

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

GUÍA PARA PACIENTES,
FAMILIARES Y
PROFESIONALES



2^a
edición
revisada

Elca. Unidad Multidisciplinar
de la Conducta Alimentaria

www.unidadelca.com

958 08 15 00 · 673 72 08 93



elca

Unidad Multidisciplinar
de la Conducta Alimentaria

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

GUÍA PARA PACIENTES,
FAMILIARES Y PROFESIONALES

2^a
edición
revisada

Elca. Unidad Multidisciplinar
de la Conducta Alimentaria

www.unidadelca.com

958 08 15 00 · 673 72 08 93



elca

Unidad Multidisciplinar
de la Conducta Alimentaria

Autores:

Carolina Oblaré Molero (Coords.).
Especialista en Nutrición. Responsable Departamento Nutrición de UMCA Elca.

Elena Martínez Peláez (Coords.).
Psicóloga Sanitaria especialista en TCA. Responsable departamento Psicología de UMCA Elca.

Javier Rodríguez Martín.
Educador Terapéutico de la UMCA Elca.

Juan Carlos López Pérez.
Nutricionista Especializado en TCA. Consultas Externas de la UMCA Elca.

Pedro Cuenca Cano.
Nutricionista Especializado en TCA. Consultas Externas de la UMCA Elca.

Isabel Martín Ochoa.
Psicóloga Sanitaria especialista en TCA. UDD de la UMCA Elca

Iván Ramírez Pérez.
Psicopedagogo Especializado en TCA. Consultas Externas y UDD de la UMCA Elca

Juan Carlos Navarro Barrios.
Médico-Psiquiatra especialista en TCA. Consultas Externas y UDD de la UMCA Elca

Elvira Puga Salmerón.
Psicóloga Sanitaria Especializada en TCA. Consultas Externas de la UMCA Elca.

Cristela García Rodríguez.
Psicóloga Sanitaria colaboradora con UMCA Elca.

Soraya García Herrezuelo.
Psicóloga Sanitaria colaboradora con UMCA Elca.

Ilustraciones por cortesía de Cristóbal Morillas Espinosa.

© Los autores

Depósito Legal: GR-126-2021

Imprime: Lozano Impresores S.L.

No está permitida la reproducción total o parcial de esta guía, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.
Reservados todos los derechos.

Dedicado a todos nuestros pacientes, que nos enseñan tanto cada día.
A sus familias, que nos dan lección de que el amor a sus hijos mueve mundos, y a todos los profesionales que nos trasladan admiración, ánimo y apoyo para seguir creciendo y apoyando el mundo de los TCA.




Índice

| | |
|---|-----------|
| Presentación..... | 9 |
| ¿Qué son los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA)? | 11 |
| Anorexia nerviosa | 12 |
| Bulimia nerviosa | 13 |
| Trastorno por atracón..... | 13 |
| Otros trastornos alimentarios especificados..... | 13 |
| Vigorexia..... | 14 |
| Ortorexia | 15 |
| Otros trastornos alimentarios:..... | 16 |
| Fenómeno de la Distorsión de la Imagen Corporal | 17 |
| ¿Por qué aparecen los trastornos de la conducta alimentaria? | 21 |
| Factores Etiológicos | 21 |
| Factores biológicos y genéticos | 25 |
| Factores socioculturales | 25 |
| Historia de aprendizaje, la familia..... | 27 |
| Rasgos personales e individuales | 29 |
| Cómo detectar un trastorno de la conducta alimentaria | 31 |
| ¿Cómo actuar ante la detección de un trastorno alimenticio?..... | 33 |
| Mitos sobre los trastornos de conducta alimentaria..... | 37 |

| | |
|---|----|
| Tratamiento efectivo para los trastornos de conducta alimentaria | 47 |
| Equipo multidisciplinar especializado en TCA | 47 |
| Por qué la necesidad de que los TCA sean tratados por especialistas | 50 |
| Cómo debe ser el tratamiento..... | 55 |
| Tratamiento psicológico | 55 |
| Tratamiento psiquiátrico (farmacológico)..... | 56 |
| Tratamiento nutricional..... | 60 |
| | |
| Los mitos alimentarios como factores clave en los TCA | 65 |
| Complicaciones de las Conductas Purgativas | 69 |
| | |
| Tipos de tratamiento | 75 |
| Consultas externas | 75 |
| A) Nutrición..... | 76 |
| B) Psicología..... | 76 |
| D) Psiquiatría..... | 77 |
| D) Reeducción psicopedagógica | 77 |
| Estancia en Unidad de Día | 78 |
| La figura del educador terapéutico en Unidad de Día..... | 81 |
| | |
| Cómo prevenir los trastornos de la conducta alimentaria | 87 |
| | |
| Cuando el paciente no acepta, no es consciente o no reconoce tener TCA | 91 |
| | |
| Cronificación de los TCA | 97 |





Presentación

La presente guía está elaborada con la intención de ofrecer una visión clara y cercana de lo que son los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) tanto a pacientes, familiares de pacientes y profesionales que pueden encontrarse en su día a día personas que puedan padecer un trastorno de este tipo.

El objetivo es ofrecer realismo con un lenguaje sencillo, que nos permita acercarnos a comprender mejor en qué consisten los TCA, pautas para prevenirlos, que éstos trastornos se curan con el tratamiento adecuado, en qué consisten esos tratamientos, y cómo abordarlos de una manera eficaz.

También presentar pautas básicas y recomendaciones generales que solemos ofrecer de entrada a personal allegado a personas que tienen un TCA o que sospechan de poder padecerlo.

Agradecemos a todo el personal colaborador de la Unidad Multidisciplinar de la Conducta Alimentaria ELCA, por aportar su grano de arena para que por fin esta guía salga a la luz, y también a la Asociación Adaner Granada, por orientarnos y enseñarnos las necesidades de este colectivo, sensibilizarnos como profesionales de las necesidades de estos pacientes y sus familiares y ofrecernos la oportunidad de ser los profesionales que hoy somos.

Para empezar a hablar en profundidad sobre este tipo de trastornos, tenemos que definirlos y previamente hacernos un esquema mental de cómo funcionan.



¿Qué son los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA)?

En Unidad ELCA entendemos los TCA como una vía de escape, ante una serie de dificultades o situaciones previas, complejas, a los que la persona no ha sabido hacer frente de manera eficaz, y su malestar lo “pagan” con la comida, con el cuerpo y con el peso, buscando de esta manera encontrar alivio y sensación de control.

El problema no es solamente la ingesta, sino los motivos que hacen que la persona actúe de esa manera. La etiología es multifactorial e interaccionan diferentes variables en su origen, desarrollo y mantenimiento.

Los TCA son trastornos psicológicos que a veces conllevan gran deterioro físico, de ahí la importancia y necesidad de que el tratamiento, para que sea eficaz, sea especializado y multi e interdisciplinar.

La sintomatología es muy variable, y no todos los pacientes tienen todos los síntomas. De hecho, cada vez aparecen más Trastornos de la Conducta Alimentaria que no encajan a la perfección en las definiciones dadas por el DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales publicado por la Asociación Americana de



Psiquiatría), y debemos recordar que ese manual es una guía profesional para catalogar este tipo de trastornos y facilitar la comunicación e información entre profesionales sanitarios, pero existe gran variedad de sintomatología, tanta como pacientes existen.

Según esta guía y atendiendo a la sintomatología, podemos diferenciar los siguientes tipos:

ANOREXIA NERVIOSA

Se caracteriza por:

- Reducción voluntaria de la ingesta en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal inferior al mínimo normal (o esperado cuando se trata de niños).
- Miedo intenso a ganar peso o engordar, incluso con un peso significativamente bajo.
- Llevar a cabo comportamientos persistentes que interfieren en el aumento de peso.
- Alteración en la forma en que se percibe su peso o constitución.
- Falta de reconocimiento de la gravedad que conlleva mantener un peso bajo.

Tipos:

- **RESTRICTIVO:** En los últimos tres meses, no existen episodios recurrentes de atracones o purgas (como por ejemplo vómito auto-provocado, utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). La pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, al ayuno y/o ejercicio físico excesivo.
- **ATRACONES/PURGAS:** En los últimos tres meses, han existido episodios recurrentes de atracones o purgas (como por ejemplo

vómito auto-provocado, utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

BULIMIA NERVIOSA

Se caracteriza por:

- Ingesta, en un periodo determinado, de una cantidad de alimentos superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar y en circunstancias parecidas.
- Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.
- Llevar a cabo comportamientos compensatorios inapropiados de manera recurrente para evitar el aumento de peso (como el vómito auto-provocado, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo).
- La autoevaluación está influida por la constitución y el peso corporal.

TRASTORNO POR ATRACÓN

Se caracteriza por:

Episodios recurrentes de atracones (ingesta en un periodo determinado de una cantidad de alimento superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo y circunstancias similares más la sensación de falta de control sobre lo que se ingiere).

El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la Bulimia Nerviosa.

OTROS TRASTORNOS ALIMENTARIOS ESPECIFICADOS

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los

síntomas característicos de un trastorno alimentario que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios diagnósticos de un trastorno de conducta alimentaria.

Algunos ejemplos son:

- Anorexia Nerviosa Atípica: se cumplen todos los criterios para la Anorexia Nerviosa, excepto que el peso del individuo, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal.
- Trastorno por purgas: comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o en la constitución en ausencia de atracones.
- Síndrome de ingestión nocturna de alimentos: episodios recurrentes de ingestión de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingestión de alimentos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar.

VIGOREXIA

Se caracteriza por:

- Percepción distorsionada de las características físicas, de manera que la persona se ve con falta de tonicidad y musculatura, lo que le lleva a realizar ejercicio físico de manera obsesiva y compulsiva, adquiriendo una masa muscular excesiva y desproporcionada con su talla y constitución física.
- El ejercicio físico obsesivo y compulsivo se acompaña de una dieta desequilibrada y basada en el consumo de proteínas para así aumentar la musculatura del cuerpo.



ORTOREXIA

Se caracteriza por:

- Obsesión por seguir una alimentación sana y natural categorizada bajo criterios personales, que llevan a la persona que la padece a evitar o prescindir alimentos o productos que no consideran lo suficientemente saludables.
- Las consecuencias no son solo a nivel de graves carencias nutricionales, sino que como ocurre en el resto de los trastornos alimentarios, conllevan sintomatología que requiere de atención psicológica especializada: obsesión, aislamiento social, sentimiento de culpa cuando no se sigue el plan alimenticio pensado, baja autoestima, etc.

Y desde nuestro punto de vista, cualquier otra situación que no cumpla los criterios diagnósticos tal y como se expresan, con variaciones o cumplimiento parcial, pero que conllevan conductas con la comida no apropiadas y un malestar clínicamente significativo o deterioro en cualquiera de las áreas de su vida.

Últimamente se está detectando, que muchos pacientes con trastornos de la conducta alimentaria piensan que han superado su problema, porque muchos de los síntomas con la alimentación ya no están presentes y son capaces de llevar una vida sana.

Pero, ¿qué es una vida sana? Muchos piensan que una vida sana es una vida fitness (alimentación muy controlada y con productos procesados específicos, alimentos amados y alimentos odiados, ejercicio físico obligatorio e imperdonable, etc.), o una vida sana y natural lejos de alimentos refinados, procesados, azúcar, grasa saturada, etc. donde se prefiere no comer a tomar algo que no esté dentro de nuestro grupo de alimentos sanos, llevándonos a una “curación” camuflada detrás de una vigorexia u ortorexia.



¿Esto significa que hacer deporte sea sinónimo de enfermedad, o huir de alimentos procesados sea enfermedad? Para nada, hacer deporte, comer frutas y verduras, moderar el consumo de productos refinados y azúcares es sanísimo, el problema se presenta cuando esto limita tu vida, cuando tu vida gira en torno al horario del gimnasio, cuando aparecen límites en tus relaciones sociales por huir de los procesados, cuando tomo algo de eso y me siento culpable y mal, cuando al fin y al cabo la alimentación y/o deporte y/o mi cuerpo condiciona mi vida y el sentirme mejor o peor depende de ello.

OTROS TRASTORNOS ALIMENTARIOS:

- PICA: Ingestión persistente de sustancias no nutritivas durante un periodo mínimo de un mes y es inapropiada al grado de desarrollo del individuo.
- TRASTORNO DE RUMIACIÓN: Regurgitación repetida de alimentos durante un periodo mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen.
- TRASTORNO DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS: Trastorno alimentario que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a los siguientes hechos: pérdida de peso significativa, deficiencia nutritiva significativa, dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral, interferencia importante con el funcionamiento psicosocial.

Cuando hablamos de síntomas de TCA, nos vemos obligados a abordar un síntoma bastante común en este tipo de trastornos, que suele ser complejo de explicar y de comprender, pero que vemos de vital importancia incluirlo e esta guía: **la distorsión de la imagen corporal.**



Fenómeno de la distorsión de la imagen corporal

Solemos pensar que las personas diagnosticadas con Trastorno de la Conducta Alimentaria tienen dificultades en la percepción de la realidad o que se ven obesas cuando se miran al espejo, sin embargo esto no es lo que ocurre realmente y el acercarnos a ellas con este discurso no hace más que aumentar su sentimiento de que nadie las comprende.

La imagen corporal es la idea que tenemos en nuestra mente sobre cómo es nuestro cuerpo. Es necesario tener en cuenta que la representación mental de cualquier imagen que percibimos tiene un alto carácter subjetivo ya que en ella no solo influye el componente perceptivo sino también el cognitivo, el afectivo y el conductual. Una persona con trastorno de la conducta alimentaria experimenta cambios a nivel emocional y cognitivo que juegan un papel muy importante en la parte subjetiva de la percepción de su imagen. Es por ello que la distorsión de la imagen corporal adquiere gran relevancia en los pacientes afectados por estos trastornos.

Lo que ocurre es que cuando la persona percibe su propio cuerpo a la imagen real se le suma una alta carga emocional que va haciendo que valore esa imagen cada vez más negativamente. Son muchos los factores que se van añadiendo para que esto se produzca. Algunos de ellos son *recuerdos*, que pueden ir desde comentarios que se hayan oído sobre su propio cuerpo, momentos en los que haya sufrido males-

tar, mensajes negativos que haya utilizado para referirse a sí mismos etc. Todos esos recuerdos (y la interpretación que se hace de ellos) van forjando una *autoestima* y un *autoconcepto* debilitados que se activan cada vez que la persona ve, imagina o toca su propio cuerpo. A todo este proceso debemos sumarle también el *estado de ánimo*, que suele ser bajo, y que repercute en que perciba e interprete la realidad como más negativa de lo que realmente es. Por último existe un componente *social/cultural* que nos transmite unos criterios establecidos acerca de la necesidad de tener un cuerpo perfecto, de que vamos a ser más exitosos si lo tenemos, un canon de belleza basado en patrones físicos muy rígidos etc, a la vez que nos llegan un sinfín de mitos relacionados con la alimentación, el cuerpo, el peso y el deporte que les llevan a tener unos objetivos irreales de tamaño/peso/complexión. Todos estos componentes se unen para que la persona valore su propio cuerpo como más grande o voluminoso de lo que realmente es.



Paralelamente a esto se elabora un ideal del cuerpo que quisiera llegar a conseguir. La discrepancia entre cómo la persona percibe su cuerpo y el cuerpo ideal que quisiera llegar a tener, genera esta profunda insatisfacción y preocupación con su imagen corporal lo que va a aumentar más la frustración por no conseguirlo, contribuyendo a que el estado de ánimo empeore y repercuta en valorar la imagen corporal como aún más negativa.

Por tanto, estar satisfechos o insatisfechos con nuestra imagen corporal nada tiene que ver con cómo somos en la realidad, ni con las dimensiones del cuerpo o su forma, tiene que ver con creencias, valo-

res y pensamientos sobre el físico y cualquier persona, independientemente de su cuerpo o talla, podría desarrollar esta distorsión, dando como resultado limitaciones en el día a día y conductas desadaptativas con la comida, el cuerpo y las actividades diarias en general.

El trabajo con la distorsión de la imagen corporal incluye el trabajo con cada uno de los componentes que están influyendo en la percepción negativa de su imagen: mitos, creencias irracionales, expectativas no realistas, reprocesamiento de recuerdos negativos, entre otros, y culmina con el cuidado y aceptación del propio cuerpo siendo uno de los aspectos que más tardan en sanar en el tratamiento.

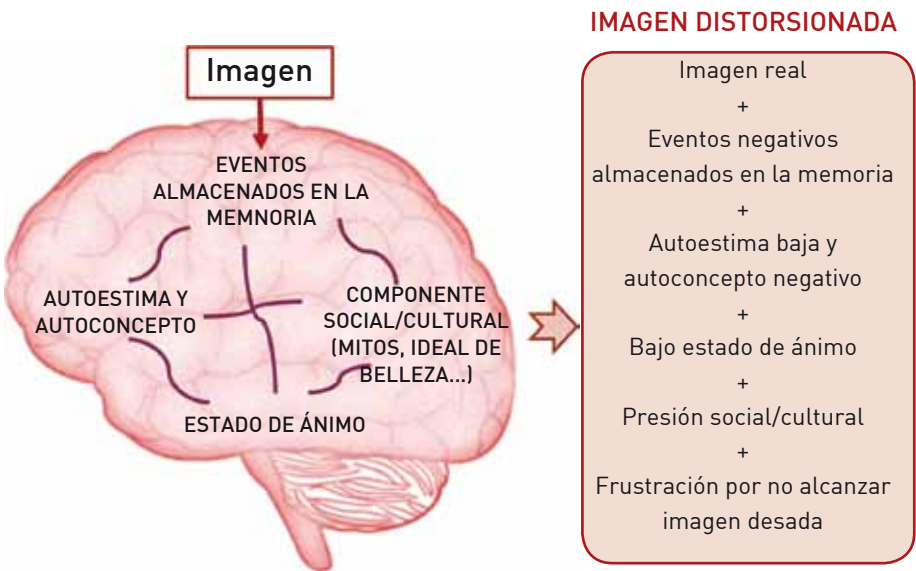


Fig. Esquema: distorsión de la imagen corporal.



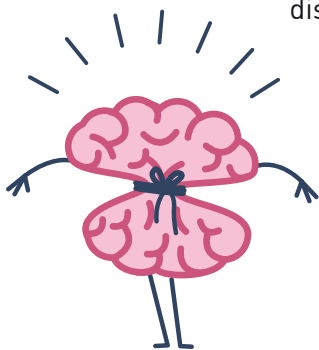
¿Por qué aparecen los trastornos de la conducta alimentaria?

FACTORES ETIOLÓGICOS

Una de las primeras preguntas que se nos viene a la mente ante cualquier enfermedad o problema, es el ¿por qué? Tenemos la tendencia de buscar las razones por las cuales nos vemos envueltos en semejante dificultad. Muchas veces por comprobar cuál es nuestro grado de responsabilidad, por conocer qué pudimos haber hecho para remediarlo, o simplemente para a día de hoy adquirir cierto manejo sobre el problema, y conocer mejor en qué incidir para solucionarlo. Sea por la razón que sea, en ocasiones conocer por qué reduce sentimientos de culpa, y nos motiva para saber por dónde hemos de empezar a trabajar para el cambio.

En el caso de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, los conocimientos científicos sobre las causas, son limitadas. Lo que sí sabemos es que los trastornos de la alimentación tienen un origen multifactorial, por lo que ningún factor de manera aislada podría considerarse como ilustrativo del inicio, desarrollo y mantenimiento de este cuadro tan complejo. Existen factores y causas compartidas que suelen aparecer a la base de estos trastornos, pero no siempre todas se manifiestan y tampoco lo hacen con la misma intensidad.

A todos y cada uno de nosotros, desde que nacemos, y durante el desarrollo de nuestra vida, nos acontecen una serie de circunstancias



disparadoras de estrés o malestar emocional.

Situaciones más cotidianas tales como, conflictos familiares, divorcios o separaciones, cambios de residencia, enfermedades propias o de seres queridos, fallecimientos, burlas en el colegio, etc. U otras no tan frecuentes, tales como abusos sexuales, acoso escolar, etc. De no tener las herramientas de afrontamiento suficientes para enfrentarnos a

estas situaciones, el malestar emocional puede ir

aumentando y dificultando nuestro funcionamiento personal. Si a esta falta de herramientas, le sumamos la evaluación negativa de nuestra capacidad para solucionar problemas, el malestar emocional que sentimos aumentara en mayor medida. Este cúmulo de sensaciones, y pensamientos negativos con respecto a uno mismo, puede llevar a la persona a realizar conductas o desarrollar comportamientos disfuncionales que a la larga provoquen alteraciones en diferentes áreas de su vida, como una vía de escape a ese malestar y como consecuencia de la falta de herramientas para resolver los problemas de otra manera más adecuada.

Por lo que respecta a los Trastornos de la Conducta Alimentaria, el malestar causado por determinados factores, que más adelante veremos, lleva a la persona a modificar sus hábitos alimentarios, llevando a cabo conductas alteradas en la forma de alimentarse, como forma de regular sus emociones y de manejar sus problemas. Lo cual conllevara consecuencias físicas, psicosociales, familiares, etc. El control o descontrol alimenticio supone una vía de escape a determinadas carencias emocionales y dificultades vitales.

Como sabemos, hoy en día, en nuestra sociedad se fomenta la creencia de que hay que estar siempre felices y que debemos de huir de las emociones desagradables. Solo hay que darse cuenta de que vivimos en el llamado “Estado de Bienestar”, lo que nos condiciona a pensar

que todo lo que nos haga sufrir hay que evitarlo y que hemos de ir en busca de lo que nos aporte sensaciones agradables de forma inmediata. Por lo que cada vez más en nuestra Sociedad se adquieren mayor número de conductas y comportamientos disfuncionales que nos aportan placer inmediato y consecuencias a largo plazo, como por ejemplo; consumo de drogas, conductas sexuales de riesgo, etc.

Lo que tiene que ver esto con los Trastornos de la Conducta Alimentaria es, precisamente, que a la base de estos trastornos existe la creencia falsa de que tras la consecución de un cuerpo o figura determinada (que se ajusta, claro está, al canon de belleza que se fomenta en el momento) se obtendrá seguridad personal, aceptación social, éxitos, buena autoestima, resolución de problemas, etc. Y a grandes rasgos, la felicidad, estar bien con uno mismo y que los problemas desaparezcan. Es más, tan solo el “control” alimenticio, aporta una falsa sensación de control a todos los niveles de su vida.

Dicho esto y como se ha citado anteriormente, el Trastorno de la Conducta Alimentaria se va gestando a lo largo de la vida del individuo, eso implica que desde que nacemos ya pueden existir ciertos factores que nos hagan vulnerables de desarrollar en un futuro tal problema. Según el modelo causal, podemos distinguir entre:

1. **FACTORES PREDISPONENTES:** Se encontrarían dentro de la primera etapa de la enfermedad que abarcaría desde el nacimiento hasta la aparición de los primeros síntomas, *no desencadenarían el problema pero sí son necesarios para que éste se desarrolle*. Serían entendidos como **factores de riesgo**, es decir, todas aquellas circunstancias personales y del entorno que me hagan vulnerable de desarrollar el problema. Por ejemplo, predisposición biológica, historia de aprendizaje, sobreprotección parental, tendencia de comportamiento impulsivo, tendencia al perfeccionismo, exigencias propias o del entorno, dificultades a la hora de relacionarme socialmente, etc.

2. **FACTORES PRECIPITANTES:** Tendrían lugar en la segunda etapa que comprendería desde los primeros síntomas hasta el establecimiento del Trastorno de la Conducta Alimentaria. Estos actúan solo cuando ya existe la vulnerabilidad en la persona, es decir, han de haber factores predisponentes para que se den los precipitantes. Harían referencia a los *factores desencadenantes*, aquellas circunstancias propias personales o externas, que activen la vulnerabilidad de la persona. Es decir, se trataría de la gota que colma el vaso, una situación, o problema, provocador de estrés o malestar emocional, que hace que toda la vulnerabilidad acumulada se convierta ya en pensamientos, comportamientos y emociones típicas de un trastorno alimenticio. Por ejemplo, una decepción amorosa, una relación de pareja en desigualdad, la separación paterna, la muerte de un ser querido, fracaso escolar, cambios corporales de la adolescencia, etc. La *pubertad* sería uno de los más relevantes ya que conlleva cambios físicos, psicológicos y sociales, así como de regulación y gestión emocional.

3. **FACTORES MANTENEDORES:** Se trata de aquellos que están presentes en la tercera etapa en donde el sujeto accede a recibir un tratamiento o por el contrario, puede llegar a cronificarse. Por factores mantenedores del problema entendemos, todas aquellas conductas, pensamientos, sentimientos o circunstancias personales, sociales o físicas que me impidan llevar a cabo con efectividad el tratamiento del problema. Se podría decir que son parte de los factores precipitantes o factores de riesgo que no han desaparecido y que siguen activos. Por ejemplo, la ausencia de relaciones sociales satisfactorias, ausencia de apoyo social o familiar, presencia de distorsiones cognitivas o trampas de pensamiento, presencia de distorsión de la imagen corporal, consecuencias físicas tales como la desnutrición, etc. También estarían relacionados con la inexistencia de un Tratamiento Especializado en Trastornos de la Conducta Alimentaria, la falta de

conciencia y aceptación del problema por parte del afectado, la falta de compromiso o motivación dentro de la dinámica terapéutica, etc.

Como podemos observar, la complejidad de factores que participan en el desarrollo de un Trastorno de la Conducta Alimentaria, abarca, cuatro grandes áreas:

- 1. Biológica y genética.**
- 2. Sociedad y cultura.**
- 3. Historia de aprendizaje, la familia.**
- 4. Rasgos personales e individuales.**

FACTORES BIOLÓGICOS Y GENÉTICOS

En primer lugar cabe destacar que los trastornos de la alimentación no son hereditarios, dado que, si así fuese los factores ambientales no tendrían apenas efecto ni peso en su desarrollo y por el contrario se sabe que los factores ambientales son muy influyentes ante el desarrollo de estos problemas, como ahora veremos. Pero si se ha visto que podría existir una vulnerabilidad biológica traspasada genéticamente traducida en una dismaduración hipotalámica, y de ciertas vías de transmisión neuronal, así como en alteraciones en la actividad cerebral de algunos neurotransmisores como la serotonina. A menudo se encuentran antecedentes familiares con problemas psicológicos de tipo afectivo y de la conducta alimentaria.

FACTORES SOCIOCULTURALES

Las circunstancias ambientales de la persona tienen un papel fundamental en la iniciación y desarrollo de un TCA. Esta claro que estos trastornos no afectan por igual en diferentes países, y que estos países tienen grandes diferencias en lo que respecta al nivel socioeconómico.

Aún existen países donde la obesidad o el sobrepeso son sinónimo de salud y de prosperidad, en cambio en la sociedad occidental lo tenemos asociado a efectos negativos, tanto en lo que respecta a la salud física, ya que son considerados un problema de salud muy importante, como también por tenerlo estigmatizado socialmente, debido a la atribución de rasgos de personalidad a las personas que los padecen como; que son vagos, tienen falta de voluntad, poco éxito, etc. Esto realza que, el canon de belleza que predomina en nuestra sociedad y cultura, donde se idealiza la delgadez, coja mayor potencia sobre nuestras gentes, ya que los valores asociados son los contrarios, éxito personal, seguridad y aprobación social. ¿Y quién no preferiría antes el éxito personal y la aprobación a la desaprobación y rechazo de los demás? Pues en base a esos valores morales de nuestra sociedad también se edifican los TCA. Estos mensajes socializantes, que permiten que interioricemos que las características físicas (delgadez) serán determinantes en nuestras características personales y vitales (seguridad personal, éxito laboral y personal, aprobación social), se nos presentan a diario mediante los medios de comunicación. En estos últimos vemos reflejado el modelo corporal que hemos de conseguir y por supuesto los medios mediante los cuales conseguirlo; Internet, vallas publicitarias, revistas, anuncios, etc. En resumidas cuentas, el canon de belleza que fomenta la idealización de la delgadez, es crucial para desarrollar una obsesión por adelgazar y en contraste un miedo y rechazo a engordar, justo la pieza clave que predomina en los TCA.

Además también se ha visto que la práctica de ciertos deportes, como por ejemplo, ballet y danza, gimnasia rítmica y gimnasia deportiva, así como, la práctica de deportes en altos niveles competitivos que requieren un peso fijo o bajo para la mejora del rendimiento, son comunes en la historia de desarrollo de un TCA.

Otro factor cultural estaría relacionado con la dificultad que por lo general se tiene a la hora de aceptar un problema de carácter psicológico, que dificultaría la búsqueda de un tratamiento adecuado bajo

el riesgo de mantener el problema. En varones, es común esto último, los TCA se han considerado enfermedad de mujeres en nuestra sociedad, lo que dificulta esta búsqueda de ayuda, y que hayan casos sin atender. Por ello cabe destacar, que los Trastornos de la Conducta Alimentaria no son cuestión de género si no de personas.

Dentro de esta área faltaría por destacar diferentes aspectos que se dan en la época la adolescencia y que también son cruciales en estos trastornos. Sabemos que son trastornos que suelen iniciarse en la adolescencia, aunque cada vez más se inicien en la infancia y edad adulta. Por ello, la presión de grupo, la necesidad de aprobación social y la sensación de pertenencia al grupo de iguales es crucial, debido a que existe una mayor vulnerabilidad al contagio de conductas disfuncionales tales como el deseo de adelgazar mediante métodos restrictivos o consumo de productos determinados, la idealización del cuerpo delgado, la práctica de deporte o purgas como control del peso, etc. Muchas veces adquieren información cuya procedencia reside en su grupo de iguales.



HISTORIA DE APRENDIZAJE, LA FAMILIA

Uno de los mecanismos a través de los cuales aprendemos las personas es mediante la imitación, por lo que nuestros padres se convierten en un modelo a seguir para nosotros. Los valores que se transmitan en casa son muy importantes, así como las conductas que se llevan a cabo tras ellos. Por ejemplo se ha visto que padres (y también hermanos o referentes cercanos que convivan en el entorno familiar) con especial preocupación por su silueta corporal y ocupación en esta última mediante conductas de control de peso, pueden acelerar el desarrollo de la insatisfacción corporal o preocupación por el aspecto físico en sus hijos, así como el expresar comentarios negativos, burlas o desa-

probaciones relacionadas con el aspecto físico, la forma de alimentarse o el peso corporal de estos.



Los estilos educativos también se han visto relacionados, así pues, la sobreprotección parental fomentaría en nuestros hijos la incapacidad a la hora de afrontar las exigencias de la vida, ya que difícilmente se les deja actuar por sí mismos sin la intervención de los padres, propiciando una baja autoestima.

El lado contrario, los padres más permisivos, serían los opuestos a los primeros, es decir, aquellos que tendrían dificultades a la hora de poner límites, lo que también tendría como consecuencia una baja autoestima ya que se desarrollaría también una baja tolerancia a la frustración, tras la aparición de estos límites en su vida. La falta de comunicación entre padres e hijos, la dificultad de expresar emociones, la excesiva exigencia por parte de los padres etc. También serían aspectos comunes que estarían a la base de la información que los hijos recibirían como normal y que después usarían en su día a día transformándose en posibles rasgos personales e individuales que a continuación veremos.

El entorno escolar, el trato de los profesores mediante comentarios, exigencias, el mal uso de los refuerzos positivos y los castigos, el trato desigual a los alumnos, las descalificaciones u aislamientos así como humillaciones por parte de los profesores también formarían parte de esa historia de aprendizaje.

Al fin y al cabo el auto concepto, es decir, la idea que una persona tiene de sí misma, empieza a tomar forma de nuestros primeros años de aprendizaje y estos se dan en el entorno escolar y familiar.

RASGOS PERSONALES E INDIVIDUALES

Los rasgos personales más destacados, son la inseguridad personal, la dificultad a la hora de tomar decisiones, los sentimientos de incapacidad e inferioridad ante el resto, los pensamientos negativos hacia uno mismo, la tendencia a maximizar errores y minimizar aciertos, etc. La tendencia al perfeccionismo, y la búsqueda de ideales elevados en diferentes áreas de la vida, por ejemplo, la laboral o académica, social, en el aspecto físico, etc. Dificultades de identificación, expresión y gestión emocional. Carencia de herramientas para afrontar problemas o exigencias vitales. Problemas con la imagen corporal, como la insatisfacción. Tendencia a evitar el sufrimiento o dolor. Miedo a la madurez. Miedo al fracaso. Necesidad de aprobación social.

Más concretamente, en Anorexia Nerviosa, predominarían conductas de sumisión, obediencia, responsabilidad, excesiva exigencia, obsesividad, necesidad de control, tendencia al perfeccionismo, baja tolerancia al frustración, actitudes competitivas, búsqueda de ideales elevados, inhibición social, con mayor dificultad en sus habilidades sociales. Y en Bulimia Nerviosa, habría mayor tendencia a la procrastinación, la impulsividad, mayor apertura social, inestabilidad emocional, conductas de riesgo, desorganización, búsqueda de sensaciones, etc.

Dentro de los rasgos individuales también destacamos no solo los personales si no también experiencias en particular que estén a la base de estos problemas, tales como el abuso sexual y el acoso escolar.



Cómo detectar un trastorno de la conducta alimentaria

Algunas claves para detectar el desarrollo de la enfermedad respecto a sus hábitos y rutinas en torno al cuerpo y la comida son:

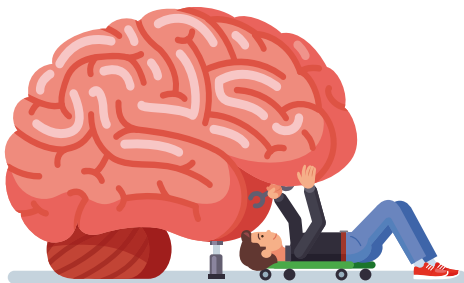
1. Dietas: ya sean adelgazantes, (muy rígidas, que no terminan nunca, que fracasan y son seguidas de nuevas dietas,...) dietas “sanas” con control excesivo sobre los alimentos que consumen, prohibiéndose totalmente determinados alimentos que consideren “insanos” llegando a sentirse muy mal cuando lo consumen, si es que lo hacen o dietas específicas que limitan la vida de la persona por su cumplimiento sin ser motivo de salud, solo el deseo de modificar su cuerpo.
2. Su carácter ha cambiado; tiene cambios de humor inexplicables, está más irritable y/o a veces muy triste sin motivo aparente.
3. Se han producido cambios en su patrón de vida como no salir tanto, no relacionarse con sus amigos de siempre, o evitar comidas familiares, etc.
4. Su físico: Oculta su físico (ropa ancha, muchas capas de ropa, se niega a ponerse bañador,...) o por el contrario en muchas ocasiones les gusta mucho mostrarlo constantemente, buscando la aceptación de los demás.
5. Temas de conversación excesivamente centrados en comida y físico.

6. Rigidez en sus rutinas diarias o el extremo opuesto, caos en sus horarios.
7. Descompensaciones en las cantidades y tipos de comida o en horarios (a veces mucho e hipercalórico, en otros momentos muy poco e hipocalórico o se salta la comida).
8. Va al baño después de comer.
9. Pensar que los resultados obtenidos siempre pueden ser mejores.
10. Exigencia y perfeccionismo en todo lo que se hace.
11. Cambios de peso significativos sin explicación.
12. Preocupación excesiva por el tipo de alimentos, productos light, dietas, etc.
13. Contar las calorías y/o macronutrientes.
14. Rituales en el momento de comer, como la forma de masticar, el ritmo, el orden, la disección de alimentos, etc.
15. Poner excusas para saltarse comidas (por ejemplo, no llevar desayuno) o evitar alimentos concretos.
16. Mirarse al espejo o buscar constantemente su reflejo, sobre todo después de comer.
17. Hacer demasiado ejercicio o moverse constantemente.
18. Su estado de ánimo depende de lo que come o deja de comer y/o de la actividad física que haya realizado.
19. Mostrar poca flexibilidad ante los cambios.
20. Necesidad imperiosa de compensar después de comer algo más

de lo que mentalmente estaba estipulado, ya sea en posteriores comidas o con actividad física.

¿CÓMO ACTUAR ANTE LA DETECCIÓN DE UN TRASTORNO ALIMENTICIO?

Si detectáramos comportamientos descritos anteriormente es aconsejable afrontar la realidad y hablar con la persona en concreto con sinceridad, comunicando nuestra preocupación y haciéndole ver que ciertas conductas no están dentro de la normalidad.



Es frecuente y normal la resistencia a ver la realidad, el sentimiento que les produce esta conversación es contradictorio para las personas afectadas, ya que intentamos cambiar conductas que en un primer momento les enorgullece conseguir.

En este punto podemos encontrarnos con:

- **No reconoce el problema o lo reconoce pero no acepta ayuda**

Esta situación es la más complicada, y variará si la persona que lo sufre es menor de edad o mayor de edad. En Ambos casos lo ideal es intentar conversar con la persona desde el cariño, intentando hacerle ver nuestra preocupación por su estado de salud, porque últimamente le vemos triste o más irascible. Intentar darles el mensaje de que lo que deseamos es solo ayudarle por aquello por lo que esté pasando y ofrecerle nuestra disponibilidad y la posibilidad de buscar ayuda profesional para lo que necesite.

Es aconsejable también acudir a profesionales que nos orienten como actuar de manera concreta en el caso específico de la

paciente, quienes nos guiarán más personalmente sobre como actuar.

- **Reconoce el problema y acepta ayuda**

Esta es la mejor combinación que podemos encontrarnos, ya que la conciencia y la aceptación del problema abre la puerta para poder trabajar de manera efectiva con el paciente.

En estos casos la mejor manera de ayudar al paciente es facilitarle la incorporación a un tratamiento especializado, y seguir las pautas recomendadas por los profesionales. Existirán pautas generales pero también específicas para cada caso y deben ser valoradas por los terapeutas.

De manera general recomendamos:

- Nunca criticar ni acusar, pero sí mostrar nuestra preocupación sobre los momentos y situaciones que estamos viviendo, teniendo claro qué objetivo queremos conseguir. Cuanto antes ataquemos el problema y le pongamos solución, más fácil será salir de él.
- Intentar comprender y respetar sus miedos e inseguridades, sin juzgar, esto creará un vínculo de confianza entre vosotros y le permitirá abrirse con mayor facilidad para contar lo que le ocurre.
- No hacer referencia a su aspecto físico a menos que sea una situación preocupante, ya que cualquier cosa que diga puede llegar a ser contraproducente.
- No juzgues pensamientos, sensaciones ni conductas de la persona afectada. No hagáis tratos para intentar cambiar su comportamiento, no entréis en pedirle que no lo vuelva a hacer o que deje de hacer algo. Debemos entender que en la mayoría de las

ocasiones no pueden controlarlo, no es voluntario y juzgarlo o recriminarlo sólo hará quebrantar más sus miedos y autoestima así como generar más frustración y sensación de fracaso.

- Explica de manera clara cómo afecta esa conducta en el ámbito que os rodea.
- Poneros en contacto lo antes posible con profesionales especializados que os informen y guíen para ayudar de manera efectiva a la persona.

Mientras se busca esta ayuda profesional, ofrecemos estas **pautas generales y recomendaciones** a tener en cuenta:

- Evitar en todo momento comentarios sobre aspecto físico o sobre la alimentación tales como “te veo mejor”/“te veo peor”, “estás más delgada o más rellena”, “creo que has comido suficiente”, “¿quieres un poquito más?”, “¿sólo eso vas a comer?”, “si te dejo sola, ¿estarás bien o surgirá una crisis?”. Comentarios de este tipo solo predisponen el ambiente a la tensión, aumentando el malestar y la inseguridad.
- No insistir sobre cómo lleva su problema.
- No tratar al paciente como alguien enfermo, en el sentido de conceder privilegios o trato especial. Intentar ante todo un trato completamente normal.
- Restringir artilugios para obtener información acerca de su figura (y así reducir la obsesión y las posibles conductas de comprobación del peso). Nos referimos a básculas, wii fit, cintas métricas, etc.
- Intentar establecer un horario de comidas y cumplirlo en la medida de lo posible. Es fundamental hacer todas las comidas posibles en familia.

- Comer siempre en el salón, evitar comer de pie, en la cocina o dormitorio o en cualquier otro lugar, así como comer realizando otras actividades. Evitar conversaciones conflictivas en la hora de la comida.
- Todos los platos servidos de manera individual, sin posibilidad de repetir. Toda la comida servida desde un principio.



Mitos sobre los trastornos de conducta alimentaria

“Los padres causan los trastornos de conducta alimentaria de sus hijos”.

Este es uno de los mitos más frecuentes que nuestro equipo encuentra en la práctica clínica. Es común recibir a familiares que se culpan sin cesar por el trastorno de sus hijos. También hay otros cuyo miedo hace que rehúyan de la implicación en el tratamiento, por no poder afrontar una posible responsabilidad ante la enfermedad. Por eso, desde el principio explicamos que NO son los responsables de la enfermedad de sus hijos.

Encontramos padres con diferentes estilos educativos, número de hijos, profesiones, nivel cultural, nivel económico, etc. y si todos ellos comparten la situación de tener a un hijo/hija padeciendo un TCA, desde luego, no podemos definir que uno de esos factores determine la enfermedad. Como se ha explicado anteriormente, la enfermedad tiene una etiología multifactorial.

Sí es cierto que a lo largo del tratamiento, identificamos en la familia ciertas conductas que puedan favorecer el mantenimiento del trastorno por puro desconocimiento, por ello, los profesionales incidimos siempre en la importancia de su implicación, para aprender a corregirlas juntos.

“Como padre, no puedo hacer casi nada para que mi hijo se recupere”.

Al igual que los padres no tiene la responsabilidad sobre la aparición del trastorno de sus hijos, tampoco tienen la solución. Sin embargo, pueden hacer muchas cosas para facilitarles el camino del tratamiento. Comprobamos cada día que cuando la familia se implica en una colaboración terapéutica, las probabilidades de éxito del tratamiento se multiplican.

En muchos casos, sobre todo en nuestro tratamiento de unidad de día, no sería posible el aprendizaje y mantenimiento de unos hábitos alimentarios correctos que sustituyan a los desordenados, si los padres no controlasen aspectos como la preparación de las comidas, el cierre de la cocina o la ausencia de métodos purgativos. Esto no quiere decir que la vigilancia sea la clave, pues cada caso requerirá unas pautas específicas y de cualquier modo, la actitud que siempre se fomentará en el padre será la de ayuda, comprensión y facilitación, no la de inspector y acusador de síntomas.

Más allá de todas las pautas específicas que el paciente requiera, la mera muestra de apoyo, cariño y ánimo para superar el trastorno, serán las mejores herramientas facilitadoras por parte de la familia.

“El paciente decide tener esos síntomas, puede cambiarlos con voluntad”.

El paciente no elige caer en un trastorno de conducta alimentaria. Son muchísimos y muy complejos los factores que llevan a una persona a padecer una patología así. Cada vez más estudios científicos evidencian el gran peso de los factores biológico-genéticos, que se unen a factores socio-culturales, características psicológicas o experiencias vitales estresoras y/o traumáticas.

Utilizar estrategias contra dichos factores, aceptarlos o afrontarlos no depende de la fuerza de voluntad de una persona, sino de que pueda

recibir un tratamiento especializado y las condiciones que rodeen al paciente sean favorables para ello (ejemplo: colaboración del entorno con los terapeutas, ausencia de comentarios culpabilizadores, etc.).

“Hoy en día, la gente quiere adelgazar y hace dietas, así que casi todos tendrían un trastorno de alimentación”.

Es cierto que el modelo capitalista imperante y su creación de necesidades en la sociedad, nos lleva actualmente a buscar parecernos lo máximo posible al canon de belleza instaurado según la época y por ello nos obsesionamos con comida y cuerpo. También es cierto que los trastornos de conducta alimentaria son cada vez más frecuentes. Sin embargo, existe una gran diferencia entre un trastorno de conducta alimentaria que cumpla criterios clínicos y conductas relacionadas con pérdida de peso que no cumplen dichos criterios.

La principal diferencia es el grado de interferencia en la vida cotidiana del individuo. La persona que padece un TCA, canaliza una baja autoestima en el intento de controlar su cuerpo y su nivel de obsesión obstruye continuamente su día a día.

“Es necesario averiguar el origen exacto del TCA para curarse”.

En absoluto. Aunque a lo largo del tratamiento lo normal es averiguar muchos de los factores pasados que han intervenido en el trastorno y sin duda esto ayuda a avanzar y mejorar, es imposible conocer con exactitud todo aquello que influye en su aparición. El tratamiento psicológico aplicado en la clínica Elca, se basa en la corriente cognitivo-conductual. Esto implica centrarnos en aquellos pensamientos negativos que interfieren en la respuesta conductual y emocional del individuo para intentar que vean alternativas racionales, así como cambiar mediante retos de dificultad progresiva aquellas acciones que también repercuten en el mantenimiento del trastorno. Todo ese proceso de enseñanza de herramientas para el individuo, no está

centrado en el conocimiento del pasado, sino en el afrontamiento del presente.

“Los trastornos de conducta alimentaria no son problemas tan graves”.

Los trastornos de conducta alimentaria evolucionan negativamente sin un tratamiento adecuado, limitando cada vez más al individuo, minando su calidad de vida. Las personas que los padecen, además tienen que ir luchando contra todas las complicaciones médicas derivadas de las conductas problema (deshidratación, mareos, caída del cabello, amenorrea, problemas gastrointestinales, calambres, desequilibrio hormonal, problemas cardíacos, etc.). Los trastornos de conducta alimentaria actualmente tienen la tasa de mortalidad más alta entre las enfermedades psiquiátricas.

“La anorexia nerviosa es el único trastorno de alimentación realmente peligroso”.

Tanto en la tasa de mortalidad como en la gravedad de las consecuencias físicas y psicológicas, los estudios indican que no existen diferencias significativas entre anorexia nerviosa y otros tipos de trastornos de alimentación. Mucha gente no conoce que por ejemplo la bulimia nerviosa está asociada a graves problemas cardíacos, renales, gastrointestinales... sin embargo en la población la mayor alerta solo suele darse ante una evidente pérdida de peso. También es común desconocer que la bulimia nerviosa se asocia con más frecuencia a conductas impulsivas o de riesgo.

“Puedo descartar que mi amigo o familiar tiene un TCA porque no lo veo hacer nada raro con la comida”.

Encontramos cada día en consulta a muchísimos pacientes que han mantenido durante años su trastorno en secreto, especialmente en

los casos de bulimia nerviosa. Debemos recordar además, que son trastornos psicológicos, no físicos, por lo tanto hay una gran parte de la sintomatología que el paciente vive con un intenso malestar y si no lo expresa, nadie tendría por qué conocer. Si utilizamos como símil un iceberg, la sintomatología visible para los demás escondería debajo “una enorme masa de hielo” que no se percibe a simple vista y que no tiene nada que ver con hábitos alimentarios (inseguridades, pensamientos distorsionados, tendencia al perfeccionismo, emociones disfuncionales, etc.).

“Las dietas no son tan peligrosas, casi todo el mundo ha hecho alguna”.

Las dietas son el principal factor desencadenante de trastornos de conducta alimentaria entre nuestros pacientes. Normalmente fueron dietas que prohibían algún tipo de alimentos durante un tiempo para obtener una bajada de peso rápida (famosas dietas milagro), pero no se enseñaba a la persona a tener una alimentación saludable que transformase sus hábitos para siempre.

Si el factor de dieta lo unimos a la atención o refuerzo social que la persona suele tener cuando es evidente su pérdida de peso y a una baja autoestima, tenemos un “caldo de cultivo” muy peligroso para convertir malos consejos nutricionales en obsesiones que limitarán por completo su vida.

“Las personas que padecen un TCA están extremadamente delgadas”

La mayoría de las personas que tienen un trastorno de alimentación están en un peso sano en contra de lo que mucha gente piensa. Sin embargo, lo extremo es más atractivo en los medios de comunicación y las imágenes de personas extremadamente delgadas son las que se suelen usar en televisión, redes sociales o revistas cuando se habla de estos trastornos.

Por culpa de esta creencia social, muchas personas vienen a pedirnos ayuda con miedo, piensan que no cumplen los criterios de un trastorno de alimentación por no estar suficientemente delgadas, lo que incrementa aún más su obsesión y puede retrasar el inicio de un tratamiento. También por culpa de esa imagen en los medios a muchos padres les cuesta asumir y entender la gravedad del problema de sus hijos.

Es importante volver a recordar que estos trastornos son psicológicos, no físicos, por lo tanto la sintomatología puede no ser visible y sin embargo ser muy grave por limitar muchísimo la calidad de vida de la persona.

“Los trastornos de conducta alimentaria son cosa de chicas”.

Pueden afectar a cualquiera, independientemente de su género. Es cierto que son más comunes en el sexo femenino, pero también hay que tener en cuenta que a muchos hombres les cuesta más pedir ayuda psicológica (todavía la educación a los chicos a la hora de expresar emociones suele ser más reprimida). Además de por este motivo, puede haber muchos más chicos no diagnosticados debido a que las prácticas obsesivas que les llevan a luchar por el canon de belleza masculino, están muy normalizadas en la sociedad, incluso erróneamente se ven como positivas (excesivos ejercicios de musculación, ingesta de batidos de proteínas, etc.).

“Los trastornos de conducta alimentaria son cosa de adolescentes”.

Estos trastornos pueden iniciarse a cualquier edad. Cada vez se están diagnosticando en edades más tempranas, pero también aparecen en personas adultas como consecuencia de una serie de acontecimientos vitales difíciles de afrontar, que llevan al individuo a la obsesión por controlar su cuerpo en ausencia de sensación de control de otros aspectos.

También es necesario destacar que en la sociedad actual existen mu-

chas personas que por falta de información o recursos, no pudieron recibir un tratamiento adecuado cuando en la adolescencia iniciaron su trastorno de conducta alimentaria y no han tenido más remedio que aprender a convivir con él, mermando éste muchísimo su calidad de vida y el de las personas que les rodean. A veces, ni siquiera llegan a ser conscientes de que es una enfermedad o puede que no tengan esperanza en una posible solución.

“La evolución del tratamiento de un TCA es lineal”.

Durante el tratamiento los síntomas fluctuarán muchísimo. Habrá momentos en los que las circunstancias vitales de la persona generen más estrés o momentos en los que el paciente se agotará y querrá rendirse... Son tratamientos largos porque hay muchísimas herramientas que mejorar, muchas cosas que corregir que afectarán a campos tan diversos como sexualidad, estudios, comunicación familiar o salud física.

Los “bajones” o aumento de la frecuencia de la sintomatología, suelen ser necesarios para reaprender, recordar lo trabajado, detectar puntos débiles y en definitiva, continuar con una evolución positiva.

“El tipo de trastorno de conducta alimentaria que se diagnostica ya permanece estable y no evoluciona hacia otros síntomas”.

Existe un porcentaje muy alto de personas que a lo largo de su tratamiento pasan por diferentes diagnósticos. Es muy común pasar de bulimia a anorexia y lo es aún más, pasar de anorexia a bulimia. Los profesionales explicamos por ello que la atención debe ponerse en solucionar la sintomatología más que en buscar la etiquetación del paciente. Los síntomas fluctúan mucho, las obsesiones varían respecto a su temática y se mezclan a menudo síntomas que ni siquiera están clasificados en los manuales de diagnóstico.

Por otro lado, hay otras patologías que a menudo se dan en el indivi-

duo a la vez que el TCA: depresión, fobias específicas, trastornos de personalidad, etc.

“La conducta purgativa que determina la bulimia nerviosa es el vómito”.

En el diagnóstico de la bulimia no es en absoluto determinante la presencia de vómitos, sino la presencia de atracones y conductas compensatorias que pueden ser muchas además de los vómitos: restricción de alimentos, ejercicio excesivo, uso inadecuado de diuréticos y laxantes, uso inadecuado de insulina, etc. Todos ellos pueden ser gravemente perjudiciales para la salud.

Por otro lado, está aumentando el número de casos que llegan a nuestra consulta con trastorno por atracón, en el que existen episodios recurrentes de atracones pero no se asocian a la presencia recurrente de comportamientos compensatorios inapropiados. Dicho trastorno puede causar un enorme impacto negativo en la vida del paciente al igual que la bulimia o la anorexia. Por lo tanto, nunca debe quitarse importancia a la gravedad de un TCA por la presencia o no de vómitos como conducta compensatoria.

“Si una persona come chucherías, dulces o fritos, no tendrá anorexia nerviosa”.

No todos los pacientes se prohíben los mismos alimentos ni se los prohíben en todas las ocasiones (suele depender de factores como el nivel de obsesión, el tiempo de evolución del trastorno, la educación nutricional recibida, etc.). En cualquier caso, la lucha interna que padecen cuando comen de una forma considerada no adecuada por ellos, es muy grande y también invisible para los demás si el paciente no desea expresarlo.

“El trastorno de alimentación se les quitará cuando maduren”.

En absoluto. El trastorno de alimentación requiere tratamiento para su curación. Evolucionarán negativamente y cada vez afectarán más la vida del paciente si no reciben un tratamiento especializado. Las consecuencias para la salud física y psicológica del paciente pueden ser muy graves e incluso conducir a la muerte.





Tratamiento efectivo para los trastornos de conducta alimentaria

Ante todo comentar que para un tratamiento efectivo de estos trastornos, hay varios requisitos indispensables, por orden de importancia:

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR ESPECIALIZADO EN TCA

Como hemos comentado anteriormente, en este tipo de trastornos existen múltiples áreas deterioradas y por tanto requiere de un equipo multidisciplinar que aborde todas esas áreas. Un equipo que trabaje de manera muy coordinada e integrada para que exista un resultado positivo, de manera contraria disminuye considerablemente la probabilidad de éxito.

Cuando hablamos de especializado, va más allá de conocimientos teóricos, ya que este tipo de problemas tienen muchos puntos en común pero también múltiples aspectos muy personales de cada paciente (cada paciente es un mundo), por lo que la experiencia es imprescindible. Conocer y saber qué piensa el paciente, qué miedos se le pueden estar presentando incluso sin llegar a verbalizarlos, qué conductas aparentemente normales tienen componente de enfermedad y cuál no, y así un largo etc. Esto es difícil de aprender en los libros.

A esto se une la cantidad de mitos y creencias que hay al respecto estos tipos de problemas, incluso en el ámbito profesional.

Comentaremos algunos ejemplos:

- **“Siempre está contenta y activa y comer... yo la veo comer bien, solo que a veces la veo triste y muy pendiente de la alimentación.”**

Es posible que la paciente esté contenta y activa por su deseo de aceptación social, de ser querida y agradar a todo el mundo, y es posible que la veas comer bien para intentar no levantar ningún tipo de sospecha sobre su problema, pero probablemente mantener esa imagen suponga un gran coste emocional para ella, una tensión y agotamiento importantes y luego, a solas lo que sienta es tristeza, ansiedad, sufrimiento por sentir que engaña, que aparenta ser alguien que no es, se culpabiliza y frustra por sentir que engaña a la gente, pero si se mostrase como es, la rechazarían. Posiblemente después de esas comidas en las que aparentemente haya normalidad, exista un importante sentimiento de culpabilidad que intente calmar con conductas purgativas o actividad física en exceso camuflado entre la frase “hago deporte por salud”, llena de culpabilidad, sufrimiento y encadenada a ese tipo de conductas intentando sobrevivir.

- **“Ha estado un tiempo mal pero me ha prometido que no lo va a volver a hacer y que va a poner todo de su parte”.**

Partimos de la base de que una enfermedad NO es voluntaria, la voluntad puede estar en intentar seguir indicaciones profesionales para recuperar la salud, pero no para controlar los síntomas de la misma. Ante una gripe uno no puede controlar ni prometer que no va a volver a tener fiebre, pero sí hacer todo lo que esté en su mano para tomar la medicación pautada por el profesional médico, así como seguir las pautas de comportamiento indicadas como reposo, beber mucha agua, evitar cambios bruscos de temperatura, etc. Pretender que un paciente con un trastorno

alimentario deje de vomitar por una promesa, coma lo que consideren sus padres o profesionales adecuado por voluntad propia es un tremendo error, consiguiendo acentuar en el paciente su sentimiento de fracaso y culpabilidad.

- **“Como poco porque me sienta mal, si como mucho me duele la barriga, pero no porque quiera adelgazar por lo que no tengo un TCA, lo mío es otra cosa física que no se sabe lo que es”.**

En múltiples ocasiones nos encontramos con pacientes con cero conciencia de enfermedad, donde todo su problema es físico y no por estar delgada. Después de haber pasado por todos los profesionales de digestivo habidos y por haber y haber agotado todas las pruebas físicas posibles sin ningún resultado que explique esa sintomatología, se sientan delante tras una pérdida de peso acusada que no saben explicar.

Como hemos comentado este tipo de problemas es multifactorial, y cada paciente es un mundo, o mejor dicho una galaxia única, y debe ser tratado como tal.

En situaciones como estas, a veces no se detectan claros síntomas típicos de un TCA, ¿por qué? Porque en el día a día, con la “excusa” física el paciente hace todos los comportamientos que no le suponen problema, que no le generan ansiedad ni ningún sentimiento o emoción molesta, por lo que no tiene necesidad de buscar otros comportamientos que alivien nada, solo que esos mismos comportamientos permitidos y excusados detrás de la imposibilidad física son los que alivian el malestar interno y emocional. Por otro lado, recalcar que estas enfermedades no solo es un deseo de adelgazar, en la mayoría sí, pero no con el objetivo de alcanzar belleza, detrás de ello está la necesidad de CONTROL, y la autodestrucción.

POR QUÉ LA NECESIDAD DE QUE LOS TCA SEAN TRATADOS POR ESPECIALISTAS

Los trastornos de la Conducta alimentaria es uno de los problemas a nivel psicológico más complejos que existen, ya que abarcan muchos aspectos de la persona.

Dificultades de los TCA:

- Muchas áreas deterioradas. (Tratamiento Multidisciplinar).
 - Habilidades sociales
 - Relaciones interpersonales
 - Alimentación
 - Autoestima
 - Emociones
 - Pasado
 - Miedos y/o traumas.
- Formación académica de profesionales general y leve.
 - Los profesionales tienen una formación académica general en psicología, pero no en nutrición, medicina ni enfermería.
- Mitos con respecto a estos problemas. (Es cuestión de alimentación, si come bien no tienen ningún problema, siempre está contenta y activa, Lo hace porque quiere y si le pido que no lo haga, confío en él o ella).

Ejemplo: Comen bien:

- Existen conductas compensatorias como el deporte (al que normalmente no se le presta atención como síntoma de la enfermedad, sino que se considera sano y beneficioso).
- Esconder comida.
- Vómitos difíciles de detectar por la gran astucia de los pacientes.
- Laxantes o diuréticos escondidos.

- Fingir comer bien durante un periodo de tiempo por conseguir un objetivo como que se relaje la vigilancia familiar o evitar un tratamiento más intensivo.

Confío en ella:

Se olvidan de que esta enfermedad se llama así porque la voluntad no existe, los comportamientos de las pacientes forman parte de la enfermedad y no pueden controlarlos aunque en momentos quieran y se esfuercen.

- Los recovecos de la enfermedad: conocer sus pensamientos, las mentiras y engaños más frecuentes, conductas normales y no normales de las mismas, la manipulación etc, características que no son propias de l@s chic@s, pero sí de la enfermedad.
 - Me duele la barriga (llevada a miles de especialistas donde buscan una causa física y no la hay pero obviamente los médicos se basan en las manifestaciones de la paciente no siempre reales: intolerancia lactosa, gluten, colon irritable etc).
 - Solo deseo comer sano y hacer deporte que es sano (no aceptan un dulce, ni un frito ni faltar un día al gimnasio o salir a correr).
- Diversidad de factores afectados en las pacientes.
- Diversidad de pensamientos irracionales, no coherentes en pacientes generalmente muy inteligentes.
- Conocer las dificultades y miedos que presentan de manera general (solo se conoce con la experiencia) .

Estas características hacen que cualquier otro profesional del área de la salud no especializado, no pueda abordar el problema de manera eficaz y solo pueda tratar temas básicos y superfluos de la enfermedad provocando:

- Falsa mejoría.

- Recomienda pautas que aparentemente pueden ayudarla recurriendo a otras “más sanas” pero que en determinados momentos de la enfermedad pueden ser más contraproducentes que ayuda, favoreciendo la cronificación de estos problemas y el “aprender a vivir con ello”.
- Potenciar la creencia de que estos problemas no se curan.
- Desconfianza, desánimo y apatía en la lucha por parte del paciente. (pasan de profesional a profesional sintiendo que no les entienden, fomentando la desconfianza, y sintiendo que nada les ayuda del todo, más que seguir en el camino que ya conocen).
- Aumento de los conflictos familiares.

Como todos sabéis un trastorno de la conducta alimentaria se produce por múltiples factores en la vida de la persona que hace que desembogue en estos problemas.

EJEMPLO 1

Paciente chica 20 años, anorexia nerviosa (IMC = 16 kg/m²). Tratamiento no especializado con nutricionista.

“Comer come, pero no coge peso, lo único que no toma son dulces, fritos etc”.

Tratamiento nutricional: se basa en que aumente de peso, y recomienda a la familia que le pongan alimentos “sanos”, todo a la plancha y verdura, pero que le aumenten la cantidad.

No se están trabajando aspectos psicológicos que requieren de intervención ya que de otro modo no vencerá los miedos y problemas que en su momento hicieron que desembocara en este problema así como no ayudarla a dotarla de las herramientas que necesita para solventar los problemas semejantes que le vengan y tienda siempre a refugiarse en el control de la delgadez y de la alimentación.

EJEMPLO 2:

Chica con Bulimia Nerviosa 19 años, con muchos años de evolución, peso sano, con gente alegre, contenta e impulsiva.

Tratamiento psicológico no especializado: trabajan problemas y/o conflictos con la familia debido a los cambios de humor normales en este tipo de problemas, no es capaz de detectar atracones ya que no se visualizan (siempre son a escondidas o incluso pueden comenzar con gente y luego terminar a escondidas pero aparentemente se alimenta sin ningún tipo de problema ni miedo) o si los detectan se marcan objetivos para que los reduzca, sin dotarla de herramientas para solucionar que le lleva a ello y obviando que no lo puede controlar y no es algo que se supere con fuerza de voluntad.

- Esto genera frustración y malestar en la paciente cuando no puede controlarlo y cae, lo cual disminuye su autoestima, pasa el tiempo y no consigue eliminarlos completamente lo cual tiene sus efectos adversos. A veces se crea una falsa sensación de mejoría ya que existen rachas mejores (menos atracones y vómitos) y rachas peores, tendiendo a aprender a convivir con la enfermedad.

Paciente de 16 años con periodos de restricción y otros de sobre ingesta. Detectan sobre todo cambios de humor y malestar en la paciente.

Tratamiento psicológico no especializado: recomienda alguna actividad que la motive y le haga hacer amigos, como por ejemplo deporte, que esté entretenida.

Aparentemente le ayuda porque deja de sentir la necesidad de vomitar cuando come más ya que lo compensa con la actividad física, mentalmente va a hacer deporte para sentirse mejor pensando que está quemando aquello que ha tomado de más. FALSA MEJORÍA.

Se está potenciando la enfermedad ya que lo único que cambia es la conducta compensatoria, que sí es cierto que es menos agresiva pero igual de enfermiza, ya que el día que tome algo más, si no puede hacer deporte recurrirá al vómito u otra conducta. Se está normalizando la enfermedad y potenciando que se viva con ella.

EJEMPLO 3:

Paciente con AN que recibe tratamiento en médicos de cabecera o seguridad social.

Analítica de sangre: bien (en TCA con bajo peso las analítica suele salir normal, están falseadas y no suele corresponder a una analítica de una malnutrición normal)

Peso: bajo peso, se centra en la recuperación de peso, lo que provoca enfrentar a un paciente a su peor pesadilla sin anestesia. Si ceden por presión de médicos y familiares, cuando suba de peso y se restaure le darán alta y posiblemente vuelva a los orígenes con mayores estrategias y mentalmente más enferma y con más reticencias a cualquier otro tratamiento).

EJEMPLO 4:

Tratamiento de la medicina alternativa.

La medicina alternativa posee las mismas deficiencias en este campo y los mismos inconvenientes que cualquier otro tratamiento no especializado. Basarse solo en las emociones, es querer empezar la casa por el tejado, lo cual no quiere decir que el tejado no deba ponerse.

CÓMO DEBE SER EL TRATAMIENTO

- Especializado.
- Multidisciplinar (la estrecha colaboración entre terapeutas es fundamental para un tratamiento exitoso).
- Pasos específicos no protocolarios ni establecidos de manera general, sino diseñado específicamente para cada caso concreto en función de múltiples criterios.
- Las opiniones externas deben ser tenidas en cuenta siempre que conozcan (no superficialmente) el problema y conozcan específicamente el tratamiento.

¿Unidad de día o consultas externas?

- No existe orden.
- No es en función de la gravedad, sino de efectividad.
- No es pérdida de tiempo, es inversión de tiempo.
- No es más agresivo para el paciente.

Por tanto, entendemos, que como pilares básicos en un tratamiento eficaz de los TCA tienen que estar: Tratamiento psiquiátrico, tratamiento psicológico y tratamiento Nutricional.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria, son trastornos psicológicos que conllevan un deterioro generalizado de varios aspectos en las diferentes esferas vitales: individual, familiar, social y académico-laboral. El objetivo sería dotar a la persona de las herramientas necesarias para poder hacer frente de manera eficaz a las demandas del ambiente y así poder recuperar el nivel de ajuste necesario para poder llevar a cabo y desempeñar los diferentes roles de manera adecuada.

Entre la sintomatología a nivel psicológico de los trastornos de la conducta alimentaria encontramos: ansiedad, obsesiones, depresión, dis-

torsiones cognitivas, distorsiones de la imagen corporal, baja autoestima y falta de autocontrol. Por tanto, tras una evaluación exhaustiva tanto con pacientes como con familiares, la intervención terapéutica está dirigida de manera general a proporcionar una psico-educación del trastorno, modificaciones cognitivo-conductuales, adquisición de estrategias y habilidades de afrontamiento así como prevención de recaídas.

TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO (FARMACOLÓGICO)

El tratamiento farmacológico, es decir con medicamentos es otra herramienta más del abordaje terapéutico de los TCA. Siempre se debe implementar este tipo de tratamiento de forma COMPLEMENTARIA a las otras medidas terapéuticas, ya sea la intervención psicológica (que es la fundamental para el control de este tipo de patología mental), la reeducación nutricional o el enfoque ocupacional, entre otros. Eso significa que un tratamiento farmacológico de forma AISLADA no es efectivo como terapia, siendo necesario que se complemente con las otras herramientas ya citadas.

NO EXISTE NINGÚN FÁRMACO QUE CURE POR SÍ SOLO NINGUNO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

No obstante lo anterior, la utilidad de los psicofármacos está muy contrastada para el control de diversos síntomas nucleares, y su asociación con la psicoterapia ofrece mejores resultados a medio y largo plazo, en cuanto a la remisión completa de los síntomas y la recuperación de la funcionalidad global del paciente.

Desafortunadamente han existido (y siguen existiendo) desde hace muchos años muchos prejuicios e ideas erróneas sobre los psicofármacos, en general, y en particular sobre los que utilizamos para el manejo de los TCA. Estos mitos alrededor de los fármacos se basan más en el desconocimiento de los mismos, en la percepción errónea de algunos posibles efectos secundarios y sobre todo por la “mala pren-

sa” que en algunos sectores informativos se les ha dado. Nada más lejos de la realidad. Todo fármaco que un médico psiquiatra aconseje prescribir a un paciente está justificado después de una adecuada exploración psicopatológica, una rigurosa entrevista al propio enfermo y a su entorno más cercano (que suele ser su familia) y a la elaboración precisa de un juicio diagnóstico; ya que no es igual tratar farmacológicamente una Anorexia Nerviosa que una Bulimia Nerviosa u otros Trastornos de la Conducta Alimentaria.

El médico psiquiatra suele recoger toda la información necesaria sobre antecedentes familiares y personales del paciente (tanto físicos como psiquiátricos), realiza una biografía extensa sobre la aparición de los primeros signos y síntomas de la enfermedad; y a través de la entrevista perfila el estado clínico actual. Tras todo lo anterior y en consonancia con el diagnóstico realizado por el Psiquiatra se plantea un plan de actuación. Este plan NO necesariamente incluye tratamiento con fármacos, ya que la MAYORÍA DE LOS TCA se CURAN SOLO CON INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA y/o NUTRICIONAL.

Sólo en un grupo de pacientes se va necesitar prescribir algún psicofármaco para mejorar la evolución y el pronóstico de la enfermedad.

En relación a los falsos mitos sobre los psicofármacos es bueno aclarar diversos puntos esenciales, entre los cuales citamos:

- **LOS FÁRMACOS NO ENGANCHAN.** Es muy común pensar (porque además suele estar extendido en el imaginario colectivo) que cuando se prescribe un medicamento para “los nervios”, éstos no se van a poder dejar de utilizar nunca y por consiguiente ya no va a poder uno “dejar de usarlos”. Esto es una mentira contrastada una y otra vez por todos los estudios científicos. Sólo un grupo muy, pero muy reducido de psicofármacos (que son un tipo de ansiolíticos del grupo de las Benzodiacepinas) pueden generar dependencia si se usan de forma crónica o si se abusa más allá de la dosis recomendada. Este tipo grupo muy pe-

queño se suele usar de forma muy esporádica y siempre bajo indicación del Psiquiatra; por lo cual cada vez que se prescriba un tratamiento farmacológico es importante continuar con las revisiones por el especialista, quien ajustará la dosis en caso de ser necesario y recomendará el tiempo de utilización. Una vez se haya cumplido este tiempo recomendado, el propio especialista evaluará si es necesario mantenerlo por más tiempo (en función de los síntomas que persistan) o si se retira de forma paulatina hasta su supresión total.

- LOS FÁRMACOS NO ENGORDAN, "NO ATONTAN". Es mu común y más al tratarse de pacientes con TCA pensar que los psicofármacos presentan muchos efectos secundarios, y entre ellos uno que preocupa mucho es el improbable aumento de peso. Igualmente existe el miedo a si al usar estos medicamentos se "cambia la personalidad"; o "dejamos de ser como somos", o "se ralentiza nuestro rendimiento intelectual". Todo lo anterior es FALSO. Los psicofármacos actúan fundamentalmente en el CEREBRO y no tienen efecto ni a nivel digestivo ni a nivel metabólico; por consiguiente nunca tienen como finalidad el aumentar de peso o modularlo de alguna forma. Tampoco cambian la "esencia de una persona" ni intentan modificar "su forma de pensar". Es verdad que como cualquier fármaco puede presentar algún tipo de secundarismos (igual que los puede dar cualquier antiinflamatorio, o un medicamentos recetado para la hipertensión o para la alergia); pero éste tipo de efectos suelen ser muy poco frecuente, de escasa intensidad y suelen desaparecer con el paso del tiempo. Nuevamente, en este apartado se hace muy necesario contar con las revisiones programadas por el Psiquiatra para que pueda verificar si estos efectos secundarios tienen relación (o no) con el uso de los medicamentos recetados, cuál es el grado de intensidad de los mismos; y cómo van evolucionar conforme pasa el tiempo de tratamiento. Muchísimas personas,

posiblemente más de las que llegamos a imaginar y que están en nuestro entorno toman algún psicofármaco de forma regular y a la vez desempeñan de forma más que adecuada su trabajo, o estudian, o realizan cualquier tipo de labor sin que llegue a afectarles o a incapacitarles.

Entre los psicofármacos existen diferentes grupos que se van a emplear en función del trastorno que se va a tratar (Anorexia Nerviosa, o Bulimia Nerviosa, o Trastorno por atracón, etc.), de la intensidad de los síntomas presentes en el momento de realizar el diagnóstico, del tiempo de evolución de los mismos, de la edad del paciente, y de la comorbilidad con otras enfermedades, ya sean de tipo físico o mental.

Entre estos grupos los más utilizados son los *Antidepresivos*, que se llaman así porque inicialmente se descubrieron y se utilizaron para manejar las enfermedades mentales de tipo depresivo, pero que hoy por hoy tienen una actualidad mucho más amplia, y se utilizan para diversas patologías. Además del papel antidepresivo también tienen un perfil antiobsesivo, que suele ser el de más utilidad en los TCA; ya que mejoran de forma importante la “obsesión” que el paciente tiene sobre su imagen corporal y sobre los síntomas (o patrones de conducta) ligados a la alimentación.

También se emplean de forma puntual los *Ansiolíticos*, para disminuir el nivel de angustia (o de ansiedad) que los pensamientos de la enfermedad causan en la mayoría de los pacientes; los *Anticonvulsivantes* (también llamados antiepilépticos) que mejoran de forma notable las conductas impulsivas como el atracón o el vómito; y los *Antipsicóticos*, que intentan controlar las alteraciones graves del pensamiento que se suelen dar en algunos pacientes con TCA, y que no responden bien a otro tipo de fármacos.

El Psiquiatra es el encargado de escoger el fármaco más indicado y la dosis precisa de acuerdo a los síntomas presentes y a la información que recibe de otros terapeutas implicados en el tratamiento; en par-

ticular del Psicólogo; ya que el abordaje de los TCA SIEMPRE DEBER SER MULTIDISCIPLINAR , es decir, con la intervención y el acompañamiento de diferentes profesionales.

De igual manera, el Psiquiatra recomendará el tiempo necesario de tratamiento y de acuerdo a la evolución va a sugerir los cambios o ajustes que sean precisos para conseguir el objetivo último de cualquier terapia, que es la CURACIÓN y REMISIÓN COMPLETA DE LOS SÍNTOMAS.

TRATAMIENTO NUTRICIONAL

En Unidad ELCA apostamos por el trabajo en equipo, por la intervención multidisciplinar de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y en esta intervención destacamos el papel del Nutricionista que en muchas ocasiones se ha invisibilizado pero que para nosotros forma parte fundamental del equipo y el seguimiento de los pacientes con TCA.

¿Qué hace un Nutricionista?

El primer contacto que tiene con un paciente es una exhaustiva entrevista dietética y posterior evaluación del estado físico, en función del cual se propondrá un tipo de tratamiento u otro (Ingreso en Unidad de Día/seguimiento en Ambulatorio).

Es bueno recordar que en muchas ocasiones el papel del Nutricionista es visto por el paciente como el verdadero enemigo a batir, como aquel que únicamente dicta sus normas sobre cómo hay que comer, son los que van hacer que su peso se modifique y otras muchas creencias que se tienen sobre el trabajo de estos profesionales. Por lo tanto, es fundamental desde un primero momento establecer una relación de empatía-confianza, que el paciente jamás se sienta juzgado, que sienta que el Nutricionista le va a ayudar y acompañar en este complejo camino lleno de obstáculos y que lo único que pretende es crear y mantener una relación sana con la alimentación.

Durante el tratamiento ya sea en Unidad o Ambulatorio el nutricionista se marcará una serie de objetivos a conseguir entre los cuales destacan:

- Normalizar y mantener una composición corporal saludable, dependiendo del estado físico del paciente tendrá que darle prioridad a la mejora de posibles complicaciones tales como un peso bajo, dificultades para tomar ciertos alimentos, problemas de hipotensión, amenorrea, faringitis, daños en las zonas bucales relacionados con conductas purgativas etc.
- Gran parte del seguimiento del tratamiento se enfocará a mantener un patrón de alimentación adecuado basado en una alimentación saludable, equilibrada, suficiente y personal. Sin basarse en ningún método, un protocolo de alimentación donde los pacientes se encuentren cómodos y puedan mantener sin excesivo esfuerzo.
- Dos de las herramientas básicas de las que dispone serán los Registro diarios 24 horas y las fotos que realicen los propios pacientes. Es fundamental la especialización del Nutricionista para llevar a cabo lecturas e interpretaciones profundas de estas herramientas, es fundamental conocer en detalle cómo funciona esta enfermedad para intentar ir un paso por delante.
- Relacionado con este punto es fundamental la labor de educación o reeducación alimentaria, establecer un orden del caos que nos podemos encontrar en muchas ocasiones, unos horarios de comidas y en definitiva un patrón saludable.
- En la complejidad de estos problemas el Nutricionista tendrá que ir marcando diferentes RETOS en función de la evolución del paciente, estos retos será realistas, formulados en positivo, conseguibles y siempre pautados junto con el paciente. El abanico que pueden suponer estos retos nutricionales es muy amplio y dependerá de las características de cada paciente.

- Uno de los puntos más controvertidos y difíciles con el que se va a encontrar el Nutricionista es con el peso y sus variaciones. Son muchas las creencias, los mitos, las ideas irracionales relacionadas con el peso. Es fundamental ir desmintiendo todo ello y crear la idea de un peso variable pero estable en el tiempo. Para conseguir esto, es fundamental establecer una relación de confianza con el profesional.
- Otro punto fundamental es el establecimiento de señales fisiológicas normales, aprender a escuchar nuestras sensaciones, recuperar las señales de hambre-saciedad es de vital importancia para todo lo que hemos estado comentado, puesto que en la mayoría de los casos de TCA este tipo de señales están alteradas.
- En definitiva y como objetivo general lo que pretende el Nutricionista es conseguir un punto de naturalidad del paciente con la comida, saber cuidarse sin perder la espontaneidad, sin perder nuestros gustos y sin perder demasiado tiempo a la hora de elegir u organizar las diferentes tomas. En muchas ocasiones la tarea de desaprender ciertos hábitos es ardua y laboriosa, por ello debemos contemplar la opción de que cada paciente requiere un tiempo y una evolución concreta.

En Unidad ELCA mantenemos la idea de que los TCA son una de las enfermedades mentales más complejas que existen debido a la gran cantidad de factores y aspectos que se ven afectados tales como; alimentación, autoestima, relaciones sociales-familiares, miedos etc. Por todo ello creemos que la especialización de los profesionales que se encargan del tratamiento de estos pacientes es esencial para el buen funcionamiento y por tanto el Nutricionista debe estar especializado para cubrir todas las necesidades del paciente. El conocimiento de este tipo de enfermedades y todos sus recovecos es esencial. Son muchas las situaciones que cualquier persona podría llevar una lectura única pero que al conocer en profundidad estos recovecos podemos

darle otra dimensión y en ocasiones importancia de síntomas relacionados con los TCA.

El nutricionista conoce bien estos problemas y las situaciones que podemos encontrarnos a la hora de servirse, dejarse comida en el plato, escuchar bien las sensaciones, la práctica normal de deporte, los mitos acerca de una gran cantidad de alimentos etc. Todo ello se deberá conseguir hacer con naturalidad y despejar cualquier duda de aparición de pensamientos relacionados con estos trastornos. Profesionales con ganas de trabajar, con paciencia, con empatía y mucha sensibilidad.



Los mitos alimentarios como factores clave en los TCA

Del griego *mythos*, fábula–leyenda, cuento.

¿Qué es un mito? La concepción más básica es que se trata de una historia imaginaria que altera las verdaderas cualidades de una persona u cosa y les da más valor del que tienen en realidad. En otras palabras y ya acercándonos a nuestro terreno, podríamos decir que un mito trata de explicar de una forma pseudo-científica ciertos fenómenos de la naturaleza mediante narraciones inverosímiles.

Resumen; afirmaciones sin ningún tipo de respaldo científico.

Actualmente vivimos en un mundo tan sobreenformado como desinformado y falto de rigor. Todo el mundo opina sobre alimentación, comer lo hacemos todos, pues todos somos especialistas en recomendar en base a nuestra experiencia o directamente adoctrinar y dar por sentadas afirmaciones sin ningún respaldo de la comunidad científica. La mentira se cuenta o se comparte tantas veces que al final se hace verdadera y se acepta sin pensarlo dos veces.

Los medios de comunicación no ayudan demasiado, con el fin de buscar el titular más llamativo y que hagamos click en su *tuit* o página. “La leche es mala”, “La carne puede matar”, “descubre los cinco alimentos que te harán perder peso” etc. La histeria en las redes sociales es un hecho, cualquier titular, cualquier comentario es compartido a una velocidad pasmosa haciéndose viral a los pocos minutos, habien-

do pasado por mucha gente de todo tipo y formación y calando en el colectivo.

Desde que nosotros empezamos en esto de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (hace ya muchos años) hasta hoy podríamos decir que la gente sigue creyendo los mismos bulos y los mismos mitos de siempre. Hoy por hoy sigue siendo uno de los puntos donde más tiempo se invierte, es uno de los mayores escollos con los cuales nos enfrentamos y es que llevan tanto tiempo con nosotros que forman parte de nuestra forma de entender la alimentación. Uno de los aspectos importantes también a la hora de trabajar es fomentar el espíritu crítico y no creerse todo lo que nos cuentan, todo lo que leemos (principalmente en internet) y dejando al menos una puerta abierta hacia la duda.

Vamos a repasar algunos de los Mitos que hoy por hoy nos seguimos encontrando en consulta.

Los Hidratos de Carbono engordan por la noche.

Podríamos apostar sin miedo a equivocarnos que cualquier compañero que se dedique a los TCA ha escuchado esta afirmación. Otra variante de la misma es que a partir de una hora concreta, suele ser las seis de la tarde, no puede tomar Hidratos de Carbono porque ya no me da tiempo a quemarlos y engordan.

Se puede decir tranquilamente que no, los hidratos por la noche no engordan. Lo que va hacer que nuestro peso cambie es el equilibrio energético. No importa la hora, ni el momento del día lo que de verdad importa es la calidad de la fuente de esos Hidratos.

La grasa es mala.

Menudo estigma tienen las pobres grasas, son muchos años de una creencia totalmente arraigada en nuestra sociedad, obesidad = depósito de grasa, por lo tanto las grasas son malas y hay que evitarlas. Gracias a una paulatina apertura de miras y a un sentido crítico poco

a poco se van aceptando y recomendando dentro de una alimentación variada y saludable.

No son pocas las veces que en consulta explicamos el por qué de la importancia de la grasa y saber discernir entre diferentes tipos de grasas.

Los productos Light adelgazan.

Para nada, un alimento es Light cuando tiene un 30% menos de calorías que su homólogo, por lo tanto en ningún momento es un alimento bajo en calorías puesto que los productos Light suelen venir de alimentos bastante calóricos. El planteamiento de por ser Light lo puedo tomar sin ningún tipo de medida es totalmente erróneo.

El pan.

“Yo solo tomo pan integral” –Estupendo, ¿Por qué?– “Pues porque engorda menos”. Falso. Hay mucho escrito, debatido sobre el tema del pan. Otro producto demonizado debido a las dietas de adelgazamiento y dietas milagro. Una persona no concibe querer perder peso y poder comer pan. Pero si toma un poco de pan, que sea integral. Independiente de las cualidades nutricionales, a nivel calórico es prácticamente lo mismo. Por tanto no va a tener un efecto decisivo en nuestra balanza energética. Eso sí, hoy por hoy es más interesante tomar la mayor parte de productos integrales que se puedan, por su composición en fibra, saciedad, azúcar, grasa etc.

La fruta engorda después de las comidas.

¿Porqué un alimento debería cambiar su composición nutricional en función del momento en el que te la tomes? Sí me la tomo antes de las comidas es buena, pero si justo pasados treinta minutos ya no es tan buena, incluso no es recomendable. Obviamente no tiene ningún sentido, la fruta es una opción estupenda sea cual sea el momento. Toda la evidencia científica apunta a que podemos tomar la fruta que sea a la hora que queramos.

Beber agua adelgaza o engorda.

Que a estas alturas de la vida aún nos seguimos encontrando este tipo de dudas, el agua dependiendo del momento del día o de la comida puede provocar que cojamos peso o incluso que perdamos ese peso. Curioso. Por supuesto, como en la mayoría de mitos no existe ningún tipo de evidencia que apoye esta teoría. El agua durante las comidas ni es mala ni va a facilitar la ganancia ni la pérdida de peso.

El consumo de alcohol es buena para la salud.

“Una copa de vino es bueno para el corazón”, como es posible que una sustancia tóxica, adictiva, inmunodepresora etc sea buena para salud. La respuesta está clara, hoy por hoy el recomendar o incluso promover el consumo de alcohol sería algo bastante dudoso, peligroso y al fin y al cabo erróneo. Una sustancia que mata unas 130000 personas al año en Europa, una sustancia que está asociada al menos con más de 200 enfermedades, va a ser buena para llevar una correcta alimentación. Independientemente de la aceptación social, no deja de ser una droga que causa mucho daño (cada vez a edades más tempranas) y por lo tanto no se podrá promover su consumo.

Es conveniente no mezclar. Las famosas dieta disociadas.

Fue mucho el movimiento social hace unos cuantos años cuando empezaron a ponerse de moda el tema de las dietas disociadas. ¿En qué consisten? La primera norma es no mezclar, intentar no mezclar nutrientes en el mismo plato, por un lado tomar hidratos de carbono, por otras grasas y por último proteína. Obviamente no existe ningún tipo de evidencia que apoye tal cosa, además de ser bastante complicado cumplir dicha pauta al cien por cien. Los alimentos (salvo muy contadas excepciones) son mezclas de diferentes macronutrientes, por lo cual aislar de una forma tan radical es entre difícil y prácticamente imposible.

Los productos integrales engordan menos.

“Si tomo pan que sea integral que engorda menos”, la de veces que habremos escuchado esta frase en consulta. La diferencia calórica entre productos integrales y los demás es totalmente insignificante a nivel dietético. La cuestión importante en este sentido sería, ¿cómo de integral es este pan que estoy comprando en el supermercado? ¿qué porcentaje de harina integral tiene esta base de pizza? Y otras tantas cuestiones, puesto que por llevar semillas de sésamo o un mayor contenido en fibra no los hace integrales.

Los alimentos frescos son más nutritivos que los congelados.

No son pocas las veces que nos han mirado mal cuando a un paciente le hemos recomendado que congele ciertos alimentos o incluso que compren pescado congelado. ¿Como osa a recomendar que compre y tome congelados? No es tan bueno como el fresco además de que pierde todas sus propiedades. Totalmente falso, los alimentos congelados no pierden ninguna de sus propiedades nutritivas y organolépticas, podemos comerlos con total tranquilidad.

COMPLICACIONES DE LAS CONDUCTAS PURGATIVAS

En los TCA puede haber conductas purgativas como la provocación del vómito. Normalmente esta conducta es utilizada como método para intentar vaciar el estómago de comida y así adelgazar. Esta conducta purgativa no solo NO consigue alcanzar ese objetivo, además tiene numerosas complicaciones y muchas de ellas ponen en peligro la vida de la persona.

Complicaciones bulimia nerviosa:

1. Dermatológicas
 - Callosidades en nudillos (Signo de Russell)
2. Metabólicas
 - Alcalosis metabólica hipoclorémica

3. Cardiovasculares

- Prolapso mitral
- Alteraciones en electrocardiograma

4. Renales

- Alteraciones hidroelectrolíticas.
- Fracaso renal agudo
- Nefropatía hipopotasémica

5. Tracto digestivo

- Erosión dental
- Gingivitis
- Hipertrofia glándulas salivares
- Esofagitis
- Regurgitaciones
- Pancreatitis aguda
- Estreñimiento

Vamos a describir algunas de las consecuencias de vómito.

• Vómito y cáncer de esófago:

Hay una relación muy estrecha en el vómito y el cáncer de esófago. La inflamación crónica del esófago está considerada como precursora para el desarrollo de este tipo de cáncer. El paso frecuente de los jugos gástricos por el esófago provoca que éste se irrite y aparezcan úlceras (fig. 1), cuando este proceso se cronifica es un factor de riesgo muy importante para el desarrollo de cáncer de esófago (1)

Fig. 1. Úlcera de esófago.



- Complicaciones bucales:

Existen dos tipos de efectos bucodentales en los trastornos alimentarios: intraorales y extraorales

Dentro de los efectos intraorales podemos encontrar erosión dental, alteraciones en las membranas de la mucosa bucal y faríngea, boca seca, caries dental, enfermedad periodontal y lesiones de los tejidos blandos.

Erosión dental

Dentro de las repercusiones bucales, la erosión dental es la más común (fig.2). Se caracteriza por la pérdida de esmalte con márgenes redondeados con pérdida de los contornos de los dientes (2). Es debida al paso de los jugos gástricos que le confieren al vómito un pH entre 2-3,8. Como consecuencia de la pérdida del esmalte aparece hiperseñibilidad (3).



Fig. 2. Erosión dental.

Xerostomía

Más comúnmente conocida como boca seca (fig.3). Se produce cuando las glándulas salivares se deterioran, esto da lugar a una deshidratación de los tejidos blandos como consecuencia de la disminución en la producción de saliva. Entre las funciones de la saliva se encuentran la digestión, protección de los dientes, boca y labios, por lo que una exposición prolongada a la reducción de saliva puede provocar caries e infecciones orales y malnutrición.

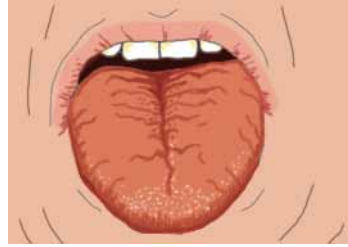


Fig. 3. Xerostemia.

Sialoadenitis

Es la infección o inflamación dolorosa de una o de las seis glándulas salivales, se produce por la infección bacteriana o viral y se presenta como tumefacción crónica o aguda (fig.4). Se reduce el flujo salival y la saliva se vuelve más espesa. A menudo se acompaña de xerostomía



Fig. 4. Inflamación Glándulas.

- **Reflujo gastroesfágico**

Es la subida del contenido gástrico hacia el esófago pudiendo llegar hasta la boca. La provocación del vómito puede provocar problemas en el cardias.

El cardias es un músculo situado en la parte superior del estómago por el cual comunica con el esófago. Una vez el alimento pasa del esófago al estómago, el cardias se cierra para que no pueda salir el contenido del estómago.

Cuando provocamos el vómito continuo, estamos sometiendo al cardias a un sobreesfuerzo. Este continuo abrir y cerrar puede provocar que el cardias no cierre de forma correcta quedando un poco abierto (fig.5) lo que hará que el contenido gástrico suba hacia el esófago y provoque algunos de los problemas antes mencionados (erosión dental, caries, úlceras...)



Fig. 5. Cardias dilatado.



Tipos de tratamiento

CONSULTAS EXTERNAS

Dirigido a pacientes con buen pronóstico o detección precoz de la enfermedad, con aceptable motivación, buen apoyo social y cuando es posible el control sobre su estado físico y no existen complicaciones médicas ni psicológicas graves.

Está recomendado en los casos en que solo se requiere un tratamiento en las fases más leves del trastorno, siendo posible este abordaje puntual mientras la persona continua en su domicilio. Igualmente, está orientado para aquellos pacientes que previamente han realizado un tratamiento más intensivo (hospitalización, hospital de día), han recibido el alta terapéutica de hospitalización y continúan su tratamiento en régimen externo con el fin de realizar su control y prevenir recaídas. Se atiende así, de manera individual, los aspectos psicológicos, psiquiátricos y médicos necesarios para el correcto seguimiento de la persona. Esta modalidad de tratamiento supone la incorporación plena a su estilo de vida habitual, con las obligaciones ocupacionales que conlleva.

Se trata de tratamiento en consultas externas psicológico, nutricional, y psiquiátrico favoreciendo que el paciente conserve intacto su ámbito laboral/ académico, familiar y social.

Nuestra consulta ambulatoria, de forma general ofrece los siguientes servicios:

A) NUTRICIÓN

En el contexto de los TCA, la figura del nutricionista es esencial. Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) pueden inducir graves repercusiones nutricionales que, por un lado interfieren en el tratamiento psicológico y por otro ponen en peligro la vida del paciente. El control y la resolución de estas complicaciones corren a cuenta del especialista en nutrición con experienciasuficienteenel manejoyde estas enfermedades. En todas las opciones de tratamiento, la rehabilitación nutricional es esencial. **El papel nutricionista en el tratamiento de TCA** debe estar bien establecido dentro de los protocolos de actuación y debe encargarse de los siguientes aspectos:

1. Valoración de estado nutricional.
2. Diagnóstico de repercusiones orgánicas y enfermedades asociadas.
3. Tratamiento de la malnutrición y de otras posibles deficiencias nutricionales.
4. Tratamiento de las complicaciones orgánicas existentes.
5. Educación nutricional dirigida al paciente y a la familia, esencial para el tratamiento exitoso y prevención de recaídas.

B) PSICOLOGÍA

Los TCA conllevan en la mayoría de las ocasiones un gran deterioro físico (no siempre visible a primera vista), que por supuesto hay que abordar y tratar, pero son trastornos absolutamente de origen psicológico. Dotar al paciente de herramientas y estrategias que permitan afrontar de manera eficaz todos los elementos o dificultades que en un momento determinado han hecho que le persona necesite recurrir a los síntomas como vía de escape. No solamente a las dificultades actuales, sino saber afrontar también de manera exitosa las futuras situaciones complejas que puedan venir, de manera que incorpore e

interiorice el abanico de herramientas que el tratamiento le va a hacer adquirir.

C) PSIQUIATRÍA

En algunas ocasiones, los pacientes requieren de una valoración y ayuda farmacológica como soporte para poder llevar a cabo de manera adecuada las pautas psicológicas y nutricionales. El área de psiquiatría siempre va a estar en sincronía con el área psicológica del paciente, adecuando en cada momento el tratamiento farmacológico a las dificultades o avances que se vayan consiguiendo

D) REEDUCACIÓN PSICOPEDAGÓGICA

Una de las principales características de los TCA son los problemas relacionados con el ámbito académico (autoexigencia, perfeccionismo, dificultades de atención y concentración, etc.). Por este motivo, es necesario diagnosticar posibles necesidades educativas que pudieran existir para llevar a cabo un tratamiento psicopedagógico individualizado. La finalidad del mismo es conseguir logros académicos a través de un aprendizaje saludable y eficiente.



Algunos de los objetivos de este tipo de tratamiento son:

- Realizar un diagnóstico psicopedagógico dirigido a personas con TCA.
- Fomentar las capacidades cognitivas en el aprendizaje como pueden ser: memoria, atención, comprensión, resolución de problemas, monitorización, etc.
- Mejorar la autoestima y la motivación con la finalidad de con-

seguir logros académicos desde la perspectiva de aprendizaje saludable.

- Adquirir e implementar técnicas de estudio eficientes que ayuden a facilitar el trabajo académico.
- Aumentar las funciones ejecutivas orientadas al aprendizaje.
- Desarrollar la capacidad de planificación y organización educativa.
- Evaluar el proceso del tratamiento psicopedagógico.

ESTANCIA EN UNIDAD DE DÍA

Está dirigido a:

- Pacientes que han realizado ingreso hospitalario de media-larga duración.
- Pacientes que están en régimen ambulatorio y que no evolucionan favorablemente según las previsiones por diferentes factores.
- Pacientes sin apoyo familiar y/o social adecuado y que requieran de un soporte terapéutico de contención durante una parte del día.
- Pacientes que deseen un tratamiento más efectivo.

Completamos así el abordaje psicoterapéutico individual, o durante todo el día, con terapia psicológica individual y grupal, terapia nutricional, terapia ocupacional, psiquiátrica, pedagógica, así como actividades y talleres que faciliten la superación de la enfermedad, mejorar habilidades sociales, hábitos de vida saludable, etc., muy afectados en este tipo de trastornos.

Hablamos de una unidad de asistencia que ofrece un servicio suficientemente flexible para poder dar respuesta a las diversas necesidades

que puede tener un paciente en los diferentes momentos de su proceso de recuperación.

Se trata de una unidad de asistencia caracterizada por:

- **Multidisciplinariedad:** integrando las áreas de enfermería, psicología, educación, psiquiatría, nutrición, pedagogía, arte y otras terapias corporales.
- **Su flexibilidad:** se ajusta al máximo el grado de control que cada paciente necesita.
- **Su totalidad:** se trabaja de manera muy integrada y coordinada TODOS los aspectos deteriorados de la enfermedad.
- **Su personalización:** se adapta el programa de tratamiento a las necesidades de cada paciente. Algo importante a destacar es que en aquellos pacientes que son estudiantes, se vela por la continuidad e interrupción mínima de sus estudios, algo de suma importancia para ellos.
- **Su continuidad:** previene las recaídas en tanto que ofrece asistencia diversificada y prolongada que acompaña al paciente en su proceso de recuperación, sin limitarlo en sus posibilidades de inserción y funcionamiento normalizado.
- **Su acercamiento a la realidad:** proporciona al paciente la posibilidad de combinar su tratamiento con un estilo de vida más normalizado que permite la intervención profesional sobre las dificultades que van surgiendo cada día.
- **Su adaptabilidad:** reduce el coste emocional al ofrecer un tratamiento menos traumatizante que permite al paciente evitar su desconexión de la realidad a la que debe adaptarse.

Puede beneficiarse de la Unidad de día aquel individuo con mayor conciencia de enfermedad y mayor motivación para el tratamiento. La unidad de día permitirá al individuo ir adquiriendo la autonomía que necesita y enfrentarse a las posibles situaciones personales conflictivas que pueden desencadenar una recaída ofreciéndole la ayuda terapéutica para ello. Esto permite que, en algunas ocasiones, el paciente no deba interrumpir su ritmo de vida anterior y pueda seguir parcialmente algún hábito de vida normalizado.

EN GENERAL ES UN TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR, ENORMEMENTE FLEXIBLE Y ADAPTATIVO A CADA PACIENTE, MÁS INTENSIVO Y CUYA RECOMENDACIÓN NO DEPENDE SOLO Y EXCLUSIVAMENTE DE LA GRAVEDAD DEL PACIENTE.

Qué ofrece al paciente la Unidad de día:

- **Facilidad:** el trabajo tanto del equipo como el de la paciente es mucho más fácil en la unidad de día, donde se disponen de todos los recursos necesarios a la hora de enfrentar cualquier momento o situación, entre ellos, los profesionales que ayudarán en cualquier momento y situación que se produzca. Esto se traduce también en una mejora en el ámbito familiar al reducirse conflictos, lo cual repercute al mismo tiempo en la evolución del paciente.
- **Efectividad:** el abordaje continuo durante todo el día y en todo momento del paciente por los distintos profesionales permite detectar todos los aspectos de todos los ámbitos en los que el paciente necesita ayuda, muchos de los que ni siquiera era consciente el propio paciente y sus familiares. Además de la detección, el acompañamiento y ayuda para la superación de los mismos de manera eficaz. Para ello es necesario contar con un equipo muy amplio de profesionales especializados que formen

parte de un equipo: psicólogos, nutricionistas, enfermeros, auxiliares, educadores, etc. que puedan atender en cada momento las necesidades concretas de cada paciente.

- **Rapidez:** la unión de los apartados anteriores se traduce en un avance y evolución más rápida.

LA FIGURA DEL EDUCADOR TERAPÉUTICO EN UNIDAD DE DÍA

El educador terapéutico corresponde a una figura nueva y pionera en el abordaje de este tipo de tratamientos, y lleva instaurada en ELCA desde hace diez años con gran efectividad.

Como hemos referido en varias ocasiones a lo largo de esta guía, el tratamiento psicológico es fundamental en la recuperación de los TCA, todo lo que se aborda en las consultas individuales es clave, pero poner en práctica todo lo trabajado resulta en ocasiones muy complejo, lento e incluso en algunos casos, imposible.

El educador terapéutico tiene la misión de trabajar en un ambiente controlado muchos de esos aspectos deteriorados en estos pacientes para posteriormente, cuando ya se tiene más entrenado, extrapolarlo y generalizarlo a su vida cotidiana, conforme ésta va mejorando.

Las principales funciones del educador terapéutico serían las siguientes:

- Coordinación, complementación e implantación del trabajo psicológico en un ámbito práctico controlado.
- Control, supervisión y corrección de higiene postural.
- Refuerzo y orientación positiva al grupo.
- Programación de actividades terapéuticas de diferente naturaleza adaptadas a los objetivos a alcanzar de manera individual y colectiva.
- Observación y detección de dificultades de manera individualizada.

¿QUÉ Y CÓMO SE TRABAJA EN EDUCACIÓN TERAPÉUTICA?

El objetivo es poner en práctica a través de diferentes actividades las herramientas que se van adquiriendo en el tratamiento y que permiten trabajar aspectos que suelen estar deteriorados en pacientes con TCA:

- Habilidades Sociales.
- Control de la impulsividad.
- Exposición y expresión grupal.
- Autoestima.
- Control de emociones.
- Autoconocimiento.
- Relajación y meditación.
- Expresión Corporal.
- Manejo adecuado del tiempo libre y de ocio.
- Abordaje de la actividad física desde el punto de vista saludable.
- Rigidez y Flexibilidad.

Además, la Educación Terapéutica tiene en marcha diferentes proyectos sociales en los que se trabaja con otros colectivos (Burbujas al Aire, Terapia Asistida con Animales, Sentido y Musicalidad, etc).

MITOS SOBRE EL TRATAMIENTO EN UNIDAD DE DÍA:

Muchos de los mitos de este tipo de tratamiento provienen del funcionamiento de otras unidades asistenciales de este tipo de problemáticas que nada tienen que ver con Unidad ELCA.

- **El estar en unidad de día repercutirá en mis estudios.**

En ELCA, absolutamente todos los pacientes continúan sus estudios de manera adaptada a su situación, no teniendo por qué perder ningún curso escolar si está capacitado mentalmente para ello.

La consejería de Educación y Deporte, a través del Servicio de Ordenación Educativa, se coordina con los diferentes centros académicos y ofrece al alumnado diferentes opciones para mantener el vínculo entre paciente/alumnos y su clase y facilitando diferentes opciones para la evaluación de las materias académicas adaptadas a la situación de salud del paciente y a su necesidad de estancia en unidad de día.

Con respecto a los pacientes universitarios, igualmente, a través del departamento de Atención Social de la Universidad, se coordina todo para facilitar y conciliar ámbito académico y tratamiento.

A lo largo de todos los años, hemos observado cómo el ámbito académico no solo es fundamental y vital en nuestros pacientes, sino que el abordaje adecuado y coordinado de este ámbito permite una posibilidad de ajuste muy positiva para la posterior incorporación a clases.

Por otro lado, la intervención pedagógica de unidad de día, permite gestionar ciertas competencias, destrezas, capacidades y actitudes académicas que posibilitaran experiencias positivas para conseguir objetivos académicos presentes y futuros a la vez que se lleva a cabo el tratamiento.

- **El estar tanto tiempo con otras chicas puede hacer que se contagien comportamientos y/o ideas enfermizas.**

En unidad ELCA las conversaciones sobre aspectos que puedan derivar en algo relacionado con los TCA están controladas, así como los comportamientos, que están supervisados por los profesionales que están entrenados para corregir cualquier aspecto que pueda aparecer. El ambiente de los pacientes es el positivo, de colaboración y de motivación a la recuperación.

- **Estar en unidad de día significa que el paciente está muy grave.**

Como hemos comentado anteriormente, unidad de día no es sinónimo de gravedad, si no de eficacia.

- **Estar en unidad de día significa abandonar toda su vida, amigos, familia etc. y puede ser peor para el paciente.**

El tratamiento va orientado a trabajar todos los aspectos de la vida del paciente deteriorados de manera que lo que se consigue es un tiempo de calidad con amigos y familiares.

En numerosas ocasiones, explicamos que se trata de una inversión temporal para trabajar todo lo necesario para estar fuera, pero en óptimas condiciones que nos permitan afrontar nuestro día a día de forma eficaz, y ayudarnos a crear una vida para poder ser felices.

- **Estar en unidad de día es perder mucho tiempo de su vida.**

Como hemos referido, estar en unidad de día es una inversión de tiempo, es cómo hacer un curso intensivo con frutos más rápidos que favorecerán el bienestar del paciente de una manera más rápida y eficaz.

La unidad de día en ELCA ofrece los siguientes servicios:

- Psicoterapia individual
- Terapia nutricional individual
- Psicoterapia de grupo para pacientes
- Asesoramiento familiar en cuanto al abordaje familiar de la enfermedad.
- Terapia familiar de autoayuda.
- Asesoramiento, educación y rehabilitación nutricional.
- Comedor, donde se realizarán las principales tomas establecidas previamente por nutricionista según los requerimientos de



cada paciente. Además de corregir en caso necesario estereotipos alimentarios (cortar, trocear, escurrir, comer lento, comer rápido, uso adecuado de cubiertos, etc.).

- Control y seguimiento psiquiátrico.
- Terapia educacional: durante gran parte de la estancia un educador especializado en trastornos de la conducta alimentaria aborda diferentes áreas afectadas en estas enfermedades (autoestima, inteligencia emocional, valores, expresión corporal, habilidades sociales, atención plena, creatividad, relajación, trabajo y cooperación con otros colectivos, superación personal, exposición individual a situaciones sociales difíciles, motivación, etc).
- Intervenciones psicopedagógicas individuales, con el objetivo de adaptar el ámbito académico y formativo de los pacientes y compatibilizarlo con el tratamiento. El ámbito educativo resulta de vital importancia en estos pacientes, convirtiéndose en un gran estresor al anticipar que va a resultar muy costoso la compatibilidad de éste ámbito (sin la asistencia a clase) con el tratamiento intensivo en unidad de día que por motivos de salud, necesita.
- La Consejería de Educación de Granada potencia la coordinación de los diferentes centros educativos y la Unidad Multidisciplinar de la Conducta Alimentaria ELCA, y favorece la continuidad formativa del paciente.
- Actividades y cursos para pacientes (cursos de alimentación saludable, de crítica a publicidad, de imagen corporal, de pintura, de enfermedades y consecuencias de este tipo de trastornos, de costura, etc. —a depender del grupo y tipología de pacientes, atendiendo a sus necesidades—).
- Cursos para padres y familiares que restablezcan y favorezcan las relaciones con el paciente.

- Talleres específicos integrados en la rutina diaria (expresión artística, baile, arte islámico, pintura, yoga, etc.).



Cómo prevenir los trastornos de la conducta alimentaria

- Comer en familia: Comer en familia favorece la comunicación de la familia, además de que en caso de que comiencen conductas extrañas favorece su detección precoz. Pero esto conlleva además dedicarle tiempo a los hijos y/o familiares, dedicarle tiempo al acto de comer sin otras distracciones como móviles o TV, hacer del acto de la comida un momento agradable de comunicación y familiar es tremendamente bueno para todos.
- Seguir una rutina en los horarios de las comidas: esto favorecerá su regulación metabólica y el reconocimiento de las señales físicas de hambre y saciedad.
- No felicitar por los resultados, si no por el esfuerzo. No hay que alabar lo que el niño consigue, sino el interés y la constancia que pone al intentarlo.
- Mucha comunicación: desde el momento en que el niño comienza a desarrollar el lenguaje, es muy importante hablarle sobre las emociones, para que aprenda a reconocerlas y expresarlas con naturalidad. En la sociedad estamos muy acostumbrados a “los niños no lloran”, “no entiendo por qué te pones así, si no es para tanto”, “¿estás triste por esa tontería?”, “no tienes derecho a enfadarte”. Todos estos mensajes hacen que nos avergüen- ce sentir emociones, que muchas veces estar triste o llorar se identifica con debilidad, que escondamos lo que sentimos para

protegernos de ser juzgados, y que de alguna forma, se empiece a canalizar esas emociones que no expresamos por canales inadecuados, como puede ser, la alimentación.

- Desarrollar autonomía: aunque nos impacientemos en ver que el niño tarda en lograr una tarea, debemos dejarle experimentar y no presionarle. Será muy importante darle responsabilidades de dificultad ascendente, de otro modo lo único que fomentamos son inseguridades.
- Nunca utilizar etiquetas. Si el niño hace algo que no nos gusta, debemos evitar etiquetarlo como “torpe”, “tonto”, “despistado”. Esto tiene una enorme influencia en el desarrollo de su autoestima. En lugar de utilizar etiquetas, hay que describir el comportamiento exacto que queremos que el niño cambie.
- Compartir tiempo de calidad: la presión social nos hace trabajar con altos niveles de competitividad, dejando poco tiempo libre para los hijos. Sin embargo, la clave a veces, no es la cantidad de tiempo que dedicamos a los hijos, sino la calidad de este.
- No invadir al niño de bienes materiales conseguidos sin esfuerzo: el pequeño debe aprender a resistir la frustración por no tener todo aquello que desea.
- Jamás obligar a un niño o niña a comer, ni a terminar el plato: cuando nacemos tenemos nuestro sistema de regulación de hambre saciedad que muchas veces ignoramos, forzarlos les enseña a que hay que comer sí o sí tengan o no tengan hambre, llegando a desconocer la sensación de saciedad.
- No utilizar la comida como premio ni como castigo: comer es una necesidad fisiológica además de un acto social, pero nunca debe ser un premio ni castigo, porque de esta manera serán comedores emocionales ignorando sus sensaciones y comiendo o no dependiendo de cómo se encuentren emocionalmente.

- Llevar unos hábitos de vida y alimentación saludable: llevar uso hábitos de vida saludable tanto de ejercicio físico como de alimentación ayudan a tener una relación buena con tu cuerpo, a que no existan fluctuaciones de peso importantes que en muchos casos es de manera indirecta detonantes de estas enfermedades, además de que como todos sabemos llevar una vida saludable ayuda a prevenir enfermedades en general.
- No juzgar a nadie por el aspecto físico: los niños ven, los niños hacen. Si desde una edad muy temprana los niños escuchan y ven juicios de personas o incluso de nosotros mismos sobre el aspecto físico, aprenden erróneamente que ese aspecto físico influye de manera importante en el valor de una persona y probablemente se lo apliquen a sí mismos.
- Educación alimentaria: la educación alimentaria es básica, existe muchísimos mitos y creencias erróneas acerca de la alimentación, de lo que es sano y no es sano, de lo que es necesario y no lo es. A día de hoy no es difícil encontrar gente que habla y aconseja sobre alimentación como si tuviera un doctorado y la verdad absoluta, porque siempre se ha escuchado. Muchos de esos mitos son rastros de dietas milagro, de industria adelgazante, de mensajes de salud tergiversados o llevados al extremo. Consultar a un nutricionista ante cualquier duda o incluso para orientarnos si deseamos alimentarnos bien debería ser tan frecuente como cuando vamos a un dermatólogo para cuidar nuestra piel porque algo no va bien.
- Dedicarle tiempo a la alimentación de nuestros hijos: las prisas, el estrés, el agotamiento y la falta de tiempo nos lleva en muchas ocasiones a coger el camino fácil, a comprar la comida



elaborada, a darle lo primero que pillamos, a darle lo que piden y más les gusta para que coman, como si que el único objetivo fuese cumplir con que coman sin protestar y ya está. La alimentación es una responsabilidad más e igual de importante que la educación académica, pero aquí los únicos responsables somos nosotros.

- Lo más importante: SER EJEMPLO.



Cuando el paciente no acepta, no es consciente o no reconoce tener TCA

El primer objetivo siempre para el equipo, es que el paciente vea necesaria la ayuda terapéutica ya que lamentablemente en muchos casos, la persona viene con muy mala predisposición a recibir tratamiento o incluso ni siquiera acepta hablar con un profesional.

Esto suele deberse a los **miedos** que realmente tiene el paciente sobre lo que vamos a hacer, principalmente, relacionados con la alimentación y el peso y en general, a cualquier cambio que escape de su control. Es más frecuente en pacientes con anorexia nerviosa con poco tiempo de evolución, ya que están encontrando mucha satisfacción, control y refuerzo externo de la bajada de peso y no han experimentado los verdaderos costes del trastorno. Además, si algún familiar presiona constantemente sobre el peso y la comida y es el que propone la idea de recibir tratamiento, se produce un efecto mayor de rechazo (recordemos que es muy común entre los factores de inicio y mantenimiento el hecho de tener relaciones familiares deterioradas). En este punto, el paciente probablemente se esfuerce mucho en ocultar sus síntomas y serán comunes frases como:

- “No me pasa nada, solo vengo aquí para que me dejen en paz”.
- “Como poco porque me duele la barriga, siempre he sido de comer poco”.

En otros casos, los pacientes saben que hay un problema relacionado con TCA, pero realmente no **se ven suficientemente mal** como para

encajar en un ambiente de terapia. Los mitos antes mencionados que circulan en nuestra sociedad, tienen mucha culpa de eso: *“las personas con trastornos de alimentación están esqueléticas”*, *“las personas con bulimia vomitan todo lo que comen”*, *“los psicólogos ven a gente que está loca”*. Por ello vienen con miedo a sentirse juzgados, a que podamos decirles que exageran síntomas y no tienen nada.

A veces a la persona no le cuadra recibir ayuda porque **no es consciente en absoluto** de que sus pensamientos y comportamientos son síntomas importantes que se enmarcan dentro de un TCA. Y es que en la sociedad actual, el “bombardeo” de conversaciones relacionadas con control de alimentación y peso es bárbaro. Al compararse con el resto de la población, no ven diferencias. Pueden acudir por primera vez voluntariamente o invitados por sus familiares a un nutricionista o psicólogo alegando problemas que no relacionan con un TCA, desde la necesidad de aprender a comer, problemas digestivos o coger peso en el ámbito nutricional, hasta problemas familiares o de pareja, ansiedad o depresión en el ámbito psicológico. En estos casos, es común escuchar frases como:

- “Yo no tengo TCA, quiero coger peso, sé que estoy delgad@”.
- “Como sano, solo evito alimentos que considero insanos y eso no es malo”.
- “Como bien, solo voy al gimnasio porque me gusta cuidarme”.

Todos estos hándicaps juegan en contra del tratamiento, ya que el tiempo es crucial. A menos evolución de síntomas, más fácil será “rescatar” al paciente, las obsesiones serán menores, los hábitos perjudiciales estarán menos instaurados...

Muchas personas se quedan en la parte superficial del trastorno y no comprenden que detrás de conductas alimentarias perjudiciales, hay unas dificultades psicológicas intensas. Por eso, muchas veces lo más común de primeras, es visitar al médico de cabecera. En muchos casos, estos profesionales ya saben reconocer síntomas y derivan adecuada-

mente a psicólogos y nutricionistas especializados, pero en otras, toda la atención se suele centrar en alguna prueba física como una analítica. Es un error centrar un diagnóstico psicológico en una prueba como esta ya que no está reflejando en absoluto las verdaderas dificultades de afrontamiento del paciente. La analítica por supuesto puede ser una ayuda necesaria en algunos puntos de tratamiento, pero jamás será una herramienta de diagnóstico para los TCA. De hecho, en muchos casos de anorexia nerviosa con grave desnutrición, encontramos niveles adecuados en calcio, hierro y vitaminas, pues el cuerpo tiene una increíble capacidad de adaptación y lucha por mantener buenos niveles en la sangre. Esto puede ser aprovechado por un paciente que se encuentra reacio a pedir ayuda para reafirmarse mucho más en su equivocada postura y mantener su falta de conciencia sobre la gravedad.

Cuando el paciente se niega en rotundo a visitar al menos una vez al profesional, recomendamos a la familia y personas de su círculo que centren sus objetivos en conseguir al menos esa visita. Eso significa que no será conveniente presionar al paciente para que cambie otras cosas como comer mejor, de hecho, hablar de la comida en esos momentos, empeorará la relación y bajará la probabilidad de confiar en la solución que se le está proponiendo. “Solo quieren engordarme” será su idea fija.

De manera urgente y prioritaria será necesario que los conflictos en el contexto familiar se eliminen. Es imposible avanzar en un ambiente de reproches, gritos, amenazas... Si el hijo lo hace, no significa que los padres tengan que responder de la misma manera, todo lo contrario. Cada vez que surja el conflicto, lo mejor será parar la conversación y dejar que el tiempo calme la intensidad de las emociones. Nuestro hijo no escuchará nada en esas circunstancias. Por el contrario, transmitir calma, expresar emociones y opiniones argumentadas, invitará más fácilmente a la persona a aceptar su problema y contemplar ayuda.

Lo más conveniente será centrar en ese momento la atención en el estado de ánimo que presenta la persona y siempre desde un tono amable, mostrando mucha empatía, sabiendo escuchar y dar tiempos de reflexión. Es bueno hablarle cuando esté más receptivo o en un momento de mayor emocionalidad, por ejemplo, si lo vemos llorando y nos acepta el consuelo. Los temas que se pueden tocar en estos casos pueden girar en torno a:

- “Cada vez te veo más encerrad@ en ti mism@ y me preocupa mucho”.
- “Tu expresión ya no es la de antes, sé que algo dentro te está consumiendo mucho”.
- “Voy a estar aquí siempre para ayudarte”.
- “No es normal que pases tanto tiempo encerrad@ estudiando, estás perdiendo vida, te estás apagando”.
- “Probemos solo una vez buscar una solución y si no te gusta, no volvamos, no te obligaré a nada”.

Una vez que los pacientes y familiares acuden a una primera cita de valoración hecha por especialistas en TCA, que conocen y saben anticiparse y tratar sus miedos, hay muchas probabilidades de que el paciente acepte trabajar. Los profesionales saben empatizar y hacerle ver la necesidad de tratamiento, ayudan a que entiendan que sus miedos no son reales. Cuando un extraño es capaz de decirte “entiendo que tengas miedo, pero eso no va a ocurrir por las siguientes razones...”, se facilita mucho la receptividad a contemplar ayuda.

No siempre se consigue, pues en ocasiones no desean ni siquiera reconocer esos miedos, no están aún en ese punto. En esas circunstancias, habrá que seguir llevando a cabo un trabajo de acercamiento y toma de conciencia que se construirá entre padres, terapeutas, amigos u otros familiares.

Por supuesto, el hecho de que no quieran de primeras tratamiento, no significa que la familia tenga que esperar de brazos cruzados. Es

importante implicarse en conocer síntomas, leer, pedir citas con profesionales, acudir a asociaciones de familiares, grupos de autoayuda, charlas...

Puede que la motivación inicial del paciente sea ceder para que sus familiares estén más tranquilos o para no escucharlos más, no pasa nada, más adelante esa motivación inicial se tornará en motivación personal, intrínseca y el tratamiento caminará para que quieran curarse solo por sí mismos.

La finalidad última es que la persona afectada vea que todos a su alrededor están unidos, trabajan en equipo y opinan lo mismo de forma firme: “me quieren y quieren que pida ayuda, no estoy bien y no se puede negar más esta realidad”.



Cronificación de los TCA

Desde nuestra experiencia es difícil hablar de cronificación. Antes que nada definamos qué significa una enfermedad crónica:

Si buscamos en el diccionario crónico se define como “Que se padece a lo largo de mucho tiempo”. Desde este punto de vista, sí es cierto que existen muchos pacientes crónicos, es decir, que padecen un TCA a lo largo de mucho tiempo.

Pero en la actualidad, muchas personas utilizan el adjetivo crónico como que no tiene cura, y piensan que después de tanto tiempo es imposible hacer nada por esa persona que la padece, y es aquí donde discrepamos.

A lo largo de nuestra experiencia hemos demostrado que los TCA tienen cura, y no depende del tiempo de evolución. Es innegable que el tiempo de evolución es importante pero para nada determinante.

Entonces, ¿de dónde viene esa idea de que después de mucho tiempo no hay nada que hacer?

Fundamentalmente y en la mayoría de los casos, en los que el paciente recibe muchos tratamientos fallidos:

- No sean especializados (donde se centran en el peso exclusivamente).
- Sean especializados pero insuficientes.

- Sean no multidisciplinarios ni interdisciplinarios, es decir, donde no hay coordinación entre los diferentes profesionales.
- Sean especializados, pero no individualizados.
- Sean intensivos, pero durante un tiempo limitado e insuficiente.

¿Qué provoca esto? Desgraciadamente cuando existen muchos tratamientos fallidos y durante mucho tiempo, tanto los pacientes como los familiares están muy cansados, desesperanzados, e incluso desconfiados hacia cualquier otro tipo de tratamiento. Esto es un gran muro para poder llegar al paciente y a la familia, y esa desconfianza, desesperanza, relaciones viciadas, sensación de indefensión, “machacados” física y psicológicamente, hacen que les cueste a todos mucho más seguir pautas nuevas, a veces contradictorias a las que han estado recibiendo anteriormente, confiar en la evolución positiva y tener la paciencia que ello requiere, lo cual en muchas ocasiones, lleva al abandono tanto de la familia como del paciente.

Esto significa que estas enfermedades son crónicas? NO, lo que hace a esta o a cualquier enfermedad crónica es el no recibir un **tratamiento adecuado y durante el tiempo adecuado**.

Sí es cierto que en muchas ocasiones, existen pacientes, mayores de edad por lo general, que han hecho de ello su vida y cuando aprenden a convivir con la enfermedad, llevando sus momentos mejores y peores, sobreviviendo el día a día, no desean el tratamiento que requieren, el miedo, el enfrentarse y el pasarlo mal unido a la idea de que no tienen solución y a la creencia de que ya se han acostumbrado a ello, llevando algunas pautas que les permiten sobrevivir, impiden que reciban un tratamiento adecuado.

En conclusión, el tiempo de evolución es importante pero no determinante en la curación de un TCA. Pero recibir un tratamiento adecuado durante el tiempo necesario y de manera precoz, son factores que influyen de manera muy positiva en la evolución de un paciente con TCA. Lo que nos lleva a la siguiente cuestión:

¿QUÉ ES UN TRATAMIENTO ADECUADO PARA TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA?

REQUISITOS:

- **Personalizado:** debe atender a las necesidades específicas del paciente. De tener en cuenta su situación en todos los ámbitos de su vida, y ajustar el tratamiento en función de sus particularidades. Un protocolo rígido y común para todos los pacientes no funciona positivamente, además de que genera desconfianza y apatía tanto en el paciente como a la familia.
- **Inter y multidisciplinar:** como hemos dicho antes, compuesto por distintos profesionales pero con una intercomunicación fluida.
- Con la **intensidad adecuada** (consultas externas, Unidad de día (10 horas/día) / (14h/día) o ingreso 24 horas.

En muchas ocasiones el paciente o los familiares rechazan tratamiento recomendado por diferentes motivos, como hemos explicado anteriormente (miedo a perder su vida, porque no consideran que está tan grave como para tanta intensidad..etc.), Esto en muchas ocasiones, no provoca otra cosa que alargar el tratamiento y cansar tanto al paciente.



www.unidadelca.com
958 08 15 00 · 673 72 08 93



elca
Unidad Multidisciplinar
de la Conducta Alimentaria