarios, derivados del reflujo de ácidos. Aparecen con más frecuencia caries y desgaste del esmalte dental. La halitosis (mal aliento) aparece con los vómitos repetidos.

Las glándulas salivares que se encuentran bajo las mejillas, las parótidas, se inflaman por los vómitos repetidos. El aspecto es semejante a cuando los niños tienen “paperas”. Este efecto puede hacer que la persona se vea más hinchada, reforzando el círculo vicioso del vómito repetido.

Tanto en la garganta como en el esófago, la parte del tubo digestivo que conecta la boca con el estómago, pueden aparecer heridas por el paso repetido de ácidos, produciendo sangrados con los vómitos. Además la parte que une el esófago al estómago puede debilitarse produciendo una hernia de hiato.

Si el vómito se provoca introduciendo los dedos en la boca es frecuente encontrar heridas por la erosión de los ácidos en el dorso de las manos.

El efecto más peligroso de los vómitos autoprovocados son las alteraciones hidroelectrolíticas. Con el vómito no sólo se expulsa la comida sino gran cantidad de agua, de sodio y de potasio.

La pérdida de agua produce una deshidratación. El potasio se halla en las mismas cantidades que el sodio a través de todo el cuerpo, pero mayormente se halla dentro de las células musculares. Es responsable, junto con los carbohidratos, de mantener el máximo de agua dentro de las células musculares y permitir su correcto funcionamiento. Recíprocamente, el sodio se halla de forma predominante en el exterior de las células y lleva altos niveles de agua en el flujo sanguíneo. Hay un

equilibrio natural de sodio y potasio. El sodio junto con el potasio es esencial para ciertas funciones corporales, por ejemplo: el potasio regula el ritmo cardíaco, el sodio asiste en la absorción de carbohidratos en el intestino grueso. Su pérdida puede producir sensación de “hormigueo” en las manos, calambres, temblores, mareos y, si es grave, incluso puede producir un coma.

Consecuencias del abuso de laxantes.

Los laxantes suelen actuar en la parte final del intestino, donde se absorbe el agua. Impiden que ésta se absorba, aumenta la expulsión de agua por lo que el cuerpo se deshidrata rápidamente por la diarrea acuosa.

La pérdida de líquidos produce una pérdida de peso rápida, que satisface la necesidad de control del peso, y que genera cada vez más necesidad de seguir tomándolos.

Además de agua también se pierden Sodio y Potasio, en menor medida que en el vómito. Se pueden producir las mismas alteraciones hidroelectrolíticas de las que hablábamos en el apartado anterior. Al hacerlo de una forma más lenta el organismo puede compensar y no suelen producir síntomas.

El uso crónico de laxantes puede provocar la retención de líquidos ya que si obligamos al cuerpo a expulsar agua que necesita, la respuesta que se produce es un aumento de otros mecanismos de absorción. Si se abandona el consumo de laxantes hay un periodo de mayor retención de líquidos. El paciente puede pensar que está engordando porque ha dejado de tomar los laxantes y esto facilita que se caiga de nuevo en la trampa de tomarlos. Es importante que el paciente conozca este efecto, ya que sino la toma puede perpetuarse durante largos periodos.

Consecuencias del abuso de diuréticos.

Los diuréticos hacen que aumente la cantidad de agua que el cuerpo expulsa por la orina. El mecanismo es diferente pero la pérdida de agua, con la consiguiente deshidratación, y de electrolitos, con las alteraciones hidroelectrolíticas que veíamos, son las mismas.

El consumo de elevadas cantidades de laxantes y diuréticos puede producir incontinencia.

El significado de los síntomas.

Las personas que sufren estos síntomas tienen un elevado nivel de sufrimiento. Muchas veces los síntomas se asocian al tratamiento o a los procesos de renutrición, por ejemplo cuando aparecen sensaciones de hinchazón al iniciar una alimentación

normal o retención de líquidos al abandonar el consumo de diuréticos. Es muy importante conocer estos procesos para no caer en la trampa y hacerles ver que el malestar es consecuencia de la enfermedad y no del tratamiento.

Mucha gente que tiene un peso bajo asume que su forma de ser en este momento refleja su personalidad [38]. Es más importante ayudarles a darse cuenta de que su personalidad está siendo enmascarada por los efectos de estar en un peso demasiado bajo y que su verdadera personalidad sólo podrá mostrarse cuando el peso se vaya normalizando.

Algunos de los efectos de tener un peso muy bajo son peligrosos a largo plazo. En ocasiones se crea una falsa sensación de equilibrio, es la fantasía de que se puede hacer una vida normal con un peso muy por debajo de la normalidad. Se olvidan los inconvenientes y no se tiene en cuenta que se está produciendo un desgaste en el organismo. Es frecuente que las pruebas orgánicas (como las analíticas) no tengan alteraciones. Esto no quiere decir que todo esté bien. Quiere decir que el organismo está haciendo un esfuerzo extra para compensar el déficit de energía, que todavía no se ha “roto” pero deben ser conscientes que lo están llevando al límite. La osteoporosis y la falta de regla aparecen sin que existan alteraciones analíticas y son alteraciones muy graves.

Algunos de los efectos de tener un peso demasiado bajo son “círculos viciosos” en el problema alimentario. Por ejemplo, pensar demasiado en la comida y en la alimentación, ser inflexible y seguir rutinas y rituales, tener dificultad para tomar decisiones, no poder socializar, tener dificultad para la concentración.

Casi todos estos efectos desaparecerán si se consigue la ganancia de peso hasta un nivel saludable.

Final de la sesión.

Se abre un turno de preguntas para resolver aquellas dudas que hayan podido aparecer durante la sesión.

Se plantea la tarea para la siguiente sesión.

Tarea 5

¿En qué consiste el tratamiento de las personas con un trastorno de conducta alimentaria?

Nos despedimos repartiendo el material y recordando la fecha, hora y lugar de la siguiente sesión.

Material para padres.

Sesión 5: Las consecuencias de los trastornos de la conducta alimentaria.

Efectos del bajo peso.

Mantener un peso bajo desproporcionado no es saludable y es peligroso. Tiene numerosos efectos adversos, no sólo físicos sino también en el funcionamiento psicológico y social de la persona.

Efectos Psicológicos

Pensamiento.

La capacidad de pensar se afecta cuando el peso es bajo. Esto es evidente si pensamos que el cerebro necesita mucha energía (calorías) para funcionar adecuadamente. El pensamiento se vuelve rígido cuando el peso es bajo, resulta difícil cambiar de un tema a otro. También es difícil tomar decisiones.

Concentrarse también es más difícil y se afecta en casi todos los casos, aunque no suele ser percibido porque las personas que lo sufren se centran en lo que están haciendo. En parte las dificultades de concentración surgen de la presencia de pensamientos recurrentes sobre la comida y comer (que tienen su origen en un peso bajo), que interfieren con la habilidad de concentrarse en otras cosas. Hay personas que incluso durmiendo, en los sueños, no dejan de pensar en comer y en comida.

El pensamiento casi constante en comer y en comida afecta a la conducta. Hace que algunas personas se interesen particularmente en la cocina e incluso que coleccionen recetas, vean programas de televisión relacionados con la cocina e incluso cocinen para los demás. Al mismo tiempo tienden a perder el interés en otras cosas. Se abandonan intereses y hobbies que ya se tenían.

Sentimientos.

El ánimo se afecta por el bajo peso. Es frecuente el ánimo depresivo con tendencia a la irritabilidad.

Conducta.

Las personas que tienen un bajo peso cambian la forma de comportarse. Si el bajo peso se ha mantenido durante mucho tiempo, tienden a pensar que la forma en que piensan, sienten y se comportan refleja su “personalidad” mientras que su verdadera personalidad permanece enmascarada bajo los efectos del bajo peso.

Uno de los cambios más evidentes es el aumento de las “manías”. Este término se refiere a la tendencia a ser inflexible y rígido en las rutinas diarias. Algunas personas también se vuelven muy rígidas en cuanto a la limpieza y el orden.

Estas “manías” aparecen particularmente en relación con la comida. Las personas pueden comer de una forma peculiar. El momento de la comida puede suponer una “ceremonia” que debe realizarse a solas. Algunas personas comen muy despacio, masticando cada bocado un número determinado de veces; otros comen siguiendo un ritual, con un orden determinado en los platos o cortando la comida en trozos pequeños.

La acumulación de objetos es otra característica, aunque no todas las personas la sufren. Puede ser una acumulación de comida o de otras cosas. A menudo las personas no pueden explicar por qué lo hacen.

Efectos Sociales

Un peso bajo tiene un efecto muy profundo en el funcionamiento social. Hay una tendencia a la introspección y a la preocupación por uno mismo. Esto se exagera por la necesidad de rutinas y orden, dificulta ser espontáneo. Como resultado, las personas abandonan el contacto social y se acostumbran a esta forma de vivir.

También hay una pérdida del apetito sexual (debido a cambios hormonales). Esto también puede contribuir al aislamiento social.

Efectos Físicos

Encontrarse en un peso bajo tiene un efecto muy importante en la salud física de la persona. Los efectos exactos dependen de la naturaleza y la gravedad de la desnutrición.

Corazón y aparato circulatorio.

Hay alteraciones importantes en el corazón y en el aparato circulatorio. Se pierde músculo cardíaco y como resultado el corazón se debilita. Cae la presión arterial y el ritmo cardíaco (pulso) se hace más lento. Aumenta el riesgo de irregularidades en el latido cardíaco (arritmias).

Hormonas sexuales y fertilidad.

También hay disfunción grave en las hormonas, llegando a producirse el cese de funciones corporales no esenciales. Como resultado de una disminución drástica de la producción de hormonas sexuales, las mujeres no presentan ciclos reproductivos y se vuelven infértiles. Hay una pérdida de interés sexual y una disminución en la respuesta sexual.

Huesos.

Existe un deterioro en la fortaleza del hueso. Esto se debe, en parte a las alteraciones hormonales, en parte a la falta de estímulo para el recambio óseo al tener que soportar menor peso y en parte a un déficit dietético de componentes esenciales para el mantenimiento de la estructura ósea. El resultado es un aumento del riesgo de osteoporosis y fracturas.

Función intestinal.

El intestino se ralentiza y como resultado la comida se mueve más lentamente al atravesarlo. En el estómago, los alimentos tardan mucho más de lo normal en llegar al intestino delgado, por eso las personas con bajo peso tienen una gran sensación de plenitud, pese a haber comido una cantidad relativamente pequeña de alimentos. El sentido del gusto puede estar atrofiado y por eso puede haber un aumento en el uso de condimentos y especias para dar sabor a la comida. Puede existir una sensación de hambre persistente.

Músculos.

La masa muscular puede disminuir y debilitarse. Esto se hace más presente cuando se suben escaleras o al intentar ponerse de pie al estar sentado o en cuclillas.

Piel y pelo.

Los efectos varían mucho. Un vello fino (lanugo) puede comenzar a crecer por el cuerpo, especialmente en la cara, abdomen, espalda y brazos. También puede haber una caída del pelo del cuero cabelludo. A menudo la piel se vuelve seca y puede tener un tono anaranjado.

Regulación de la temperatura.

Hay una disminución en la temperatura corporal y las personas sienten un frío profundo.

Sueño.

El sueño es difícil para las personas con un bajo peso. Tiende a ser menos reparador y hay una tendencia a despertarse temprano.

Efectos orgánicos del vómito auto-provocado.

La provocación del vómito es común en bulimia nerviosa, pero como vimos en la primera sesión, también puede ocurrir en anorexia nerviosa.

Provocarse el vómito acarrea muchos problemas físicos, especialmente si es una práctica habitual aunque sea durante un periodo de tiempo relativamente corto.

Problemas dentarios.

Los vómitos erosionan la superficie (el esmalte) de los dientes, especialmente la interior. Esta erosión es irreversible pero no progresiva (se detiene si cesan los vómitos). Enjuagarse la boca después de los vómitos reparte los ácidos por toda la dentadura acelerando el proceso en lugar de eliminar el efecto.

Inflamación de las glándulas salivares.

Rodeando a la boca están las glándulas que producen la saliva. En las personas que se provocan el vómito estas glándulas van inflamándose. No se produce dolor pero la producción de saliva se incrementa. A menudo es la parótida (la glándula que se afecta en las paperas) la que se inflama más. Esto hace que la persona se vea la cara “gorda” por lo que piensa que el resto de su cuerpo también lo está. De esta forma aumenta su preocupación por la figura y el peso, perpetuando el problema alimentario. Esta inflamación es reversible y llega a desaparecer.

Daños en la garganta.

Para la provocación del vómito suele recurrirse al reflejo del vómito. Se estimula mecánicamente (con los dedos o con algún objeto largo) la mucosa de la garganta. En ocasiones se producen erosiones en esa zona, heridas e infecciones debido a que inmediatamente después de producirse, el contenido del estómago inunda la zona.

Daños en el esófago.

De forma excepcional, los vómitos muy violentos pueden hacer que se dañe la pared del esófago. Suelen ser el origen de los sangrados que acompañan al vómito. Las complicaciones graves (rotura de esófago) son muy raras pero potencialmente mortales. La aparición de sangrado en el vómito debe ser considerada un síntoma grave y debe buscarse ayuda médica.

Daños en las manos.

Es un efecto derivado de la provocación mecánica del vómito con los dedos. Se daña la piel por encima de los nudillos de la mano que se usa. Inicialmente aparecen abrasiones, después descamaciones.

Alteraciones hidroelectrolíticas.

El balance de los líquidos y electrolitos del cuerpo puede estar muy alterado en aquellas personas que vomitan frecuentemente. Especialmente en aquellos que vomitan varias veces hasta “lavar” el contenido del estómago. La alteración de electrolitos más preocupante es la hipopotasemia (disminución de la cantidad de potasio) ya que puede producir alteraciones en el ritmo cardíaco e incluso paradas cardíacas.

Los síntomas de las alteraciones hidroelectrolíticas incluyen sed extrema, mareo y retención de líquidos (puede provocar la hinchazón de brazos y piernas), debilidad y letargia, temblores, espasmos y calambres musculares. Casi la mitad de las personas con bulimia nerviosa pueden padecer estos síntomas en algún momento de la enfermedad. También pueden ocurrir por otras causas y en general sólo indican una alteración moderada de los electrolitos.

Estas alteraciones son reversibles y desaparecen rápidamente cuando la persona deja de vomitar. Es poco habitual que requieran tratamiento y este debe ser supervisado por un médico. No se deben tomar suplementos de potasio sin realizar análisis de sangre de forma regular.

Efectos orgánicos del uso de laxantes.

Aunque es una práctica menos común que la provocación del vómito, también tiene efectos graves. Hay personas que toman grandes cantidades de laxantes, doblando y triplicando en ocasiones la dosis recomendada. Los laxantes no tienen efecto en la cantidad de calorías que se absorben. Actúan en la parte más distal del intestino, cuando las calorías ya se han absorbido. Lo que producen es una diarrea acuosa y una disminución temporal del peso a costa de la pérdida de agua. La persona gana peso casi inmediatamente cuando el cuerpo se rehidrata. Sin embargo, la persona con bulimia nerviosa puede encontrar esta pérdida de peso falsa como un refuerzo para seguir tomando los laxantes.

El uso continuado de laxantes, al igual que el vómito, produce alteraciones hidroelectrolíticas importantes con los mismos síntomas descritos más arriba. Si se combinan ambas alteraciones existe todavía más riesgo. Alguien que ha tomado laxantes de forma regular durante mucho tiempo y deja de hacerlo puede sufrir una

retención de líquidos que dura aproximadamente una semana, desapareciendo posteriormente.

Efectos orgánicos del uso de diuréticos.

Algunas personas toman diuréticos (pastillas que fuerzan la expulsión de líquidos) para controlar su peso o su figura. Al igual que en los otros métodos, no afectan la absorción de calorías por lo que son inútiles. Provocan una pérdida de fluidos, igual que los laxantes, y también pueden producir alteraciones hidroelectrolíticas. Cuando dejan de tomarse de repente también producen una retención de líquidos temporal. Si vuelven a tomarse en este punto se crea un círculo vicioso.

Tarea 5

¿En qué consiste el tratamiento de las personas con un trastorno de conducta alimentaria?

Sesión 6

Tratamiento de los
trastornos de la conducta
alimentaria.

Desarrollo de la sesión.

Objetivos

Repaso de los conceptos principales de la sesión anterior. Aclarar posibles dudas.

Dar a conocer el trabajo que los diferentes profesionales realizan con sus hijas.

Informar sobre la red asistencial. Explicar los diferentes niveles de tratamiento según la gravedad de la enfermedad.

Desmontar posibles mitos sobre el tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico.

Facilitar la implicación de los padres en el tratamiento.

Comienzo de la sesión.

Después de saludarnos, les preguntamos si tienen alguna duda o reflexión sobre las sesiones anteriores antes de continuar.

Una vez aclaradas, haremos un resumen de las ideas principales expuestas en la sesión 5.

- Los trastornos de la conducta alimentaria afectan a todas las partes del cuerpo.
- Recordamos que el cuerpo entra en un estado de ahorro, “cuerpo en crisis” energética, y permanecen activas sólo las funciones vitales básicas.
- Les pedimos que digan los síntomas que ellos recuerdan más allá de la pérdida muscular y de peso. Los apuntamos en la pizarra y añadimos los que faltan.
- Repasamos las consecuencias de los vómitos, laxantes y diuréticos.
- ¿Qué consecuencia les ha sorprendido más? ¿En cuál no habían pensado? ¿Cuál les parece más grave?
- Señalamos el significado de estos efectos más allá del físico. Pueden ser perpetuadores de la enfermedad.

Respuesta a la tarea.

Tarea 5

¿En qué consiste el tratamiento de las personas con un trastorno de conducta alimentaria?

Recogemos en la pizarra las ideas sobre el tratamiento. Preguntamos específicamente por algunos mitos, por ejemplo *¿Es cierto que estas personas nunca se curan? ¿El objetivo del tratamiento es engordar?*

A continuación presentamos el material de esta última sesión.

Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

Llegados a este punto ya saben muchas cosas sobre los TCA: ¿qué son? ¿cuáles son los factores físicos, sociales, familiares y psicológicos que los producen, desencadenan y mantienen? ¿quién es más propenso a sufrir un TCA?

Les contamos que a menudo se tarda mucho tiempo en buscar ayuda, a pesar de que el tratamiento suele ser efectivo. Ya hemos visto que algunos de los síntomas, especialmente la obsesión, dificultan la búsqueda de ayuda y darse cuenta de que existe un problema.

¿Cuándo se dieron cuenta de que había un problema? ¿Qué síntoma o malestar les hizo ver que se trataba de una enfermedad/algo importante?

Cuando se comienza el tratamiento generalmente nos encontramos ante un cuadro que lleva mucho tiempo establecido. En ocasiones, los primeros intentos de tratamiento sólo producen cambios durante un periodo muy corto de tiempo [25].

Presentamos la curación como un proceso con muchas piedras en el camino, piedras de diferentes tamaños, y no como un solo escalón o barrera a superar. Lo que tarda en aparecer, tarda en desaparecer.

Después de estos intentos es fácil pensar que el tratamiento ha fracasado, pero no es así ya que cada pequeño cambio favorece que aparezcan otros que finalmente sean definitivos y ayuden en la curación de la enfermedad.

En primer lugar vamos a ver dónde se realiza el tratamiento, es lo que conocemos por el contexto de tratamiento. Esto es importante ya que condiciona el tipo de tratamiento que el paciente va a recibir.

Buscamos la participación de los padres.

¿Alguien podría contarnos los recursos que conoce? ¿En qué se diferencian?

Probablemente los más conocidos sean las consultas (el tratamiento ambulatorio) y la hospitalización. Pero existen otros recursos intermedios, que intentan aumentar la intensidad más allá del tratamiento ambulatorio pero sin llegar a las limitaciones para la vida de la persona que supone un ingreso hospitalario.

A la hora de tomar la decisión acerca del nivel de tratamiento de un paciente no tenemos en cuenta un único factor [25]. En caso de ausencia del nivel que consideremos necesario, se debe recurrir al nivel de tratamiento superior a ese que se encuentre disponible. Podemos permitirnos pasarnos en la intensidad pero no quedarnos cortos.

Al pasar de un nivel a otro es muy importante mantener la continuidad de cuidados. Planear las transiciones, explicar el recurso al paciente y los motivos de la derivación. Darle un espacio a sus dudas y miedos ante el cambio.

Les explicamos el mapa de recursos y la relación entre los diferentes recursos. Este mapa variará según la Comunidad Autónoma en la que trabajemos. En este texto abordaremos los recursos disponibles en la Comunidad de Madrid. Dependiendo de las características de cada recurso, la explicación que sigue deberá adaptarse.

Hospitalización.

¿Creéis que la Hospitalización es necesaria siempre?

La gran mayoría de personas con TCA pueden curarse con tratamiento ambulatorio. La hospitalización es necesaria en muy pocas ocasiones. Se utiliza únicamente cuando existe un riesgo vital importante (especialmente por complicaciones electrolíticas derivadas de la desnutrición o los vómitos intensos), cuando aparecen síntomas psiquiátricos acompañantes (como depresión o ideas de suicidio) o cuando ha fallado el tratamiento ambulatorio como último recurso. La limitación más importante de la hospitalización es suponer un entorno totalmente diferente del habitual; los síntomas

pueden desaparecer durante el ingreso para volver al regresar al entorno habitual. Es muy importante que los cambios alcanzados en la hospitalización se mantengan con un buen plan al alta. El periodo de hospitalización es un periodo preparatorio para el tratamiento ambulatorio.

Durante los años 80 se suman factores como la falta de información, auge de los servicios de hospitalización e incentivos económicos para el tratamiento hospitalario que hacen que aumente de forma innecesaria el tratamiento de los TCA en Hospitalización.

Según el objetivo de la Hospitalización encontramos dos tipos de ingreso: En primer lugar aparece un ingreso centrado en la recuperación física, en pacientes con desnutrición grave u otros problemas médicos. Por otro lado aparece el ingreso que forma parte del proceso de recuperación de la enfermedad, en el que no tiene tanta importancia la recuperación física como romper con círculos creados en el entorno del paciente y del tratamiento ambulatorio.

La Hospitalización a veces actúa como “burbuja”, genera un entorno protector. A largo plazo supone una dificultad para trabajar los problemas del paciente que ocurren fuera de esa “burbuja” de protección que se crea en la planta. “Salir bien del ingreso y encontrarse los problemas fuera”.

Hospitalización a domicilio.

Requiere una evaluación muy pormenorizada del paciente, un alto compromiso por parte del paciente y de su familia, así como una importante coordinación y esfuerzo terapéutico.

Consiste en reproducir en casa las condiciones de un ingreso hospitalario. El paciente debe comprometerse a guardar reposo, a no salir de casa salvo para acudir a las consultas y a seguir las indicaciones del médico responsable que suele ser el endocrino. Supone un desgaste importante para las familias y es frecuente que se mantenga sólo durante un periodo limitado de tiempo.

No siempre es posible.

Hospitalización parcial.

La Hospitalización parcial se refiere al Hospital de Día y la Unidad de TCA.

Requiere que se haya trabajado con el paciente un compromiso terapéutico. Supone un tratamiento de una intensidad alta, cercana a la hospitalización sin las desventajas de ésta última. Existen más criterios de admisión por tratarse de un tratamiento que

requiere un compromiso por parte del paciente y en el que se van a utilizar técnicas ambulatorias y técnicas del ingreso.

- Tratamiento multidisciplinar.
- Trabajo grupal.
- Trabajo en comedor terapéutico. “En el momento de la comida”.

Tratamiento ambulatorio.

Se trata de integrar tratamientos que han demostrado una eficacia. El tratamiento se plantea como multidisciplinar (incluye diferentes puntos de vista del problema).

Existen niveles de tratamiento según el grado de intensidad necesario y los problemas que existen en cada momento. Es lo que se conoce por “Cuidados escalonados”. En un extremo estaría el tratamiento hospitalario (como mayor intensidad de tratamiento), después hospitalización a domicilio, hospital de día, tratamiento ambulatorio intenso y tratamiento ambulatorio.

Se comienza en el nivel de menor intensidad de tratamiento necesario, si fracasa se pasa a un nivel superior y la secuencia de tratamiento es la misma para todos los pacientes (se aplican los mismos criterios para pasar de un nivel a otro).

Tratamiento psicofarmacológico.

En 1982 se publicó un estudio [39] en el que se demostraba que los antidepresivos podían mejorar los síntomas en pacientes con atracones-vómitos. Desde entonces se han llevado a cabo muchos estudios sobre este tema llegando a las siguientes conclusiones:

- Manteniendo el tratamiento durante algunas semanas, se puede llegar a reducir la frecuencia de los atracones en un 50-60%.
- Asociada a esta reducción, aparece una reducción en la frecuencia del vómito, mejora el ánimo y disminuye la preocupación por la comida.
- Estos efectos no dependen de que el paciente se encuentre deprimido al comienzo del tratamiento.

Mitos sobre el tratamiento psicofarmacológico.

El uso de antidepresivos también tiene algunos problemas. En algunas personas pueden producir efectos secundarios. En la población general no son frecuentes pero

en personas con un peso muy bajo pueden ser más habituales. Otro problema es la adherencia al tratamiento. En fases iniciales de la enfermedad, con pacientes que todavía no tienen conciencia de enfermedad puede ser complicado que acepten un tratamiento farmacológico.

El tercer problema es la duración del efecto; en algunas personas puede haber una reducción de los síntomas al comienzo del tratamiento, volviendo a frecuencias iniciales al continuar el tratamiento.

Por todo ello, los antidepresivos ayudan en el tratamiento pero no son la solución del problema.

Pueden utilizarse otros fármacos para síntomas concretos como ansiolíticos, hipnóticos (ayudan a conciliar el sueño), estabilizadores del ánimo o antipsicóticos.

El mal cumplimiento del tratamiento es la causa más común de recaída en pacientes que sufren un TCA. No sólo en cuanto a tratamiento psicofarmacológico sino en pensar que “puedo hacerlo sola”.

Tratamiento psicológico.

El tratamiento psicológico es una parte imprescindible en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria [25].

Como ya hemos ido viendo en sesiones anteriores, mucha gente cree que tener anorexia o bulimia es no querer comer por miedo a engordar, o comer mucho y después vomitar, y es mucho más que eso. Es no gustarte como persona, no aceptarte como eres, querer ser el o la mejor para compensar los sentimientos de inferioridad que tienen.

De todo esto se deduce la necesidad de trabajar desde un punto de vista psicológico tanto con el paciente como con su familia, a nivel individual y grupal.

La intervención psicológica pasa por traducir el lenguaje del síntoma (comida, peso, vómitos...) en un lenguaje emocional. El paciente tiene que aprender a identificar sus emociones, darles un lugar, así como nuevos mecanismos de afrontamiento de las mismas, rutas alternativas a la comida para solucionar sus problemas e integrar la parte “fea” que todos tenemos, y que llevan toda la vida intentando ocultar tras su lucha por la perfección y tras los síntomas.

En su mente coexisten dos actitudes; una la que le obliga a seguir enferma, y la otra, que desea que se ponga bien. La persona con un TCA lucha constantemente. Su mente enferma le dice que no debe seguir adelante, que no debe sentir placeres ni

satisfacciones en la vida, debe privarse de comidas, inhibir el hambre, hacer mucho ejercicio o estudiar muchas horas seguidas. No obstante, tiene momentos de lucidez, y se da cuenta de que sola no puede, que está agobiada y necesita curarse. Hay una permanente contradicción entre sus pensamientos positivos y negativos. Por ello, necesita ayuda, apoyo y comprensión.

Una vez que existe conciencia de enfermedad y motivación para el cambio, y si no las hay habrá que trabajar en ellas primero, se les ayuda a fortalecer su parte sana, que empuja hacia el cambio, y a cuestionar los pensamientos negativos, mitos y trampas de la enfermedad.

El trabajo en grupo tiene unas ventajas añadidas en todo este proceso, pues facilita y complementa el trabajo individual, potenciando los resultados.

Las familias también necesitan sentirse apoyadas por los profesionales que atienden a sus hijas/os, y por otros padres que están viviendo o han vivido un proceso similar al suyo. Necesitan conocer mejor la enfermedad que padecen sus hijas/os para acompañarles en el camino de la recuperación.

Algunos de los objetivos de la psicoterapia grupal son:

- Conocerse mejor, cambiar y aprender.
- Elaborar miedos, dudas, proyectos...
- Detectar el comportamiento inadaptativo
- Permitir a los pacientes ser útiles a los demás. Generar un sentimiento de apoyo.
- Aliviar la ansiedad.
- Reducir la sensación de aislamiento del paciente.

El grupo es un escenario seguro donde poder interpretar distintos papeles (exponerse) y descubrirse uno mismo. No lo hace el terapeuta, el grupo se hace a sí mismo, y para ello necesita un tiempo de compartir experiencias.

Uno aprende entendiendo lo que está ocurriendo en la otra persona mediante la identificación. El “darse cuenta” es el medio para el descubrimiento.

Como veíamos al principio, los grupos de padres comparten algunos de los objetivos que acabamos de presentar.

Final de la sesión y del grupo.

Antes de finalizar es muy importante dejar un espacio para que los padres puedan hacer preguntas y reflexiones sobre la sesión, y sobre el taller en general. Haremos un repaso de todas las sesiones brevemente, conectando las ideas principales antes de cerrar.

Les agradecemos a los padres su tiempo y esfuerzo para comprender un poco más la enfermedad de sus hijas/os, y para colaborar activamente en el proceso de tratamiento. Su papel es muy importante y saber dónde pueden invertir sus esfuerzos también.

Nos despedimos de ellos recordándoles que la colaboración entre nosotros y el apoyo que ellos necesitan, no termina aquí, que es necesario seguir trabajando juntos en otros espacios, ya sean consultas individuales u otros grupos para padres.

Material para padres.

Sesión 6: Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

A menudo se tarda mucho en buscar ayuda, a pesar de que el tratamiento suele ser efectivo. Ya hemos visto que algunos de los síntomas, especialmente la obsesión, hacen difícil al paciente darse cuenta de que existe un problema y dificultan la búsqueda de ayuda.

Cuando se comienza el tratamiento generalmente nos encontramos ante un cuadro que lleva mucho tiempo establecido. En ocasiones, los primeros intentos de tratamiento sólo producen cambios durante un periodo muy corto de tiempo. Después de estos intentos puede pensarse que el tratamiento ha fracasado, pero no es así ya que cada pequeño cambio favorece que aparezcan otros que finalmente sean definitivos y ayuden en la curación de la enfermedad.

Existen varios niveles de tratamiento según las necesidades presentes del paciente.

Hospitalización.

La gran mayoría de personas con trastornos de la conducta alimentaria pueden curarse con tratamiento ambulatorio. La hospitalización es necesaria en muy pocas ocasiones. Se utiliza únicamente cuando existe un riesgo vital importante (especialmente por complicaciones electrolíticas derivadas de la desnutrición o los vómitos intensos), cuando aparecen síntomas psiquiátricos acompañantes (como depresión o ideas de suicidio) o cuando ha fallado el tratamiento ambulatorio como último recurso. La limitación más importante de la hospitalización es suponer un entorno totalmente diferente del habitual; los síntomas pueden desaparecer durante el ingreso para volver al regresar al entorno habitual. Es muy importante que los cambios alcanzados en la hospitalización se mantengan con un buen plan al alta. El periodo de hospitalización es un periodo preparatorio para el tratamiento ambulatorio. Es en el ambiente del paciente donde se produce la curación.

Tratamiento ambulatorio.

Se trata de integrar tratamientos que han demostrado una eficacia. El tratamiento se plantea como multidisciplinar (incluye diferentes puntos de vista del problema y el tratamiento por varios especialistas: psicólogo, psiquiatra, endocrinólogo, nutricionista,...).

Existen niveles de tratamiento según el grado de intensidad necesario y los problemas que existen en cada momento. Es lo que se conoce por “Cuidados escalonados”. En un extremo estaría el tratamiento hospitalario (como mayor intensidad de tratamiento), después hospitalización a domicilio, hospital de día, tratamiento ambulatorio intenso y tratamiento ambulatorio.

Se comienza en el nivel de menor intensidad de tratamiento necesario, si fracasa se pasa a un nivel superior.

Hospitalización parcial.

El Hospital de Día o la Unidad de tratamiento suponen un puente entre una intensidad de tratamiento mayor de la habitual y la utilidad de realizar un tratamiento de forma ambulatoria. Está basado en el tratamiento multidisciplinar integrado, personalizado, el tratamiento grupal e intensivo y una intervención, si es necesaria, durante las comidas.

Tratamiento psicofarmacológico.

En 1982 se publicó un estudio en el que se demostraba que los antidepresivos podían mejorar los síntomas en pacientes con atracones-vómitos. Desde entonces se han llevado a cabo muchos estudios sobre este tema:

- Manteniendo el tratamiento durante algunas semanas, se puede llegar a reducir la frecuencia de los atracones en un 50-60%.
- Asociada a esta reducción, aparece una reducción en la frecuencia del vómito, mejora el ánimo y disminuye la preocupación por la comida.
- Estos efectos no dependen de que el paciente se encuentre deprimido al comienzo del tratamiento.

El uso de antidepresivos tiene algunos problemas. En algunas personas pueden producir efectos secundarios. En la población general no son frecuentes pero en personas con un peso muy bajo pueden ser más habituales. Otro problema es la adherencia al tratamiento. En fases iniciales de la enfermedad, con pacientes que todavía no tienen conciencia de enfermedad puede ser complicado que acepten un tratamiento farmacológico. Existen mitos sobre el tratamiento psicofarmacológico que dificultan la adherencia al tratamiento.

- “Engancha”: los tratamientos no crean adicción si se toman en las dosis y con la frecuencia que se han prescrito.

- “Lavan el cerebro”: ayudan a reducir la ansiedad que impide pensar.

El tercer problema es la duración del efecto; en algunas personas puede haber una reducción de los síntomas al comienzo del tratamiento, volviendo a frecuencias iniciales al continuar el tratamiento.

Por todo ello, los antidepresivos ayudan en el tratamiento de los TCA pero no son la solución del problema.

Pueden utilizarse otros fármacos para síntomas concretos como ansiolíticos, hipnóticos (ayudan a conciliar el sueño), estabilizadores del ánimo o antipsicóticos.

Tratamiento psicológico.

El tratamiento psicológico es la parte imprescindible del tratamiento. Se han utilizado diferentes técnicas, siendo más efectiva la aproximación cognitivo-conductual y la interpersonal. Consiste en abordar alteraciones cognitivas (preocupaciones extremas sobre el peso y la figura, perfeccionismo, pensamiento blanco-o-negro y baja autoestima) mientras se tratan de cambiar las conductas derivadas (alteración en los hábitos de alimentación).

Los estudios han demostrado que el tratamiento psicológico produce los mismos efectos que los antidepresivos: mejoras en el estado de ánimo, concentración y mayor sentido de control sobre la comida. Además disminuye la obsesión por la comida y el peso.

Existen otras formas de tratamiento psicológico centradas en síntomas concretos o en problemas particulares que puedan aparecer durante el tratamiento.

El tratamiento grupal y psicoeducativo forma una parte importante del tratamiento.

El mal cumplimiento del tratamiento es la causa más común de recaída en pacientes que sufren un TCA. No sólo en cuanto a tratamiento psicofarmacológico sino en pensar que “puedo hacerlo sola”.

Conclusiones.

Conclusiones.

Desde el primer instante en que se abrió la Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria en la que trabajamos, en Febrero de 2008, hemos tenido muy presente la importancia de incluir el trabajo con los padres y otros familiares de referencia (parejas, hermanos, abuelos...) en el tratamiento de las pacientes. Lo hemos hecho en tres niveles: con entrevistas familiares, con talleres de padres y con grupos de padres de mayor duración. El enfoque desde el que hemos trabajado en cada espacio presenta algunas diferencias a considerar.

En las entrevistas familiares se trabajan todo tipo de aspectos: psicoeducativos (centrados en el síntoma alimentario y en el funcionamiento de la enfermedad) y otros más relacionales y emocionales. Aunque este espacio proporciona una atención individualizada, que permite abordar las características particulares de cada caso, también presenta limitaciones, sobre todo en cuanto a frecuencia y duración.

Al poco tiempo de empezar a trabajar con las familias, tomamos conciencia de que este espacio no era suficiente, y de que había que complementarlo con otros de corte grupal por las ventajas que vimos al comienzo de este manual: el contexto grupal consigue una mayor implicación en el tratamiento y mejora la adherencia terapéutica. Cumple objetivos también de acompañamiento y activa procesos como la identificación y la autoeficacia en las familias al ir evolucionando juntos en el tratamiento.

A partir de este momento incorporamos en nuestra práctica un grupo de padres abierto, semanal y anual. Aunque podríamos hacer una división artificial entre una primera fase más psicoeducativa y una segunda fase más centrada en aspectos interpersonales y emocionales, la realidad es que todos los aspectos se mezclan, pesando más en los primeros momentos los relacionados con el síntoma alimentario.

Muy a menudo comprobábamos que los padres que se incorporaban a este grupo tenían una información muy insuficiente sobre la patología de sus hijas, que necesitaban cubrir para seguir avanzando en el descubrimiento de aspectos más emocionales.

Debido a este y otros motivos, nos planteamos la necesidad de llevar a cabo unos talleres para padres de corte psicoeducativo, cuyo contenido se presenta en este manual.

Inicialmente los talleres tenían lugar en un formato “intensivo” durante una tarde, con tres sesiones de una hora de duración. En este taller se introducía el formato de tratamiento que se ofrece en nuestra Unidad, se presentaban todos los profesionales y

se daban nociones básicas sobre conceptos muy generales acerca del funcionamiento de la enfermedad. Era habitual que estos talleres “supieran a poco” pero sentaban las bases para implicar a las familias en el tratamiento.

Decidimos entonces estructurar y adaptar el grupo psicoeducativo a una duración más prolongada que nos permitiese trabajar más y mejor con los padres. El resultado de ese trabajo son las sesiones que se presentan en este Manual.

Teniendo en cuenta la experiencia comentada, nuestra experiencia, pensamos que ya que no todos los padres llegan en las mismas condiciones al tratamiento, pues el recorrido que han hecho en cuanto al concepto de enfermedad de sus hijos/as es muy diferente, sería una buena opción plantearse el trabajo con ellos en dos fases. Una primera fase psicoeducativa, cubriendo los aspectos centrales de la enfermedad en cuanto los síntomas y sus consecuencias, y otra segunda fase en la que poder ir más allá del síntoma y trabajar todos los conflictos relacionales y emocionales que le acompañan.

Algunos padres llegan con mucha información respecto al síntoma, pues han recorrido diferentes tratamientos y llevan largo tiempo con la enfermedad a sus espaldas, otros llegan con muy poca información. Es importante evaluar la cantidad de información que tienen (y el uso que hacen de ella) y adaptar la terapia a ese momento, aportando lo que necesiten, corrigiendo los errores y recordando lo principal.

Una vez cubierta esa necesidad de información, el camino para trabajar los aspectos más nucleares de la patología se queda más libre y con menos obstáculos. Hemos sentado los cimientos, ahora vamos a construir la casa.

Sin embargo no es tan sencillo como un proceso de transmisión de información seguido de un trabajo emocional. Ambas necesidades se presentan a la vez, con diferente intensidad según la fase pero tenemos que contar con que durante una primera parte también hay necesidades emocionales que cubrir y que durante el trabajo emocional también pueden surgir trabajos a realizar sobre el síntoma. Darles información sobre la enfermedad cubre una pequeña parte de las necesidades que tienen, que van cambiando según el momento de la enfermedad en la que se encuentren sus hijos/as. Todos los padres y madres, antes, durante y después de los talleres psicoeducativos tienen necesidades emocionales a las que debemos responder. Un taller psicoeducativo nunca es una clase o una conferencia. Acompañar a sus hijos/os en la enfermedad y ser una ayuda requiere de muchas más habilidades y, sobre todo, de un conocimiento mayor de sí mismos para facilitarles el camino y no entorpecerlo. Ellos también crecen cuando hacen un trabajo que va más allá de la información sobre el síntoma.

Según nuestra experiencia subjetiva, que parte de nuestra práctica clínica diaria, los cambios que realizan los padres que han pasado únicamente por talleres psicoeducativos en comparación con los padres que han completado el trabajo en el grupo anual, son menores en cuanto a profundidad y duración en el tiempo, y el grado en el que estos cambios influye en el proceso de sus hijas también es menor. Ya tenemos aquí varias hipótesis a demostrar.

Los cambios que se generan mediante la información y mediante el conocimiento del síntoma pueden ser la llave y el modelo para que cambie la relación y se facilite la expresión emocional del malestar interno. Es imprescindible para el tratamiento integrar ambas partes, ya que la una facilita a la otra y la complementa.

Toda casa necesita unos cimientos.

Agradecimientos.

A nuestros pacientes y a sus padres que nos han permitido acompañarles en sus vivencias, con todas las enseñanzas que conlleva.

A la Dra. Berta Ríos por su vinculación, apoyo y entrega a este proyecto.

A la Dirección Médica y de Enfermería del Hospital Universitario de Móstoles.

A todo el equipo de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario de Móstoles, por su dedicación y confianza en esta tarea.

A todos los residentes que han colaborado con nosotros contagiándonos su ilusión, su trabajo y sus ganas.

A la Biblioteca del Hospital Universitario de Móstoles.

A nuestros padres.

Bibliografía.

Referencias Bibliográficas.

1. American Psychiatric Association Staff. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR Text Revision. 4th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing 2000.
2. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry; behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th edition. ed. Philadelphia, PA,: Lippincott Williams & Wilkins 2007.
3. Guerro-Prado D, Barjau Romero JM, Chinchilla Moreno A. [The epidemiology of eating disorders and the influence of mass media: a literature review]. *Actas Esp Psiquiatr* 2001; **29**: 403-10.
4. Pelaez Fernandez MA, Labrador FJ, Raich RM. Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *J Psychosom Res* 2007; **62**: 681-90.
5. Ruiz-Lazaro PM. [Epidemiology of eating behavior disorders in Spain]. *Actas Esp Psiquiatr* 2003; **31**: 85-94.
6. Vandereycken W, Deth Rv. From fasting saints to anorexic girls : the history of self-starvation. New York: New York University Press 1994.
7. Turón Gil VJ. Trastornos de la alimentación : anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Barcelona etc.: Masson 1997.
8. Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979; **9**: 429-48.
9. Wade TD, Bergin JL, Martin NG et al. A transdiagnostic approach to understanding eating disorders. *J Nerv Ment Dis* 2006; **194**: 510-7.
10. Patra BN, Subodh BN. Family psychoeducation for major depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2012; **200**: 82; author reply -3.
11. Colom F, Vieta i Pascual E. Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar. Barcelona: Ars Medica 2004.
12. Colom F, Vieta i Pascual E, Corominas J. Estudio de la eficacia de la psicoeducación en la prevención de recaídas en los trastornos bipolares [Tesi doctoral, Universitat de Barcelona Departament de Psiquiatria i Psicobiologia Clínica, 2003]; 2003.
13. Reinares M, Colom F, Sanchez-Moreno J et al. Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. *Bipolar Disord* 2008; **10**: 511-9.
14. Vaughn CE, Leff JP. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *Br J Psychiatry* 1976; **129**: 125-37.
15. Minuchin S, Baker L, Rosman BL. Psychosomatic families : anorexia nervosa in context. Cambridge, Mass.: Harvard University Press 1978.
16. Treasure J, Sepulveda AR, MacDonald P et al. The assessment of the family of people with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2008; **16**: 247-55.
17. Treasure J, Crane A, McKnight R et al. First do no harm: iatrogenic maintaining factors in anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2011; **19**: 296-302.
18. Gisladottir M, Svavarsdottir EK. Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2011; **18**: 122-30.

19. Vaz Leal FJ. Bulimia nerviosa : perspectivas clínicas actuales. Majadahonda, Madrid: Ergon 2006.
20. Vandereycken W, Kog E, Vanderlinden J. The Family approach to eating disorders : assessment and treatment of anorexia nervosa and bulimia. New York: PMA Pub. Corp. 1989.
21. Eisler I. Family-based treatment increases full remission at 1-year follow-up compared with adolescent-focused individual therapy in adolescents with anorexia nervosa. *Evid Based Ment Health* 2011; **14**: 27.
22. Jáuregui Lobera I. Autoayuda y participación de la familia en el tratamiento de los TCA. *Trastornos de la conducta alimentaria* 2005; **2**: 158-98.
23. Holtkamp K, Herpertz-Dahlmann B, Vloet T, Hagenah U. Group psychoeducation for parents of adolescents with eating disorders: the Aachen program. *Eat Disord* 2005; **13**: 381-90.
24. Fairburn CG, Association for Behavioral and Cognitive Therapies. Cognitive behavior therapy for eating disorders treatment session [videorecording]. New York, N.Y.: Association for Behavioral and Cognitive Therapies,; 2003.
25. Garner DM, Garfinkel PE. Handbook of treatment for eating disorders. 2nd ed. New York: Guilford Press 1997.
26. Yalom ID, Leszcz M. The theory and practice of group psychotherapy. 5th ed. New York: Basic Books 2005.
27. Bryant-Waugh R, Lask B. Eating disorders : a parents' guide. Rev. ed. Hove England ; New York: Brunner-Routledge 2004.
28. Bemporad JR. Self-starvation through the ages: reflections on the pre-history of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 1996; **19**: 217-37.
29. Organización Mundial de la Salud. CIE-10 : trastornos mentales y del comportamiento : descripciones clinicas y pautas para el diagnostico. Madrid: Meditor 1992.
30. Nishimura H, Komaki G, Ando T et al. Psychological and weight-related characteristics of patients with anorexia nervosa-restricting type who later develop bulimia nervosa. *Biopsychosoc Med* 2008; **2**: 5.
31. Chinchilla Moreno A. Trastornos de la conducta alimentaria : anorexia y bulimias nerviosas, obesidad y atracones. Barcelona etc.: Masson 2003.
32. Eisler I, Dare C, Russell GF et al. Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1997; **54**: 1025-30.
33. Fairburn CG. Overcoming binge eating. New York: Guilford Press 1995.
34. Patton GC, Johnson-Sabine E, Wood K et al. Abnormal eating attitudes in London schoolgirls--a prospective epidemiological study: outcome at twelve month follow-up. *Psychol Med* 1990; **20**: 383-94.
35. Comerci GD. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Med Clin North Am* 1990; **74**: 1293-310.
36. Taylor HL, Keys A. Adaptation to caloric restriction. *Science* 1950; **112**: 215-8.
37. University of Minnesota. Laboratory of Physiological Hygiene., Keys A. The biology of human starvation. Minneapolis,; University of Minnesota Press 1950.
38. Treasure J. Anorexia nervosa : a survival guide to families, friends, and sufferers. East Sussex, UK: Psychology Press 1997.
39. Pope HG, Jr., Hudson JI. Treatment of bulimia with antidepressants. *Psychopharmacology (Berl)* 1982; **78**: 176-9.

