

Irene Alonso Vaquerizo

# Ana y Mia no quieren ser princesas

La cara oculta de los trastornos alimentarios

Prólogo del Dr. Gonzalo Morandé Lavín



Ana y Mia no quieren ser princesas

Irene Alonso Vaquerizo

# Ana y Mia no quieren ser princesas

La cara oculta de los trastornos alimentarios

*Ana y Mía no quieren ser princesas*  
*La cara oculta de los trastornos alimentarios*

© Irene Alonso Vaquerizo, 2016  
© Del prólogo: Gonzalo Morandé Lavín, 2016

Ilustración de la cubierta: © Katarzyna Bialasiewicz para Getty Images  
Fotografía de la solapa: @ Sergio Parra

*Primera edición: Octubre 2016*

Este libro no podrá ser reproducido, ni total ni parcialmente,  
sin el previo permiso por escrito del editor.  
Todos los derechos reservados.

ISBN: 978-84-945256-9-8  
Depósito Legal: M-33897-2016

© Meridiano Editorial, 2016  
Avda. Nazaret 13, Portal A, 9º D Izda.  
28009 Madrid

Impreso en Estugraf  
Calle Pino nº 5. Pol. Ind. Los Huertecillos  
28350 Ciempozuelos (Madrid)

*A mi madre*

# ÍNDICE

<b>PRÓLOGO</b>	13
----------------	----

<b>INTRODUCCIÓN</b>	17
---------------------	----

## **PARTE 1. SEIS HISTORIAS REALES**

1.1. ¿Por qué estas historias?	25
1.2. Historia de Elisa (Lo invisible a los ojos)	33
1.2.1. ¿Qué es la anorexia?	49
1.3. Historia de Isabel (El patito feo)	53
1.3.1. ¿Qué es el Trastorno de la Conducta	70
1.4. Historia de Pablo (un entorno paradójicamente hostil)	73
1.4.1. ¿Qué es la bulimia?	96
1.5. Historia de Carmen (El precio de agradar)	99
1.5.1. ¿Qué es el trastorno por atracón?	119
1.6. Historia de Lola (El doloroso secreto)	121
1.7. Historia de Clara (Llegando al extremo)	155

## **PARTE 2. COMPRENDIENDO EL PROBLEMA. SU GÉNESIS Y DESARROLLO**

2.1.	Factores de riesgo o de vulnerabilidad	173
2.2.	El vaso se va llenando: Predisponentes	175
2.2.1.	Genéticos y biológicos	175
2.2.2.	Desarrollo y crecimiento	177
2.2.3.	Factores de personalidad	178
2.2.4.	Aspectos cognitivos: las gafas con las que vemos el mundo	193
2.2.5.	Factores familiares: la influencia de la familia en los TCA	214
2.2.6.	Factores sociales	219
2.3.	La gota que derrama el vaso: Desencadenantes	225
2.3.1.	Cambios vitales	225
2.3.2.	El peligro de las dietas	226
2.3.3.	Críticas a su imagen	228
2.3.4.	Influencias de los compañeros y amigos	228
2.3.5.	Visitas a páginas pro-anorexia y pro-bulimia	229
2.3.6.	Situaciones estresantes	229
2.3.7.	Ser víctima de abusos	230
2.4.	Las situaciones no cambian: Mantenedores	231
2.4.1.	Seguir a dieta	231
2.4.2.	Cambios y estresores	231
2.4.3.	Refuerzo social	232
2.4.4.	Ansiedad, obsesiones y rituales	232
2.4.5.	Ausencia del apoyo del entorno	233

## **PARTE 3. GUÍA PARA FAMILIARES Y AMIGOS**

3.1.	Propósito de esta guía	237
3.2.	Ante las sospechas	239
3.2.1.	Empieza tú los cambios	239
3.2.2.	Inicia conversaciones	239
3.2.3.	Habla menos y escucha más	243
3.2.4.	Elige el momento para hablar	243
3.2.5.	Valora tu ánimo después de la charla	244
3.2.6.	Persigue el objetivo	244
3.2.7.	Maneja la incomprensión de los cercanos	245
3.2.8.	Deja de observar o controlar la comida	246
3.2.9.	Considera las fases del proceso de cambio	246
3.3.	El trastorno ya no es una sospecha	253
3.3.1.	Actuar ante los síntomas	253
3.3.2.	Colaborar en las comidas	258
3.3.3.	Relaciones familiares y sociales	262
3.3.4.	Cambios emocionales	266
3.3.5.	Alteraciones de conducta	272
3.3.6.	Comunicación	277
3.3.7.	Tratamiento	283

<b>NOTA FINAL</b>	289
-------------------	-----

### **ANEXO**

Asociaciones de familiares de afectados de trastornos de la conducta alimentaria	291
--	-----



## PRÓLOGO

Casualmente estaba yo pensando cómo llevar a cabo un curso *online* para familiares y amigos de pacientes con trastornos alimentarios, cuando recibí la llamada de Irene para escribir este prólogo.

Irene fue una excelente alumna nuestra en la Unidad de Trastornos Alimentarios que dirigí en el Hospital del Niño Jesús, y unía a sus enormes ganas de aprender y desarrollarse como profesional un estilo personal empático revestido de ciertas dosis de audacia, lo que le permitía ya entonces contactar y trabajar de forma adecuada con los pacientes y sus padres. Tanto las adolescentes como sus progenitores, en nuestra experiencia madres en su mayoría, parecían sentirse muy cómodas con la entonces joven psicóloga. Su simpatía y equilibrio emocional le proporcionaban una distancia óptima para el ejercicio de la psicoterapia.

Desde entonces —hace ya más de quince años—, Irene colabora con la asociación de familiares ADANER (Asociación en Defensa de la Atención de la Anorexia Nerviosa y Bulimia), escuchando y orientando a familias. Su trabajo personal y profesional, unido a la experiencia adquirida durante estos años, han hecho sin duda posible este libro.

«Ana y Mia no quieren ser princesas» está escrito en primera persona y su lenguaje es directo y valiente. Pero es sobre todo un libro riguroso y, aunque no pretende agotar el tema —como Irene insinúa, en realidad hay tantos trastornos como personas—, en la medida de lo posible resulta bastante exhaustivo. Los casos clínicos que presenta ilustran con claridad los diferentes trastornos: anorexia nerviosa, bulimia..., pasando por el menos conocido trastorno por atracón, pero sin olvidar aquellas patologías con manifestaciones y orígenes difusos que se van gestando a lo largo de la existencia de muchos pacientes y condicionando sin duda la vida de estos.

Irene muestra en la descripción evolutiva de los casos una magistral capacidad para las patografías o relatos de historias clínicas. En ellas, su conocimiento, habilidad y empatía nos colocan en un escenario en el que nos envuelven las voces del paciente y las de su familia. Sin duda, gracias a ello, serán muchos los padres, familiares e incluso amigos que se sentirán identificados con las descripciones clínicas y podrán acercarse mejor a estos problemas y así comprender, aceptar y mantener el compromiso de atender a los afectados.

Estas patografías constituyen la principal vía de acceso al libro, especialmente para los lectores más profanos, pero el contenido de este no se queda en ellas. Los relatos clínicos configuran una manera de llamar la atención, introduciendo al lector en el reconocimiento del trastorno e invitándole a la acción. Pero resultarían a todas luces insuficientes sin la descripción psicológica de los diferentes trastornos y de las dificultades cognitivas y emocionales que sufren los afectados y que conducen a ellos. Todo ello sin olvidar un tercer aspecto imprescindible para que el libro adquiriera carácter de verdadera utilidad, y que lo conforman las sencillas y certeras indicaciones de la terapeuta para los cuidadores. Aquí Irene muestra nuevamente su habilidad mediante consejos e indicaciones en las que aplica sus aproximaciones psicológicas con una envi-

diable maestría. De hecho, en esta tercera parte, que la autora titula «Guía para familiares y amigos», incluso nosotros como profesionales encontramos importantes sugerencias en el texto de Irene, que constituyen recomendaciones muy interesantes para aplicar en futuros cursos para el asesoramiento de familiares de afectados por estos trastornos.

Termino este prólogo con entusiasmo. Irene, una vez más, nos sorprende por su capacidad para expresar en pocas líneas un conocimiento profundo de estos temas y de sus pacientes, los auténticos protagonistas. Por mi parte, la invito a formar parte del profesorado del curso para familiares y amigos que está actualmente en preparación, para el cual este libro constituirá sin duda una importante referencia bibliográfica.

Madrid, 10 de Septiembre 2016

Dr. Gonzalo MORANDÉ LAVÍN

Presidente de la Fundación Morandé Lavín  
Director de la Unidad de Trastornos Alimentarios  
del Hospital Universitario del Niño Jesús (1992-2014)

# INTRODUCCIÓN

Llevas tiempo observando que esa persona que tienes cerca, tu hija, tu novio, tu hermana o tu amigo está diferente. Quizá se muestre distante o tenga muchos cambios de ánimo; a menudo está triste o enfadado sin motivo aparente, obsesionado por las notas o por el trabajo, con una actividad frenética o sin ganas de hacer nada.

Es importante que tengas presente que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son alteraciones psicológicas que expresan este malestar a través de la comida. Por lo tanto, es posible que se muestre preocupado por las dietas, el deporte, su imagen física, que no se vea bien con ninguna ropa o se mire constantemente en los espejos revisando su imagen. Seguramente, hayas observado conductas extrañas en su forma de comer: se queja de la comida, insiste en comer menos o elimina algunos alimentos con la excusa de ser excesivamente calóricos o poco sanos. Es posible, también, que se alimente a escondidas, que empiece a comer de forma impulsiva o que ingiera grandes cantidades, contradiciendo sus propias normas alimentarias. El hecho es que algo que no puedes precisar está cambiando en esta persona. Tal vez lleve tiempo sucediendo y os hayáis acostumbrado a que estas actitudes se intensifiquen por épocas, hasta considerar que es su forma de ser. No es en

absoluto de extrañar que incluso la propia persona pueda verlo también de esta manera.

Estas son algunas de las características que podemos observar cuando alguien está padeciendo un trastorno de la conducta alimentaria (TCA). Es importante considerar que no todas las personas reaccionan igual y que este puede no ser detectado por los cercanos, ya que frecuentemente quien lo sufre se esfuerza en esconderlo para no preocupar a los demás o para evitar que se metan en su vida. También es posible que el afectado no sea capaz de relacionar su sufrimiento emocional con el malestar que siente con su cuerpo, peso, imagen... Tal vez, no le de importancia porque crea que es algo que puede controlar o lo experimente como una forma de vida.

No quiero frivolarizar con un tema tan doloroso y complicado como son los TCA utilizando un lenguaje directo y coloquial o apoyarme en titulares «ligeros». Mi intención es desdramatizar, aligerar la carga del proceso porque, aunque haya momentos duros, con confianza y la ayuda del tratamiento podréis superarlos. Me gustaría dar un mensaje de esperanza tanto para quienes lo padecen como para quienes los acompañan. Y es que soy muy consciente del desconcierto, la angustia e incomprensión social que sufren unos y otros.

En nuestra sociedad muchas personas están a dieta. Sin embargo, un afectado por TCA va más allá, los cuidados con la comida no están bajo su control. Cuando esta alteración está en curso no es algo pasajero que desaparece sin más, sino que se mantiene en el tiempo. Lo que has de tener presente es que este malestar puede reducirse o desaparecer con ayuda del tratamiento y con apoyo de las personas cercanas. Pero para convertirte en un apoyo adecuado es necesario que aprendas la mejor forma de hacerlo.

Me gustaría que este libro que hoy empiezas a leer pudiera ayudarte tanto si estás padeciendo este problema como sin tienes cerca alguien que lo sufre. Mi objetivo no es decirte lo que

tienes que hacer, sino ayudarte a que encuentres un camino adecuado para empezar a comprender o hacer algo diferente a lo que hasta ahora has hecho. El paso más importante para iniciarlo es darte cuenta de que hay algo que te está haciendo sufrir tanto si lo padeces como si eres familiar o amigo.

Por eso, insisto en que los objetivos principales de este libro son favorecer la empatía y dar esperanza, tanto a los que sufren el trastorno como a los que están cerca.

El libro tiene tres partes. La primera se compone de seis historias de afectados, en las que relato las vivencias de personas diferentes que sufren el problema. En la segunda, describo la génesis y el desarrollo de los trastornos alimentarios y, por último, en la tercera doy una serie de consejos que pueden servir de orientación y apoyo para la convivencia con el afectado.

Es preciso tener en cuenta que estos trastornos van mucho más allá de un conflicto con la comida y la imagen. Lo que desde este momento no puedes olvidar es que son alteraciones psicológicas, no algo elegido voluntariamente. Considerarlo así tal vez te pueda ayudar cuando observes comportamientos extraños con la comida, el estado de ánimo... Es un problema psicológico que puede afectar a diferentes áreas de su vida, es algo así como unas «gafas» a través de las cuales se ve el mundo.

Pero tampoco debemos olvidar que los trastornos alimentarios (TCA), se pueden superar en un alto porcentaje de casos. Ciertamente, tampoco podemos ignorar que en ocasiones la gravedad del mismo impide a los afectados llevar a cabo una vida normal. Por ello, es necesario tener presente que no existe un diagnóstico único ni una evolución uniforme. Los TCA no son iguales en sus síntomas, gravedad, tiempo de evolución, comorbilidad, etc., existiendo, por tanto, diferentes pronósticos según estas variables. Al igual que ocurre en otras enfermedades o procesos, hay personas que se recuperan, otras que solo lo hacen parcialmente y otras que tristemente no podrán superarlo.

Los TCA no son un fenómeno de nuestra época. Ya en 1689, un médico inglés, Richard Morton, describió por primera vez un cuadro de anorexia. En aquella época fue denominada «consunción nerviosa», y ya entonces se consideró una afección física derivada de alteraciones nerviosas. Casi dos siglos más tarde, entre 1873 y 1874, el médico francés Charles Lasègue y el inglés William Gull realizaron descripciones de este trastorno prácticamente de forma simultánea. Es precisamente a Gull a quien se debe el nombre de anorexia nerviosa. Este además destacó la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial y buscar las causas en la vida de las personas que lo padecían.

Por su parte, Lasègue describió el trastorno casi como lo conocemos en la actualidad. Realizó aportaciones tan importantes como afirmar que las medicinas estimulantes del apetito no funcionaban con estas personas y señaló la necesidad de efectuar cambios en las relaciones familiares de los afectados para recuperarse.

Pero fue a finales del siglo pasado cuando estos trastornos empezaron a extenderse más entre la población y desde entonces su incidencia no ha parado de aumentar. La sociedad en la que vivimos, tan cambiante y exigente, la tiranía del culto al cuerpo... unidas a ciertas características físicas, de personalidad y a determinados sucesos vitales pueden dar como resultado la aparición de este trastorno.

Por otra parte, aunque sin duda la mayoría de los afectados son mujeres, no estamos ante un problema exclusivo del sexo femenino. En las últimas décadas parece haberse incrementado significativamente el número de hombres que los padecen. Sin embargo, parece que la sociedad en la que vivimos es aún más exigente con las mujeres y obliga a estas a intentar ser la mejor estudiante, la mejor profesional, la mejor pareja, la mejor madre... Y, además, a ser la más esbelta. La delgadez, incluso la más extrema, se relaciona con belleza y éxito social.

Todas estas exigencias sin duda contribuyen a la proclividad de las mujeres a sufrir estos trastornos.

Por lo demás, tener unos hábitos sanos es muy positivo, pero eso no solo debe referirse a la alimentación. En nuestra sociedad es habitual la expresión: «me estoy cuidando», cuando alguien está a dieta. Pero cuidarse es algo más amplio. Cuidarse tiene que ver tanto con la mente como con el cuerpo porque ambos están unidos. Por eso, cuidarse es mucho más que alimentarse bien. Es también tener proyectos, cultivar buenas amistades, considerar las necesidades propias, disfrutar de ratos de ocio, desarrollar aficiones con las que disfrutar, pero también montar en bici, bailar, reírse, dar abrazos... Así que la próxima vez que digamos «me estoy cuidando» es conveniente que reflexionemos sobre a qué nos estamos refiriendo.

Termino esta introducción agradeciendo lo aprendido a nivel profesional, pero sobre todo humano. Me gustaría hacer mención especial al doctor Morandé y al equipo de profesionales de la Unidad de Trastornos Alimentarios del Hospital Niño Jesús de Madrid y a los miembros de la junta directiva, compañeros y familias vinculadas a la asociación ADANER. Por último, también quisiera dar las gracias a mis pacientes y a sus familias, los cuales me han dado la posibilidad de acercarme a su realidad, que va más allá de lo que puede expresar ningún texto. Sin todos ellos este libro no habría sido posible.



**PARTE 1**  
**SEIS HISTORIAS REALES**

## 1.1. ¿POR QUÉ ESTAS HISTORIAS?

En esta primera parte del libro, vais a leer seis historias basadas en mi experiencia clínica. Su sentido es poder acercaros a la realidad de diferentes personas que padecen trastornos alimentarios (TCA). El objetivo es que os ayuden a empatizar con los afectados, mejoren vuestra relación y os den esperanza. Como veréis, los protagonistas de las historias son diferentes en edad, sexo, sintomatología, personalidad, relaciones familiares y sociales. Por lo demás, estos relatos no reflejan todos los casos ni todas las situaciones. Evidentemente, hay que tener en cuenta que no existen dos personas iguales, como tampoco lo son quienes padecen TCA.

He procurado no concentrar mi atención en los casos más extremos. Afortunadamente, no son la mayoría. Considero que centrarme en el morbo que producen determinadas imágenes puede distorsionar o alejar lo que son estos problemas. Eso no significa que las historias difundidas por los medios de comunicación no hayan podido contribuir a crear una conciencia social. Por otro lado, he intentado tener en cuenta la petición de algunas de mis pacientes cuyo deseo es ver reflejada su cotidianidad, porque es en ella donde viven el problema.

En las historias se puede apreciar cómo las características de personalidad (introversión, autoexigencia, impulsividad, deficiente manejo emocional...), los aspectos familiares y sociales y los sucesos vitales, pueden conducir a una persona a desarrollar un TCA. Esto es así porque el trastorno se convierte de manera inconsciente en la única forma de restablecer su equilibrio emocional.

Los protagonistas de las historias tienen características comunes, diferentes o contrarias. Por ejemplo, la anorexia y la bulimia se pueden considerar las dos caras de una misma

moneda, del mismo modo que estas seis historias podrían ser como las caras de un cubo: comportamientos extremos y opuestos, aunque igualmente dolorosos para quienes los padecen. Nos encontramos, por ejemplo, con las conductas contenidas y la restricción alimentaria de Elisa y Clara, frente a los comportamientos expansivos y los atracones de Pablo y Lola, del mismo modo que apreciamos una mayor conciencia de sufrimiento en Isabel, frente a una apariencia de normalidad en el caso de Carmen.

Por otro lado, también se pueden distinguir aspectos comunes. Por ejemplo, el aislamiento, la soledad, la ocultación de los síntomas alimentarios y la dificultad de aceptar su problema, llevados hasta el extremo en los casos de Lola y Clara. Pero la «anestesia emocional», el no sentir, que consigue Pablo ante su malestar huyendo a través las drogas tal vez sea una «anestesia» similar a la que sienten Carmen y Clara cuando no piensan en sí mismas y hacen lo que deben. Y la introversión de Elisa e Isabel y sus dificultades sociales, que no dejan de ser una protección ante su hipersensibilidad en un mundo que perciben hostil, que no las comprende...

## **Breve resumen de las historias**

### **Historia de Elisa**

Padece anorexia. Su historia representa la imagen quizá más típica y conocida de estos trastornos. Una adolescente que siente que tiene que sostener un estatus de perfección y se esfuerza por mantenerlo a costa de todo. Ha de seguir siendo la hija perfecta. Los síntomas se agravan con bastante rapidez, en pocos meses. En el momento que se declara el trastorno se siente desbordada por dos sucesos: el fallecimiento de su abuela y la depresión de su madre. Pero Elisa evoluciona positivamente

en la aceptación del trastorno y colabora en su hospitalización domiciliaria.

### **Historia de Isabel**

Es una joven que padece un trastorno inespecífico de la conducta alimentaria. Se compara constantemente y al no verse perfecta se siente inferior. Isabel relaciona directamente su apariencia física con su inseguridad. Tiene mayor conciencia que Elisa de sus emociones, aunque no sabe manejarlas. Lo vive todo como algo dramático y comer calma su intensidad emocional. El trastorno da la cara de forma solapada, mezclado con su fuerte ansiedad. De hecho, será su problema de ansiedad ante los estudios, más que su problema alimentario, lo que la lleve a tratamiento.

### **Historia de Pablo**

Es un adulto que padece bulimia. Tiene un carácter extrovertido y abierto. Desde pequeño ha practicado la huida para no sufrir. Es su mecanismo de defensa para no tener conciencia de lo que vive. De niño, jugaba; de adolescente, se evadía en el ordenador; y de adulto, bebe, consume... Se siente diferente, incomprendido por su familia y considera que los decepciona. No tiene estrategias para lograr lo que quiere y sí dificultades de autocontrol. El acoso laboral, la depresión y las críticas a su imagen, contribuyen a su insatisfacción. La ruptura de pareja, las dietas y el ejercicio físico excesivo son los precipitantes que le hacen llegar a padecer bulimia y sufrir adicciones.

## **Historia de Carmen**

Es una mujer madura que padece trastorno por atracón. Este tipo de historia quizá sea el menos conocido de los TCA. Su problema con la alimentación, unido a síntomas depresivos, se va desarrollando de forma difusa y le conduce a padecer obesidad. Aprende a renunciar a sus sueños y quiere agradar a todo el mundo, algo que le pasa factura. Su forma de ser, forjada en una cultura algo anticuada hoy, influye en sus comportamientos. Aunque es cierto que las personas con estos problemas, independientemente de la generación a la que pertenezcan, tienen dificultades para poner límites, considerar sus necesidades y aprender a cuidarse. De hecho, los trastornos por atracón no solo los padecen personas maduras.

## **Historia de Lola**

Padece fundamentalmente bulimia, pero atraviesa fases de otras alteraciones alimentarias. Se siente al margen de su familia y tuvo problemas académicos y sociales en su adolescencia. Posee un carácter susceptible, brusco e incluso agresivo, lo que no facilita que la comprendan. Tiene serias dificultades para dejarse a ayudar, algo que condiciona su vida y la de su familia. Todo ello le conduce a tener problemas de salud, aunque no le impide ser madre. Llega a desarrollar ideas autolíticas e incluso tiene algún intento de suicidio. El apoyo y comprensión de su pareja le dotarán de una confianza para luchar contra su problema.

## Historia de Clara

Padece una anorexia grave a una edad adulta. Ha tenido varios ingresos hospitalarios por bajo peso y problemas de salud. Incluso ha sido internada por orden judicial. A pesar de estas experiencias, no logra reconocer su trastorno, dejarse ayudar ni seguir las recomendaciones de tratamiento. También sufre un trastorno de personalidad que le conduce a controlar de forma obsesiva. Lleva hasta el extremo la dieta sana, el ejercicio, su carrera profesional y cuidar de su padre enfermo. Rompe su matrimonio y se aleja de todo y de todos. Evita sus sentimientos. El supuesto control de su cuerpo le da seguridad y la protege de sentir dolor emocional.

Espero que después de leer estos relatos podáis eliminar algunas creencias equivocadas sobre estos trastornos. Mi objetivo es que tras la lectura de las historias que os muestro a continuación, podamos dejar de lado ciertas ideas erróneas que orbitan alrededor de los TCA y que comprendamos, al menos, lo siguiente:

- \* Estos trastornos van más allá de la comida, son enfermedades que perturban la vida de quienes los padecen. Lo que vemos desde fuera, los síntomas con la comida o el ejercicio, son solo la punta del iceberg de lo que les sucede. El problema es psicológico y mucho más serio y profundo.
- \* Padecerlo no es una decisión de la persona. Estos trastornos no aparecen de repente y van mucho más allá de querer estar delgado. No son un capricho, ni una llamada de atención, ni es cuestión de vanidad o de querer ser modelos...
- \* Quienes los sufren experimentan un malestar interno, aunque a veces no sepan expresarlo o pedir ayuda. Se

sienten solos, tristes, ansiosos... Si resultan egoístas o manipuladores, no lo son de por sí, sino a causa del trastorno de la conducta alimentaria (TCA).

- \* La apariencia externa puede ser o no saludable. Estas personas pueden tener un bajo peso, peso normal, sobrepeso u obesidad.
- \* Aunque la edad de inicio más común es en la adolescencia, también podemos encontrar adultos que los sufran.
- \* La mayoría son mujeres. Sin embargo, también hay hombres que lo padecen.
- \* La recuperación implica recibir tratamiento y va más allá de conseguir un peso adecuado. El aprovechamiento del mismo depende de la aceptación del problema por parte del afectado. Para ello necesitará atravesar etapas en la conciencia de su alteración. La recuperación es larga y suele implicar varios años.
- \* La comprensión y el apoyo adecuado de familiares y amigos es una ayuda fundamental dentro del proceso de recuperación.
- \* Las críticas a la figura del afectado o a su relación con la comida suelen generarles problemas. Por ello, ante la duda, mejor hablar de otras cuestiones y no hacer referencia a estos aspectos.
- \* La vida de las personas que padecen TCA se ve alterada en diferentes áreas. Situaciones que podemos considerar simples como vestirse, salir a la calle, comprar ropa, ir a clase, al trabajo o una reunión familiar, pueden convertirse en un auténtico desafío.
- \* Y, sobre todo, lo más importante: aunque se les pueda (y en muchos casos se les deba) expresar una opinión o límite, no olvidemos que estas personas, al igual que los demás, pero quizás en mayor medida, necesitan amor y comprensión, no juicios. No lo olvidemos nunca.

Y ahora que disponemos de la dosis de empatía necesaria, sumerjámonos en las historias y en las vidas de estas personas que nos están reclamando en silencio.



## 1.2. HISTORIA DE ELISA

*Elisa tiene catorce años y está cursando 3º de la ESO. Es alta y morena con unos grandes ojos verdes, que es lo que más le gusta de ella y quizá lo único. Siempre fue una niña delgada, buena estudiante con notas muy altas, responsable, buena amiga de sus amigas, obediente y dócil.*

*Preocupada por las notas, todas las tardes hacía los deberes y no paraba de repasar hasta que estaba absolutamente segura de que se lo sabía todo. Cuando empezó la ESO, comenzó a levantarse antes por la mañana para estudiar. Cada vez tenía más dudas de poder superar los exámenes y se angustiaba si no lograba la nota esperada. Una calificación por debajo del sobresaliente se convertía en un auténtico drama y entraba en un estado de tristeza que favorecía su inseguridad y le generaba pensamientos de incapacidad, algo que superaba estudiando mucho más. Y aunque las calificaciones mejoraron, Elisa estaba cada vez más preocupada por sus estudios y nunca le parecía que su esfuerzo fuera suficiente.*

*Sus padres se sentían muy orgullosos de esa niña tan responsable. Los profesores alababan sus éxitos en clase y la ponían como ejemplo en el aula. Sus compañeros no comprendían porque se entristecía tanto cuando no alcanzaba la calificación esperada e incluso alguno se burlaba de ella. Se sentía sola e incomprendida.*

*Elisa no tiene hermanos, nació cuando sus padres eran mayores y habían abandonado la esperanza de tener hijos. Fue un regalo para ellos y para toda la familia. Tan buena, tan ordenada, tan estudiosa, tan constante, tan dulce, tan guapa, tan lista... un ejemplo continuo para sus primos.*

*Los padres, conscientes de las capacidades de su hija, le exigían buenas notas, incluso en materias en las que no destacaba.*

*Pero la veían tan abatida cuando no obtenía altos resultados que solo podían apelar a su voluntad para animarla: «Tú eres capaz de mejorar, si te esfuerzas», «Puedes conseguir todo aquello que te propongas».*

*También favorecían la matriculación en actividades extraescolares como inglés y alemán. Querían darle todo lo mejor para que tuviera un futuro prometedor. Ella acudía contenta y también era un ejemplo para sus compañeros, siempre tenía los deberes hechos y alcanzaba buenas notas.*

*Al tiempo, Elisa quiere mucho a sus abuelas y se siente preocupada por su salud. Va a visitarlas todas las semanas, algo que ellas agradecen y la convierten de nuevo en un ejemplo para sus primos.*

*Tiene una amiga del alma, Teresa, desde que entró en infantil. Es como su hermana, le cuenta todo y confía plenamente en ella. Con los demás compañeros se siente tímida e insegura.*

*Pero Teresa no para de hablar de chicos y ella se siente incómoda. Ya no quiere hacer las cosas que le gustaban antes: patinar los sábados, pasear a los perros por las tardes, ver películas juntas... No le dice nada, pero nota cómo se va alejando de ella y tiene otras amigas nuevas. Cuando Teresa está con estas chicas, no es la misma. Se ríe, dice tonterías e incluso habla de hacer botellón. Elisa se queda sola dentro del grupo y pone excusas para no salir.*

*A menudo, siente que no le gusta su cuerpo. De pequeña se veía guapa pero, últimamente, no se ve bien delante del espejo. En clase tiene muchas compañeras que solo hablan de lo gordas que están y no paran de comentar dietas y trucos para parecer más delgadas. Elisa se siente como un bicho raro.*

*Acaban de terminar los exámenes de la primera evaluación y ya no tiene nada que estudiar. Es viernes y se siente sola, le apetecería llamar a Teresa para ir a dar una vuelta, pero no se atreve, sabe que va a quedar con sus amigas nuevas y los chicos. Está sola en casa, su padre está en el trabajo y su madre está en el*

*hospital con su abuela, que ha tenido un problema de salud. Da vueltas por las habitaciones, sin nada que hacer hasta que por fin se pone a leer. La lectura se ha vuelto su refugio. Sus padres se retrasan y por fin la llaman para decirle que la abuela está peor y que llegarán tarde, que cene y no los espere levantada. A la mañana siguiente, su abuela ha empeorado, oye como su padre habla con alguien por teléfono y así se entera de que lo peor está a punto de ocurrir. Su padre le pide que lo acompañe al hospital, cuando llegan la abuela ha fallecido y no ha podido despedirse de ella. Elisa siente como si una apisonadora le pasara por encima, quiere llorar pero no puede, se queda quieta, como congelada, es como si no pudiera sentir. Solo piensa en lo mal que estará su madre.*

*Son días difíciles, su madre está muy triste y apenas habla. Está de baja por depresión, pasa mucho rato en la cama, casi no come y se está quedando muy delgada. Ha dejado de cocinar. Ahora es su padre el encargado de hacerlo y la mayoría de las veces es algo precocinado que a Elisa no le gusta. Su padre le dice que no se preocupe, que salga y disfrute con sus amigas: «Eres joven y es lo que tienes que hacer, mamá se recuperará, es cuestión de tiempo», «Tienes que estar alegre para mamá». Elisa procura estar contenta para que su madre se anime y, como ya no sale con Teresa, se va al parque a leer para que sus padres no la vean en casa. Por las noches llora en su habitación.*

*Un día, nota que tiene cerrado el estómago y se va sin desayunar. Un día lleva a otro, hasta que son varios los que no desayuna. Hoy cuando ha llegado la hora del recreo, se da cuenta de que ha olvidado el bocadillo. Sus compañeras comen fruta y la admiran por no tomar nada. Ella se siente bien, a medio día come sola en casa. Pica un poco del primero, toma el segundo y deja el postre. Por la noche cena con sus padres, pero menos que antes. Empieza a pesarse cada día y descubre que ha perdido peso. Eso le hace sentirse bien. Sus compañeras le dicen que delgada está guapa y ella se siente feliz. Les comenta que está*

*dejando de comer y prometen hacerlo juntas. Pero ellas no lo consiguen. Ser capaz le hace sentirse especial y admirada.*

*Elisa se mantiene sin desayunar, sin tomar nada a media mañana, casi no come a medio día, deja de merendar y solo cena un poco. Les dice a sus padres que tiene que comer más sano, nada de fritos, ni de dulces, que la carne le sienta mal, que prefiera comer pan tostado y no el de barra... Come despacio, trocea mucho los alimentos, juguetea con ellos, los esparce... Y siempre se deja algo en el plato, alegando que es mejor para la digestión.*

*Estudia más por las tardes y alcanza más sobresalientes, los profesores la felicitan, eso la anima a seguir. Tiene la báscula debajo de la cama y se pesa varias veces al día para comprobar sus avances. Perder peso es lo único que le hace sentirse feliz. Ya no le importa tanto no quedar con Teresa y cuando esta la invita a hacer algo juntas, pone la excusa de que tiene que estudiar. Ahora, tiene otras amigas en la red que la comprenden y la animan.*

*Un día, la madre la ve salir de la ducha y se queda preocupada ante su delgadez. Le dice que no es bueno no comer pan, ni carne, ni legumbres. La madre vuelve a cocinar, está más pendiente de lo que come su hija y comienza a incluir más veces en el menú semanal arroz y pasta.*

*Elisa se siente acorralada, tensa y enfadada por esta vigilancia y desarrolla estrategias para ocultar la comida, que luego tira. Sus padres se enfadan cada noche por lo poco que come y empiezan a castigarla si no termina todo lo que hay en el plato. Le dicen que si no cambia la situación van a tener que llevarla al médico. Elisa se enfada y dice que son ellos los que comen mal y están llenos de grasa. Al final, terminan yendo al médico, que le manda unos análisis y le explica la necesidad de hacer una comida variada para estar bien nutrida. En consulta no dice nada, pero, luego, en casa se enfada con sus padres y se niega a cenar, con el pretexto de estar muy nerviosa y tener que estudiar.*

*Los análisis están correctos y Elisa se siente victoriosa. Los resultados se vuelven una prueba para demostrar a sus padres*

que son ellos los equivocados. Pasa un mes y sigue adelgazando. Vuelven a decirle que tienen que ir al médico, ella se niega, teme perder los logros de los últimos meses. Ahora que todo marcha tan bien, que se siente más aceptada por el grupo y sus notas han mejorado, tiene miedo de que le hagan comer. Obligada, vuelve con sus padres al médico, el cual los deriva al centro de salud mental. Elisa, estalla al salir del ambulatorio y grita: «¡Yo no estoy loca!», «¡Mamá, tu eres la culpable de todo!».

Los padres sienten que no conocen a su hija. La niña dulce ha desaparecido, se encierra en su habitación, no habla apenas y se enfada por todo. La madre no para de repetirle que si no come más se va a meter en un problema. Tienen bronca en cada comida y terminan gritando las dos. El padre se enfada también con su hija y le dice que con lo que están pasando en casa no es momento para hacer tonterías y que haga el favor de comer por su madre. Después, a solas, también se enfada con su esposa: «Son cosas de adolescentes, deja de presionarla tanto con la comida, se le pasará».

En la visita al centro de salud mental, el diagnóstico es de anorexia nerviosa y comienza tratamiento con el psiquiatra y el psicólogo.

Elisa ve el tratamiento como un castigo y se refuerza en la idea de que lo único que quieren es que engorde. En las sesiones apenas habla y no reconoce que tenga ningún problema con la comida, ni que esté nerviosa, ni muy preocupada por el peso y los estudios, ni la angustia ante los exámenes, ni tener problemas con su amiga...

Solo habla de que sus padres le están amargando la vida con su preocupación con que engorde. La derivan a endocrinología y nutrición. Ella piensa: «Si los loqueros son malos, esto es mucho peor». Las visitas al nutricionista son una tortura, tiene que enfrentarse continuamente a la báscula, no le dejan ver las cifras pero sabe que están ahí. Por otra parte, las cosas en casa no han mejorado. Los padres empiezan a discutir más a menudo. El pa-

*dre se refugia en el trabajo y la madre a su vez se siente sola e incomprendida.*

*Elisa sigue perdiendo peso y la llevan al hospital. Allí les proponen a ella y a sus padres un tipo de tratamiento llamado hospitalización domiciliaria. Este tratamiento exige que Elisa se comprometa a llevarlo a cabo. Sus padres serán como sus enfermeros, le explican: «Te darán la comida y se encargaran de que sigas las normas que te daremos. Seguirás un menú, habrás de hacer reposos, tendrás restringidas las actividades y salidas, dejarás las clases por un tiempo breve... Si todo va bien, en menos de dos meses volverás a tu vida normal, aunque seguirás en tratamiento. Si no logras mejorar tendremos que ingresarte en este hospital». Sus padres aceptan encargarse y seguir las normas. A Elisa no le gusta la idea, pero lo prefiere a quedarse ingresada.*

*Es casi final de curso y este tratamiento va a suponer perder clase y no hacer los exámenes. Además, todos sus compañeros van a enterarse de que esta enferma. No quiere que nadie sepa nada. Las normas que dan a sus padres son muy rígidas. Tiene que comer varias veces al día un menú en el que no puede hacer ningún cambio y luego reposar la comida. Le han restringido todas sus actividades, hasta chatear con amigas. Lo único que le dejan hacer al principio es escribir un diario. Cada semana acude al hospital dos veces, la pesan, hablan con ella y le preguntan a sus padres. Si ha mejorado le permiten hacer alguna actividad que le gusta. Al principio el tratamiento se le hace duro, pero conforme va mejorando y va consiguiendo que le dejen hacer cosas, se anima. En un mes y medio, puede hacer vida normal, aunque tendrá que seguir en tratamiento.*

*Cuando comienza 4º de ESO ya puede volver a clase. Le preocupa lo que piensen sus compañeros, dice que ha estado enferma del estómago y que por ello no pudo presentarse a los exámenes de junio. Sigue acudiendo a tratamiento. Por un lado, tiene pánico a engordar y sigue restringiendo y, por otro, tiene terror a que la ingresen. Sigue un menú diseñado por el nutricionista,*

*pero teme que su madre la engañe añadiendo aceite, poniendo tocino en los caldos... Lo peor son los fritos. Cuando tiene la carne o el pescado en el plato los envuelve en papel de cocina para que no quede nada de aceite. A veces, nota como su madre la mira cuando come. Eso la tensa y enfada. Además, tiene que comer acompañada y lo odia. Otras veces, sentir la obligación de alimentarse le quita la responsabilidad y le ayuda a luchar contra su enfermedad.*

*El peor momento es cuando sus compañeros van a tomar pizza. Elisa aún no puede comer fuera de casa, todo son grasas y calorías. Solo el olor de la pizzería le revuelve el estómago. Y la relación con Teresa no es como antes. Ya no han vuelto a salir juntas aunque, poco a poco, están retomando contacto. Elisa quiere contarle que ha estado ingresada pero teme su reacción, que la mire como a un bicho raro, como a una loca... Siente vergüenza.*

*Su madre ha empezado a acudir a un psicólogo y discuten menos. Pero Elisa sigue pensando que su madre no la entiende. Le preocupa que sus padres discutan por su culpa. Su padre no comprende por qué tiene que ir al psicólogo, le repite: «Tú eres una chica fuerte, puedes salir de todo».*

*Poco a poco, va aceptando que algo le sucede, aunque no habla de ello en casa. Pasarán unos años para que pueda recuperarse. Tendrá que ir atravesando etapas de la vida, fases de la evolución dentro del trastorno y aprender estrategias en el tratamiento para afrontar los retos del futuro.*

## **Lo invisible a los ojos**

Acabamos de leer la historia de Elisa, que padece anorexia. Vemos cómo el trastorno no surge de repente, se va gestando de forma silenciosa a los ojos de la protagonista y de su familia.

Por eso es tan difícil de entender que esa niña dulce se convierta en alguien desconocido para sus padres.

Es una chica estudiosa, inteligente, buena amiga, cariñosa, preocupada por sus abuelas, pendiente de que sus padres se sientan orgullosos de ella... Para su familia es un modelo y un ejemplo para sus primos. Tal vez mucha presión. Cierto que no todas las personas exigentes y dependientes de estar a la altura que les marca el entorno van a padecer anorexia, pero es una característica. Además, es una chica introvertida que no cuenta sus preocupaciones, seguramente porque no las identifica, tal vez no le parezcan importantes, quizá las considere una debilidad... Ella solo muestra su agobio por las notas.

Voy a intentar ir explicando lo que sucede en los momentos previos a la aparición de trastorno.

Elisa se encuentra tensa por sus calificaciones y triste por el cambio de relación con Teresa. Para ella son situaciones muy estresantes. Las notas son buenas, pero ella no se siente satisfecha, aunque consiga estupendos resultados. Se esfuerza por mantener un estatus de perfección y no defraudar a nadie. Las alabanzas de los profesores, lejos de relajarla, la presionan. No debe bajar sus notas, ella es capaz de sacar sobresalientes, si no lo hace es que no se ha esforzado lo suficiente. Los comentarios de sus padres cuando la ven nerviosa: «Tú eres capaz de mejorar, si te esfuerzas», «Puedes conseguir todo aquello que te propongas», refuerzan, sin saberlo, sus ideas de perfección. Es decir, no puede permitirse fallar. A su exigencia le sumaríamos la dificultad para manejar la frustración de no obtener las mejores calificaciones.

Los problemas con amigos nos afectan a cualquier edad, pero a los catorce años sentir que se pierde a la amiga del alma es muy duro. Por otro lado, aunque Elisa se relaciona bien con sus compañeros, se siente tímida e insegura en grupo. A todo ello tendremos que sumar los cambios que se producen en la adolescencia: las pandillas, los chicos, saltarse las normas, las



transformaciones corporales... Su cuerpo está cambiando y ya no se ve guapa en el espejo. Surgen además emociones más complejas que le resultan difíciles de entender y manejar. Quizá no las identifique o no sepa cómo manifestarlas, pero se siente muy asustada ante estas modificaciones. Los cambios producen angustia en las personas que quieren controlar las situaciones. Las personas con TCA tienen esta ilusión de control. Elisa también tiene esta tendencia y sufre aunque no sea consciente de que la vida es un constante cambio y más en la adolescencia.

En este momento es cuando suceden dos acontecimientos importantes: el fallecimiento de su abuela y la depresión de su madre. Ambas situaciones estresantes pueden contribuir al comienzo de un TCA.

El padre, con su mejor intención, quiere que su hija esté bien y que no le afecte el fallecimiento de su abuela y la depresión de su madre. Sin embargo, nadie elige cómo le afectan las situaciones. La frase: «Tienes que estar alegre para mamá» no ayuda a que Elisa exprese sus sentimientos: pena, angustia... y pueda atravesar el duelo. Se siente mal aunque no sabe lo que le pasa, no puede expresarlo ni pedir ayuda. Por otro lado, intenta no dar problemas o preocupar a sus padres.

En este momento y casi de forma azarosa, empieza a reducir su ingesta, a desarrollar manías a la hora de comer y a prohibirse alimentos. Aunque Elisa no sea consciente, los acontecimientos familiares, sociales, académicos... la desbordan. No sabe cómo afrontarlos y considera que es su cuerpo lo único que puede controlar. Estar pendiente del peso, de una forma no consciente evita que piense en los problemas, la preocupación por su madre, las notas, la ausencia de Teresa... y también que sienta dolor por la muerte de su abuela. Se centra en controlar lo que come y se aísla.

El aislamiento social y de la familia pueden ser una fase dentro de los TCA. La persona se aleja de las situaciones que le

generan conflicto porque siente que no las controla. Además, así evita comentarios hacia su forma de comer y su obsesión por las notas. Al esforzarse tanto en los estudios piensa que hace lo que debe y se vuelve cada vez más perfeccionista. Se siente poco comprendida por su entorno y encuentra en la red personas afines a ella.

Desgraciadamente existen unas páginas web que llegan a convertir la anorexia en un estilo de vida. Son conocidas como Pro-ANA (Ana~anorexia) y Pro-MIA (Mia~bulimia). En ellas se difunden consejos para conseguir los objetivos de la pérdida de peso. Son muy peligrosas para los adolescentes, especialmente en las etapas de aislamiento social. La red ofrece un anonimato que fomenta la ausencia de responsabilidad de lo escrito.

La madre descubre la delgadez de su hija e intenta ayudarla de la manera más lógica: haciendo que coma. Esta opción funcionaría si no estuviéramos ante un trastorno mental. Pero la obligación y el castigo por no comer no son la solución para una persona que padece TCA. Recordemos que estamos ante una alteración psicológica. Los acuerdos y compromisos en materia alimentaria los dan los profesionales en el contexto del tratamiento. Cuando esto es iniciativa de la familia, sin que el afectado lo acepte, suele generar enfrentamientos.

Poco a poco, la anorexia se va haciendo fuerte dentro de Elisa. Cada vez tiene más ideas distorsionadas sobre la alimentación y más pánico a engordar. Este miedo le hace no querer ir al médico ante la posibilidad de que le hagan recuperar peso. También es necesario tener presente que un tiempo prolongado a dieta sin control experto altera el razonamiento. Por lo que la primera visita al médico y sus recomendaciones no funcionan. Además, las analíticas no revelan el problema, con lo cual Elisa se refuerza en la idea de que está bien y son sus padres los equivocados. No es extraño, a pesar de lo que pueda parecer, que los resultados de los análisis de alguien que pade-

ce anorexia sean adecuados. El origen de estos problemas no es físico. Por lo tanto, no en todos los casos el organismo se verá afectado y menos al comienzo del problema. Evidentemente es necesario hacer pruebas para descartar otras patologías o problemas derivados de la restricción alimentaria, porque a pesar de que es un problema psicológico puede tener consecuencias físicas, en ocasiones incluso graves. Además del apoyo médico, Elisa necesitará un tratamiento psicológico y farmacológico (psiquiátrico). La medicación, en este caso concreto, le puede ayudar a reducir su ansiedad y obsesión.

Elisa no le ve sentido al tratamiento, está convencida de que su nuevo estilo de vida le hace ser más exitosa. Siente que tiene control sobre las situaciones, como si estar delgada le hiciera conseguir todo lo que quiere: excelentes calificaciones y admiración de sus compañeras. Recuperar peso significaría perder lo que tiene. Por ello, como vemos en la historia, incluso se enfada cuando se enfrenta a la realidad médica. La enfermedad se hace más fuerte en su interior, sufre cambios de ánimo y es difícil reconocer a la persona que era antes. Al desarrollo del trastorno, habría que añadir en este caso los cambios de ánimo y de conductas tan típicos de la adolescencia.

El tratamiento ambulatorio no da sus frutos, Elisa no consigue mejorar porque no es una cuestión de voluntad, algo que ella tiene de sobra. El aviso de ingreso se convierte en una tortura. Si en las visitas al centro de salud no le recuerdan que tiene que esforzarse, deduce que ha recuperado peso, y si la instan a que coma sabe que podría terminar ingresada, algo que teme. Por lo tanto, pase lo que pase, en las consultas, especialmente en la de nutrición, termina enfadada y discutiendo con su madre.

La madre de Elisa considera que su marido no es consciente de lo que está sucediendo y no encuentra su apoyo. Siente mucha angustia y miedo ante las posibles consecuencias si su hija sigue así. Todo ello la lleva a que se muestre más exigente con

su hija a la hora de comer, generando tensión constante entre las dos y no favoreciendo que la situación cambie. Solo hablan de comida y ahí su hija no razona. Estas situaciones solo crean mayor distanciamiento y soledad en ambas. Además, probablemente se sienta culpable y se pregunte que ha podido hacer mal al educarla. La madre necesita ayuda para entender como tratar a su hija y tratamiento para su depresión y ansiedad.

El padre no puede ver lo que está sucediendo, tal vez por no querer reconocer una realidad que le preocupa, posiblemente porque no puede aceptar que su inteligente hija tenga un problema mental, quizá porque siente que ha fracasado en cuidar a su familia... Sin embargo, la actitud de no presionar con la comida, puede ser positiva y un freno para la actitud de la madre. Pero para ello tendrá que asumir lo que está pasando y poder comunicarse con su esposa, logrando así que ella pueda escucharle. El padre también necesita ayuda para aprender a tratar la situación de otra forma.

El tratamiento ambulatorio en el centro de salud mental no funciona. La pérdida de peso de forma significativa es uno de los criterios de ingreso, aunque no el único. La restricción alimentaria pone en riesgo la salud de Elisa y es derivada a una unidad de trastornos alimentarios. El protocolo de tratamiento propuesto es el hospitalización domiciliaria. Es una opción al ingreso que pueden ofrecer algunos hospitales. Personalmente, conozco el que se realiza en la unidad de trastornos de la conducta alimentaria del Hospital Universitario Niño Jesús de Madrid. Este se puede llevar a cabo si se cumplen una serie de requisitos: que el paciente no se encuentre en riesgo vital, que no tenga conductas suicidas y que dos familiares se comprometan a seguir las normas exigidas por el protocolo de tratamiento. El procedimiento dura de seis a ocho semanas y es necesario acudir dos veces en semana al hospital para revisar la evolución del paciente. A los cuidadores se les proporciona la dieta a seguir y ellos serán los responsables de administrár-

sela de forma exacta al paciente. Además, han de comprometerse a acompañarle en las comidas, en un tiempo pautado, así como encargarse de que respete los reposos posteriores a la ingesta. Las actividades que el paciente podrá realizar también están restringidas. La dedicación de los cuidadores (los padres, en el caso de Elisa) es a tiempo total. Igual que otros pacientes, según Elisa vaya mejorando podrá conseguir «privilegios» hasta recuperar las actividades normales. Es fundamental aclarar que este tratamiento lo diseñan los expertos. Los familiares no deben realizarlo de forma aleatoria y sin estar asesorados por los profesionales.

Poco a poco, Elisa va recuperando su vida anterior y puede retomar sus estudios, si bien sigue en tratamiento. Sin embargo, aunque su vida ya no esté en riesgo, el problema sigue ahí. Continúan presentes la obsesión por las calorías, el pánico a engordar, la ansiedad por los estudios, las relaciones sociales, la preocupación por no defraudar a sus padres, la culpa por ser débil y estar en tratamiento, el duelo por su abuela, la soledad de sentirse incomprendida... Elisa no habla, no le cuenta a nadie lo que pasa por su cabeza.

Las personas diagnosticadas de anorexia suelen llevar una dieta indicada por expertos en nutrición. Son pautas para mitigar su terror a las comidas calóricas, pero sin dejar de estar bien alimentadas. Aun así, en muchas ocasiones no son capaces de llevarlas a cabo, lo que tensa el ambiente en las familias. Los padres habrán de mantener la calma, seguir estas pautas de tratamiento y entender que el problema va más allá de la recuperación de peso. La enfermedad está detrás, condicionando su vida.

Por todo lo expuesto, una comida fuera de casa se vuelve un auténtico problema. Cómo no, ¡si desconocen el número exacto de calorías que contiene la comida!

La celebración del cumpleaños de una compañera se convierte en un drama para Elisa. El pánico a engordar le impide

salir y relacionarse. Comer en un restaurante significa no tener control sobre cómo estén preparados los alimentos y eso la aterra, solo se siente algo menos insegura comiendo en casa.

Por otro lado, no encuentra un posible apoyo en sus amigos, debido a que no se atreve a contarles lo que le sucede. Teme no ser comprendida o sentirse criticada y seguramente interpreta estar en tratamiento como una debilidad. Aún no acepta que lo que le sucede no tiene que ver con su voluntad, es un trastorno, no una elección. La dificultad de hablar sobre lo que está viviendo evita que pueda relacionarse. Lo más habitual es que los amigos dejen de contar con ella para hacer cosas y eso hará que se sienta más sola e incomprendida, creándose así un doloroso círculo vicioso. Además, está afrontando un momento complicado, está nerviosa, confusa... Nunca sabe si le va a apetecer salir con amigos. Según cómo se levante y se sienta frente al espejo podrá salir o no, porque la percepción de sí misma cambia constantemente. Cuando se siente gorda no se atreve a salir a la calle, siente que todos la miran y pueden verla como una gorda. Ella considera que los demás la ven como ella se ve a sí misma, con sus críticos y distorsionados ojos. Salir o no con amigos, incluso ir a clase, va a depender de cómo se vea en el espejo por la mañana. Este verse bien o no, no está en relación con su vista, sino con sus emociones. Es decir, si está más preocupada por los estudios, si pesa un kilo más o ha tenido una discusión en casa, se ve peor en el espejo. Está hipersensible y todo le afecta para mal. Por ejemplo, la frase de su padre: «Tú eres una chica fuerte, puedes salir de todo» por un lado, refuerza su confianza pero, por otro, según expresan algunos afectados, estas expresiones les impiden manifestar sus problemas o mostrar sus bajones de ánimo. Es como si al ser fuertes no pudieran tener problemas o momentos de tristeza o confusión. Piensan que defraudan cuando no avanzan en la recuperación.

El proceso está lleno de avances y retrocesos, forma parte de la evolución de estos trastornos. También hay que seña-

lar que los avances se van produciendo despacio y de forma tan sutil que cuesta verlos desde fuera. Centrarse solo en los progresos relacionados con la obsesión por la figura es desesperanzador, porque este «terror» acompañará a la persona bastante tiempo, quizá sea lo último que cambie. Por eso, es esencial que tanto los afectados como sus familias aprendan a fijarse en otras mejorías menos llamativas pero igualmente importantes, como por ejemplo: que empieza a comunicarse, a mostrar sus emociones, a manifestar alguna ilusión, a estar menos nerviosa, a dormir mejor, a salir con algún amigo, a retomar las clases, a poder concentrarse en una película... Sería muy beneficioso que la familia celebrara cualquier avance, por insignificante que parezca, que no estuviera relacionado con el peso, la figura o la comida.

Ya hemos visto que uno de los aspectos comunes a los TCA es la dificultad para aceptar el trastorno, que esta forma parte del problema. Asumir que los afectados tienen una alteración psicológica supone para ellos ser débiles, fracasados, defraudar, etc. En resumen, ser imperfectos, y eso es algo que les resulta difícil de asimilar. Aunque en realidad, en nuestra sociedad, por los mismos motivos expuestos, aún es igualmente difícil para muchas otras personas aceptar la necesidad de ayuda psicológica y psiquiátrica.

Asumir que se padece un TCA es un proceso en el que se da una lucha interna entre la parte enferma (distorsionada) y la sana (racional). Al principio, la parte enferma lo ocupa todo. Luego, poco a poco, la parte sana empieza a manifestarse, lo que producirá una lucha entre ambas. Unas veces ganará una y otras la otra. Así hasta que la parte sana domine más los pensamientos y conductas.

Elisa aún se encuentra en etapas intermedias del proceso, lo que no ayuda a la aceptación del tratamiento. Habrá que perseverar y confiar en que pueda abrirse a los profesionales. Es decir, hay que tener en cuenta que no basta con que la per-

sona acuda al tratamiento si no reconoce el trastorno y no puede confiar en los que la tratan.

En estos trastornos se atraviesan diferentes fases en la aceptación del problema. Podemos señalar hasta cinco. Las primeras etapas de evolución impiden la búsqueda de tratamiento (médico y psicológico) y la adhesión al mismo. El afectado puede evolucionar desde la ausencia total de conciencia de la alteración (fase 1), hasta la aceptación de la evolución con sus avances y retrocesos (fase 5), último nivel y el más favorable para asumir realmente el tratamiento. Entre estos dos extremos, aún hay tres etapas intermedias. En la fase dos, el afectado ve más los beneficios del TCA (delgadez, éxito social, no afrontamiento de emociones...). Una vez abandonada esta etapa, empieza la tercera fase, en la que comienza a ver las desventajas del TCA (condiciona su vida, no puede relacionarse, sufre angustia...), pero se siente prisionero, temeroso de perder los supuestos beneficios e incapaz de hacer cambios. La última etapa intermedia (fase 4) es en la que se rinde a la evidencia y busca ayuda experta. Tiene miedo y aún no se fía, pero acepta de alguna manera el tratamiento.

El hecho de que su madre acuda a tratamiento psicológico favorece la aceptación de ambas del problema. Proporciona a la madre una ayuda en su estado psicológico para ir solucionando sus alteraciones, lo que favorece que desarrolle su empatía y de este modo aprenda también a aceptar el problema de su hija y a tratarla durante el proceso. Además, se convierte en un modelo de afrontamiento a seguir. Es decir, tiene un problema y pide ayuda experta. Para Elisa podría ser algo así como: «Si mi madre va a tratamiento, yo no soy la única rara, también puedo hacerlo».

Elisa necesitará tiempo, confianza en sí misma, en el tratamiento y apoyo en su familia para poder recuperarse. Habrá diferentes momentos en la evolución, avances y retrocesos, influidos por las eventualidades de la vida, pero será necesario



que continúe en tratamiento para llegar a poder recuperarse. En la anorexia existe la recuperación total, pero también hay casos en que los afectados solo se recuperan parcialmente y desgraciadamente personas que no pueden superarlo.

### **1.2.1. ¿Qué es la anorexia?**

La anorexia se caracteriza por la restricción alimentaria necesaria para la salud según la edad o desarrollo, y la reducción de peso corporal. Unido a ello se da un temor intenso a engordar o convertirse en obeso. Este temor se experimenta aunque se presente un peso significativamente bajo. A menudo tienen dificultad para percibir su imagen corporal real, suelen verse o sentirse gordos aún siendo su silueta delgada. La restricción alimentaria puede llevarles a sufrir la pérdida de la menstruación o a padecer baja salud ósea, especialmente en mujeres post-menopáusicas. Estos son los criterios diagnósticos que aparecen en el DSMV, el manual de la Asociación Americana de Psiquiatría. La descripción es solo a nivel sintomático, entender el trastorno es algo más complejo. La anorexia es la imagen prototípica de los TCA, pudiendo alcanzar grados importantes de gravedad, incluso la muerte.

#### **• Pronósticos de recuperación**

En la actualidad, los datos de recuperación son optimistas. Según diversos estudios, podemos decir que el porcentaje de recuperación total se encuentra en torno al 50% y la recuperación parcial en un 30%. Aun así, no podemos olvidar que un 20% no se recuperan. En lo referente a los síntomas, el 60% logran un peso adecuado, el 46% normalizan totalmente la

alimentación y el 57% consiguen recuperar la menstruación<sup>(1)</sup>. A lo largo del proceso de la enfermedad es frecuente encontrar alteraciones afectivas y de ansiedad en un 25% de los casos, la posibilidad de un trastorno obsesivo-compulsivo en un 14%, trastornos de personalidad hasta en un 40% y abuso de sustancias hasta en un 14 %. Algunos estudios<sup>(2)</sup> señalan, que será muy probable que los jóvenes con anorexia sufran depresión a lo largo de su vida, pero la buena noticia es que estos investigadores, en 10 años de seguimiento de estos pacientes, solo hallaron un 10% de estados depresivos. El seguimiento se realiza cuando la mejoría de los síntomas durante el tratamiento es notable.

La duración de la anorexia es variable, pero los datos que aportan los estudios de seguimiento son esperanzadores a largo plazo. En periodos que oscilan entre los 2,5 y los 18 años se encuentran recuperaciones hasta del 70%<sup>(3)</sup>. Otros estudios son aún más esperanzadores y consideran que entre los 8 y los 16 años de seguimiento la recuperación puede alcanzar un 84%<sup>(4)</sup>. En esta línea podemos considerar las tasas de recuperación del 76% en los seguimientos realizados durante 5 años

---

1. MORANDÉ, GRAELL Y BLANCO (2014). *Trastornos de la Conducta Alimentaria y obesidad. Un enfoque integral*. Editorial Médica Panamericana, S.A., pp. 68

2. RASTAM M., GILLERBERG C. y WENTZ E. (2003). Outcome of teenage-onset anorexia nervosa in Swedish community-based sample. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 12 Supple 1: I78-90

3. KEEL PK. y BROWN TA. (2010). *Update on course and outcome in eating disorders*. *Int. Eat Disord*. 43(3): 195-204

4. NILLSON K. y HÄGGLÖF B. (2005). *Long-term follow-up of adolescent onset anorexia nervosa in northern Sweden*. *Eur Eating Disord Rev*. 13 (2): 89-100

y del 86% a los 8 años<sup>(5)(6)</sup>. Desgraciadamente la anorexia puede llevar a la muerte: según revisiones de diferentes estudios, la tasa de mortalidad podría llegar a alcanzar un 5% de los casos<sup>(7)</sup>. No existen datos concluyentes según los estudios que señalen factores claros de buen pronóstico en la anorexia, queda mucho por hacer al respecto. Lo que sí se puede afirmar es que existen factores positivos: la edad de inicio temprana, el comienzo de tratamiento cercano al inicio de los síntomas, la corta duración de los ingresos, algunos rasgos de personalidad y una buena relación familiar<sup>(8)(9)(10)</sup>. La evolución de la anorexia a la bulimia es habitual, tanto que a veces forma parte de una evolución normal e incluso puede tener aspectos positivos. La aparición de los atracones genera la temida experiencia de pérdida de control, algo muy angustiante para quienes sufren anorexia. Sin embargo, puede ser el cambio que se esperaba para que la persona acepte el tratamiento.

---

5. EISLER I., SIMIC M., RUSSELL GF. y DARE C. (2007). *A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: a five year follow-up.* J Child Psychol Psychiatry. 48 (6): 555-60

6. HALVORSEN I., ANDERSEN A. y HEYERDAHL S. (2004). *Good outcome of adolescent onset anorexia nervosa after systematic treatment. Intermediate to long-term follow-up of a representative country-sample.* Eur Child Adolesc Psychiatry. 13 (5) 295-306

7. STEINHAUSEN HC. (2002). *The outcome of anorexia nervosa in the 20th century.* Am J Psychiatry. 159 (8) 1284-93

8. STEINHAUSEN HC. (2002). *The outcome of anorexia nervosa in the 20th century.* Am J Psychiatry. 159 (8) 1284-93

9. Wentz E., Gillberg IC., Anckarsätter H., Gillberg C. y Rastam M. (2012). *Somatic problems and self-injurious behaviour 18 years after teenage-onset anorexia nervosa.* Eur Child Adolesc Psychiatry. 21(8): 421-32

10. Hebebrand J., Himmelman GW., Herzog W., Herpetz-Dalman BM., Steinhausen HC., et al. (1997). *Prediction of low body weight at long-term follow-up in acute anorexia nervosa by low body weight at referral.* Am J Psychiatry. 157 (4) 566-9.