

Esta obra ha sido publicada con la ayuda de
la Dirección General del Libro, Archivos y Bibliotecas del Ministerio de Cultura

Prevención de la anorexia y la bulimia

Educación en valores
para la prevención de los
trastornos del comportamiento
alimentario

*Josep Maria López Madrid
Neus Sallés Tenas*

© Josep Maria López Madrid
Neus Sallés Tenas

© Derechos de edición:
Nau Llibres - Edicions Culturals Valencianes, S.A. Periodista Badía 10.
Tel.: 96 360 33 36, Fax: 96 332 55 82. 46010 VALENCIA
E-mail: nau@naullibres.com web: www.naullibres.com

Diseño de portada e interiores:
Pablo Navarro, Nerina Navarrete y Artes Digitales Nau Llibres

Imprime:
Guada Impresores S.L.

ISBN: 84-7642-715-8
Depósito Legal: V- x.xxx - 2005

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización por escrito de los titulares del “Copyright”, bajo las sanciones establecidas por las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático.

Índice

Introducción	9
Primera parte: ¿Por qué aparecen los desórdenes alimentarios?	
Capítulo 1.	
Trastornos del comportamiento alimentario (TCA).....	15
1. Definición	15
1.1. Anorexia nerviosa.....	17
1.2. Bulimia Nerviosa.....	20
1.3. Anorexia y bulimia: un mundo de coincidencias	23
1.4. Señales de alarma	26
1.5. Algunos mitos sobre los TCA	28
1.6. Obesidad.....	29
2. Principales causas de los trastornos del comportamiento alimentario	31
2.1. Factores predisponentes	32
2.2. Factores precipitantes	41
2.3. Factores de mantenimiento.....	44
3. Consecuencias de los trastornos del comportamiento alimentario.....	46
Capítulo 2.	
Contextualización histórica.....	53
1. ¿Una enfermedad nueva?.....	53
2. ¿Fea o hermosa?	55
2.1. La belleza cultural	57
2.2. ¿Defectos imperdonables?.....	59
3. El <i>valor</i> de la comida.....	61
3.1. La comida: un bien cultural.....	61
3.2. El <i>valor</i> de la comida.....	62
3.3. <i>Descostumbres</i> alimentarias	64
3.4. Un viaje al presente	69
Capítulo 3.	
Construcción actual del modelo estético.....	73
1. El poder de la publicidad	73
1.1. La televisión: la gran seductora.....	76

1.2. Otros medios de comunicación	78
2. Valores predominantes de la sociedad actual	80
3. La mujer en el mundo actual	85
3.1. Cambios en nuestra sociedad	86
3.2. Para odiar su cuerpo	88
4. La construcción desde la moda.....	90
5. El mito de la belleza	94
6. Un negocio de peso.....	96

Segunda parte:
La respuesta educativa

Capítulo 4.

Prevención y coeducación.....	107
-------------------------------	-----

1. ¿Cómo se pueden prevenir los trastornos del comportamiento alimentario?	107
2. La coeducación: una útil asignatura pendiente.....	109
2.1. El género: una variable muy importante	110
2.2. El género en la escuela	112
2.3. La importancia del lenguaje	113
2.4. Diferencias niño-niña	115
2.5. Historia olvidadiza	116
2.6. ¿Cómo coeducar?	117
2.7. El condicionamiento social	119
2.8. La prevención de los trastornos del comportamiento alimentario...	120

Capítulo 5.

Educación moral para la prevención de los trastornos de comportamiento alimentario	123
--	-----

1. A modo de justificación	123
2. ¿Valores?.....	125
3. Los valores en un planeta económico-audiovisual	126
4. ¿Qué implica educar la moral?	129

Capítulo 6.

Consideraciones generales para el trabajo con madres, padres y profesionales de la educación	135
--	-----

1. Orientaciones sobre la comida.....	135
1.1. ¿Qué es comer bien?.....	136

1.2. La alimentación en los primeros años	138
1.3. ¿Qué se puede hacer en el colegio?.....	141
1.4. ¿Qué se puede hacer en casa?.....	144
2. ¿Qué hacer cuando tenemos una persona afectada de un trastorno de comportamiento alimentario?	145
3. ¿Cómo podemos prevenir un TCA desde casa?	151
3.1. Comunicación y expresión de sentimientos	151
3.2. Resolución de conflictos.....	152
3.3. Límites y normas	153
3.4. La autoestima de nuestros hijos e hijas y su imagen corporal.....	154
3.5. Las dietas.....	155
3.6. La televisión	156
3.7. Otros aspectos relevantes	158

Tercera parte:
Propuestas de trabajo

Capítulo 7.

Propuestas de trabajo	163
1. La autoestima.....	163
Actividad 1. El rincón del alumno o alumna especial	164
Actividad 2. Los sentimientos	164
Actividad 3. ¡Siempre queriendo ser el/la mejor!.....	166
Actividad 4. Cambios, ¿inexplicables?.....	167
Actividad 5. ¿Quién es el mejor?.....	169
2. La autoexigencia.....	170
Actividad 6. Cuidando a nuestro personaje I	170
Actividad 7. Cuidando a nuestro personaje II	172
Actividad 8. Quería gustar a todo el mundo.....	172
Actividad 9. ¿Quién es perfecto/a?.....	175
3. La imagen corporal	177
Actividad 10. Visualización en el espejo	177
4. El modelo familiar	178
Actividad 11. Comprando en el súper	178
Actividad 12. ¿Lo compramos?	179
Actividad 13. Paula y su familia	180

5.	El modelo social	183
	Actividad 14. La gente delgada es.....	183
	Actividad 15. El hombre y la mujer ideal.....	184
	Actividad 16. ¿Soy como ese/a?.....	185
	Actividad 17. ¿Fragancia de hombre o de mujer?	187
	Actividad 18. El día tendría que tener 48 horas.....	187
	Actividad 19. El valor de la apariencia.....	190
6.	<i>Los mass media</i>	192
	Actividad 20. El idioma de los anuncios	192
	Actividad 21. Se busca chica	193
	Actividad 22. Antes y después.....	196
	Actividad 23. Los anuncios del revés	198
	Actividad 24. Grabando espots.....	200
7.	Las dietas	201
	Actividad 25. ¡Vamos a comer!	201
	Actividad 26. ¿Comemos bien? I.....	202
	Actividad 27. ¿Comemos bien? II	202
	Actividad 28. Taller de cocina	203
	Actividad 29. Las dietas a juicio.....	204
8.	Experiencias estresantes	205
	Actividad 30. En situación conflictiva	205
	Actividad 31. Resolviendo problemas.....	206
	Actividad 32. Burlas hacia Pablo.....	207
	Actividad 33. Sumergido entre enfados.....	209
9.	Índice de actividades.....	211
	Capítulo 8.	
	Conclusiones	213
	Bibliografía	217

Introducción

El presente libro pretende ser un material útil para la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA). Estas enfermedades son hoy en día un grave problema de salud pública, que la comunidad educativa no puede desatender, dada la clara imbricación existente entre cultura y psiquismo individual como causantes de la enfermedad (Guillemot y Laxenaire, 1994).

Como resaltan las personas expertas que llevan años estudiando este tipo tan específico de enfermedades, la prevención parece más abordable desde la intervención de diversos agentes sociales con ascendencia sobre los/las jóvenes. Es conveniente intervenir especialmente donde se transmite la ideología anoréxica y se facilitan la imitación de conductas de riesgo (Morandé, 2000). Por eso, este escrito va dirigido a aquellas personas que trabajan en algún campo educativo, principalmente a nivel formal. A la vez, consideramos que puede ser de interés, sobre todo la primera parte y fragmentos de la segunda, para los padres y madres que deseen tener conocimientos al respecto. Éstos, así como las personas que trabajan con niños, niñas y jóvenes desde cualquier ámbito educativo, juegan un papel muy importante de cara a la prevención primaria –actuación sobre los agentes causantes de la patología, reduciendo los factores de riesgo mediante el aprendizaje de factores de protección– y a la prevención secundaria –detección de la enfermedad lo más pronto posible para intervenir rápidamente.

Los TCA afectan a casi el 5% de la población femenina desde el inicio de la adolescencia hasta los 25 años y, con menor porcentaje, a las prepúberes y a las mujeres adultas. La población femenina con riesgo de enfermar alcanza cifras entre el 17 y el 20% (Morandé, 2000). Además, parece claro que la enfermedad se va extendiendo entre población con edades anteriormente inmunes al trastorno. La Asociación Americana de Psiquiatría recoge casos de pacientes de entre 7 y 12 años, hecho que se corrobora en España. Actualmente, en nuestros hospitales se atiende a pacientes –masculinos y femeninos– de 10-12 años, llegando en casos afortunadamente menos usuales a tener que tratar a niños y niñas de menor edad. Nos podemos encontrar con niños o niñas que dicen estar gordos y se niegan a comer, buscando ya en la apariencia delgada la solución a sus problemas escolares y afectivos (Calvo, 2002).

En un reciente estudio dirigido por el doctor Chinchilla, se constató que los casos de anorexia diagnosticados en el Estado español superan los 250.000, siendo el 95% mujeres. El equipo de expertos asegura que, durante los últimos 30 años, los casos de anorexia nerviosa se han duplicado, y los de bulimia nerviosa se han quintuplicado. Además, las previsiones que efectúan no son nada halagüeñas: calculan que los TCA afectarán dentro de poco a 25 personas menores de 25 años por cada 100.000 habitantes (Yagüie, 2003a).

No obstante, a pesar de que las cifras son espeluznantes –como nos recuerda David Rosen de la Universidad de Michigan, los trastornos del comportamiento alimentario matan a más gente que todas las otras enfermedades de salud mental juntas–, los problemas no se detienen en los trastornos que llegan a alcanzar una categoría clínica, que son la parte mediáticamente conocida; multitud de mujeres y chicas sufren por su imagen corporal, practican dietas antinaturales y padecen angustia ante infinitud de situaciones, por culpa de la cultura de la apariencia en la que vivimos, en la que la delgadez ocupa un papel protagonista.

Nunca como ahora el cuerpo humano, su aspecto exterior, su silueta, especialmente de la mujer, ha sido objeto de atención, culto, exhibición, valoración y enjuiciamiento persistentes (Toro, 2000).

Nuestra intención ha sido la de utilizar los conocimientos científicos logrados hasta la fecha para diseñar estrategias y actividades que incidan en los agentes causantes de la enfermedad porque, como profesionales dentro del mundo de la educación, entendemos que es tarea nuestra la prevención de los TCA, así como la ayuda para una temprana detección de los mismos. No hay que olvidar que preventión y tratamiento son dos puntos de un mismo continuo.

El libro se estructura en tres partes.

En la primera realizamos una modesta síntesis de aportaciones de reconocidos autores en torno a los TCA. El objetivo es el de ofrecer, de forma clara y breve, información sobre qué son los TCA, por qué se originan y cuáles son las señales ante las que debemos estar alerta para una temprana detección. El asunto es “trágicamente” apasionante, dado la multitud de factores que se interrelacionan en la etiología, mas nuestra intención es sólo la de ofrecer cuatro pinceladas que puedan situar a cualquier persona que no posea suficientes conocimientos sobre este tipo de enfermedades. Es importante conocer por qué se originan estos trastornos, ya que normalmente nos suele costar entender las enfermedades de tipo “cultural”, no sólo porque presentan una gran complejidad, sino porque todos y todas participamos en mayor o menor medida de los valores y hábitos vigentes en nuestra sociedad.

Nadie es plenamente libre de ellos. Es preciso aprender a criticarlos. Hay que intentar que el grado de nuestra creencia permita que, por lo menos, no enfermemos; especialmente de hambre. Además, violentar el propio cuerpo en aras de la aceptación social es una sutil tortura que nuestra época practica con el sexo femenino. La delgadez buscada supone reducir o suprimir la feminidad anatómica y fisiológica (Toro, 2000).

La segunda parte recoge nuestro planteamiento pedagógico de cara a prevenir los desórdenes alimentarios. Partimos de una perspectiva de educación en valores porque consideramos, tanto por convicción personal como profesional, que es la metodología que mejor encaja en nuestra concepción sobre la prevención de los TCA. Asimismo proporcionamos orientaciones y contenidos sobre la comida, la prevención desde casa y qué se puede hacer cuando alguna persona padece un TCA, que pueden resultar muy útiles tanto a padres y madres como a educadores y educadoras.

El objetivo de la tercera parte es aumentar la resistencia individual a contraer la enfermedad y eliminar, en la medida de lo posible, algunos de los factores causales de los citados trastornos. Junto a la obligada justificación teórica, ofrecemos actividades para poder trabajar en el aula diferentes aspectos que pueden evitar la aparición de la denominada enfermedad “cultural” que se ha forjado en el mundo occidental u occidentalizado, al provocar que en nuestras vidas tenga una importancia primordial, mucho más de lo que sería deseable, el valor de la apariencia.

Nuestra intención ha sido la de proporcionar mediante información, recomendaciones y actividades, espacios de reflexión individual y/o colectiva que permitan enjuiciar críticamente la realidad, para que se construyan formas de vida más justas, que eviten la aparición de los trastornos del comportamiento alimentario.

El objetivo de la prevención es evitar el sufrimiento. La desorganización de la vida personal, el considerable padecimiento emocional y el impacto en ocasiones irreversibles que sufren las familias y las comunidades en que viven quienes padecen de algún trastorno mental nos obligan como sociedad a dedicar recursos sustanciales para prevenirlas (Munoz y otros, 1996).

PRIMERA PARTE:

**¿Por qué aparecen los
desórdenes alimentarios?**

Capítulo 1.

Trastornos del comportamiento alimentario (TCA)

En este primer capítulo, nos ocuparemos básicamente de aclarar los conceptos relacionados con la problemática que nos ocupa, puesto que es un punto indispensable para el conocimiento de la enfermedad. Asimismo, puede resultar de gran ayuda para una temprana detección de alguno de estos trastornos.

A su vez, el primer paso para la prevención empieza con la información. Es una manera de desmentir posibles errores y construir nuevos conocimientos que permitirán tener una actitud más crítica ante la sociedad y ante el desarrollo de dichas enfermedades.

Para educadores, padres y madres, este paso es fundamental, porque en general son los que están más en contacto con los chicos y las chicas y serían las primeras personas que podrían detectar una persona con alto riesgo de contraer la enfermedad.

1. Definición

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) se definen como enfermedades mentales que afectan al cuerpo de las personas. Se caracterizan principalmente por la gran insatisfacción corporal que sufre el individuo, es decir, las personas no se gustan, pero además, tienen pensamientos distorsionados por lo que respeta a la comida, a su cuerpo o a su peso.

Los TCA afectan en Estados Unidos a entre cinco y diez millones de chicas adolescentes y mujeres, y aproximadamente a un millón de chicos y hombres. En

el mundo, alrededor de unos 70 millones de personas luchan contra su desorden alimentario (<http://www.eatingdisorderinfo.org/>).

Estos trastornos se dan principalmente entre el sexo femenino (más adelante ya veremos el porqué) y mayoritariamente entre los grupos de adolescentes. Cabe remarcar, como hemos comentado en la *Introducción*, que cada vez se va extendiendo más entre todo tipo de población. Le puede suceder a cualquiera, desde niños y niñas de 3 años a personas adultas de 90. Asimismo, estos trastornos ya no respetan diferencias étnicas, de edad, clase o género. Muchos niños y niñas se preocupan por la gordura en la escuela primaria; en Estados Unidos un estudio (Mellin y otros, 1992) mostró que el 80% de las niñas limitan su ingesta de alimentos antes de los once años y otro (Smolak y Levine, 1994) que el 14% de los varones entre primer y quinto grado hacen lo mismo.

Dado el amplio espectro de personas que pueden verse afectadas por algún TCA, nos podemos hacer una idea de la trascendencia de la problemática. Y no tan sólo de las repercusiones que ocasiona en la persona afectada, sino también por las que ocasiona en su familia y su entorno social. Porque, además, estas enfermedades presentan un alto grado de cronicidad.

Los TCA son de origen multicausal, es decir, es necesaria la interacción de varios agentes causantes para que se contraiga la enfermedad. Además, son imposibles de entender sin considerar elementos tan significativos como la aparente disposición genética o la intervención de determinadas características de personalidad, así como el contexto sociocultural en que vivimos. Esto hace que puedan ser considerados como los “trastornos culturales de nuestro tiempo” (Toro, 2000).

Devereux en 1955 (Guillemot y Laxenaire, 1994; Toro, 1996) definió el concepto de trastorno étnico:

- Existe frecuente y exclusivamente en una determinada cultura, y constituye en la misma una patología psiquiátrica habitualmente observada.
- El trastorno se expresa en diferentes niveles de gravedad y según unas formas límite “subclínicas”, que se encuentran en medio de un continuo que va desde comportamientos normales dentro de la cultura en cuestión a una patología clínica manifiesta.
- El trastorno expresa conflictos y tensiones generalizados dentro de la cultura.
- Los síntomas del trastorno son extensiones y exageraciones de conductas y actitudes habituales en la cultura, incluyendo conductas que suelen ser aprobadas socialmente.
- Los síntomas se decantan a la vez a favor y en contra de los valores y de las normas de la sociedad en cuestión. De la sociedad se desprende una respuesta ambivalente ante la enfermedad, porque al tiempo que es considerada como anormal incluye conductas valoradas positivamente.
- El trastorno suele ser un medio de expresar el estrés muy estructurado e imitado.

Las investigaciones realizadas con los TCA permiten incluirlos en esta definición, ya que se dan fundamentalmente en el mundo occidental u accidentalizado y cumplen todas las características de Devereux (Toro, 1996).

Los tipos de TCA son los siguientes:

- Anorexia Nerviosa.
- Bulimia Nerviosa.
- Trastornos del comportamiento alimentario no especificado.

1.1. Anorexia nerviosa

La palabra anorexia quiere decir “falta de apetito”, aunque, en la enfermedad que se conoce con este nombre, esto no es del todo cierto. En las primeras fases de la anorexia, la persona experimenta una gran sensación de hambre, ya que lo que suele hacer es la reducción de la ingesta: niegan el hambre y lo reprimen con su fuerza de voluntad (Kolodny, 2000). Así pues, tuviera el sentido que tuviera tiempo atrás, se diagnostica este trastorno si posee las siguientes características (Fernández y Turón, 2001):

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en una persona obesa, incluso estando por debajo del peso normal.
- Distorsión en la percepción de la figura corporal, que se ve con mayor volumen del que realmente posee; exageración de la importancia de la imagen corporal en la autoevaluación, y negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea (falta de menstruación), al menos durante tres ciclos menstruales consecutivos (se considera la existencia de amenorrea cuando las menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales).

En las mujeres pospuberales, el período suele desaparecer cuando han perdido alrededor del 15% de su peso inicial. En un pequeño porcentaje de casos, la amenorrea se inicia al mismo tiempo que comienzan la dieta. Cuando las chicas son prepúberes, tienen un retraso en la aparición de la menarquia, la primera menstruación. En varones anoréxicos, se pueden producir alteraciones en las hormonas sexuales, semejantes a las que sustentan las amenorreas en las muchachas y mujeres (Toro y Artigas, 2000).

La anorexia nerviosa se subdivide en dos tipos, según el DSM-IV (Fernández y Turón, 2001):

- Restrictiva: la persona no recurre regularmente a atracones o a purgas (como provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- Compulsiva/purgativa: la persona enferma recurre habitualmente a atracones o purgas.

La anorexia nerviosa (AN) es mucho más frecuente entre las mujeres, con una proporción respecto de los hombres de 9 a 1 (Toro y Vilardell, 1987), aunque otros autores aumentan esta proporción de 15 a 1 (Polivy y Thompsen, 1988).

El temor que sufre la persona anoréxica a engordar y convertirse en obesa es en cierta parte fóbico, aunque en muchas ocasiones la persona está dentro del peso considerado normal *médicamente hablando*. Su peso, muy inferior al que debería tener, lo consigue restringiendo la comida, haciendo ejercicio excesivo y, en ocasiones, con purgaciones (Calvo, 2002). El ejercicio se aleja de ser un complemento de carácter placentero y se practica porque no puede dejar de practicarse, porque no hacerlo provoca más ansiedad. Es la actividad física la que controla a la paciente. La malnutrición incrementa la motivación para la actividad física (si se estaba practicando previamente) y la actividad física disminuye el apetito (en estados de malnutrición) (Toro y Artigas, 2000).

Aun así, las personas afectadas por anorexia se ven gruesas (Toro, 1996). No es que tengan una mala visión, sino que el problema se desenvuelve en el terreno de la percepción que tienen de sí mismas (Toro y Artigas, 2000). La distorsión de la imagen corporal, tan característica de las personas afectadas de anorexia, suele ser una de los aspectos que más llaman la atención: “Cómo se puede ver gorda con lo delgada que está”, es el comentario típico de la gente ante la gran delgadez que observan en pacientes que se ven gordos o gordas. La imagen corporal varía conforme pasan los años de nuestra vida, aunque tiene un fuerte anclaje en la infancia y la adolescencia. De acuerdo con Rosen (1992), imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera en que una persona percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. En principio, las preocupaciones se pueden tener sobre cualquier parte de su apariencia física, aunque sea normal. Tener una buena o mala imagen corporal influye en nuestros pensamientos, sentimientos y conductas, por lo tanto también influirá en la forma en que los demás nos tratan (Raich, 2001).

Un pensamiento automático del tipo “estoy gorda” puede no querer decir sólo esto, sino que nadie va a poder quererla, que no es atractiva, que es perezosa porque no se controla lo suficiente. Resulta sorprendente el resultado de un experimento que podemos hacer con una persona que tiene este tipo de pensamientos. Se le pide que marque en la pared las medidas que cree que tiene de espaldas, cintura y caderas vista de frente. A continuación se marca una silueta uniendo los extremos de dichas medidas. Seguidamente, se le pide que se coloque de pie, de espaldas a

esta silueta, y se le perfila el cuerpo con un rotulador sobre la silueta anterior. Las diferencias que podemos observar son dramáticas (Raich, 1994)¹.

Como no es de extrañar, a medida que va restringiendo más su ingesta, más le costará esconderlo a sus familiares y compañeros. Aunque estén convencidas de que no les ocurre nada ni, por supuesto, están enfermas, les molestará que la gente de su entorno se pase el día preocupada “incordiándolas” con el tema de la comida.

A su vez, según va progresando la enfermedad, cada vez están más irritadas y tienen síntomas depresivos y/u obsesivos (Morandé, 1995). Esto no ayudará a mejorar las relaciones con su familia, ni tampoco con sus amigos y amigas, que ya suelen estar bastante deterioradas.

De esta forma, se irá aislando cada vez más. Pero a estas personas no les importa, porque lo único que tienen en la cabeza es su obsesión por la comida, y esto las tiene ocupadas todo el día. Su baja autoestima, que hace que nunca se vean bien, sumada a su gran perfeccionismo, da un resultado de frustración que aumenta este estado de irritabilidad en la que transitan. Pero, ante todo, saben que por lo menos tienen el control en algo, aunque sea sólo en la comida. Con el cuerpo, se establecerá un diálogo en el cual éste va incrementando el deseo de comer, mientras que la anoréxica va intentando tener un control absoluto, procurando olvidarse de la comida, pero sin conseguirlo; sólo consigue el efecto contrario, la obsesión (Calvo, 2002).

Para la gente con anorexia, la comida es un enemigo que deben evitar cueste lo que cueste, pero a la vez se obsesionan por los alimentos que no pueden ingerir (Kolodny, 2000). La persona anoréxica sobrevalora la comida, tanto en contenido calórico como de cantidad, de modo que tiene un gran sentimiento de culpa cuando se permite comer o la obligan. El cálculo de calorías es una práctica habitual en la mayoría, y la comida puede ser ocultada, desmenuzada, exprimida, oliqueada, etc. Asimismo, la báscula se utiliza para confirmar sus deseados descensos de peso, a la vez que les permite regular el comportamiento de ingesta según la información que les proporciona. La báscula es capaz de significar tan variados sentimientos, que se convierte en un ritual saturado de contenido emocional (Toro y Artigas, 2000).

Pese a todo, no les basta con estar delgadas. En la segunda fase del trastorno anoréxico, su deseo se centra en ser la más delgada. La irracionalidad del deseo es una clara manifestación de patología. Esta motivación es la que lleva a algunas pacientes a creer sinceramente que es aceptable o incluso deseable morir por inanición, si ello es sinónimo de haber alcanzado la máxima delgadez. La muerte está presente en la cabeza de la paciente, teme a la muerte, pero en ocasiones la desea

¹ En los varones puede aparecer lo que se denomina anorexia inversa: se sienten débiles, pequeños, enclenques y consideran que nunca serán lo suficientemente grandes ni fuertes. Su obsesión consume su vida y por eso dedicarán su tiempo a fabricar un cuerpo más fuerte y muscular (Calvo, 2002).

por rabia y desesperación. Con frecuencia, un intento de suicidio funciona como revulsivo en muchas personas afectadas de AN (Toro y Artigas, 2000).

En el siguiente capítulo, entraremos más a fondo en por qué se originan estos trastornos; no obstante, los siguientes factores de riesgo que facilitan la aparición de una anorexia nerviosa ya nos aporta las primeras pistas (Striegel-Moore y Steiner-Adair, 2000):

- Ingresos elevados y alto nivel educativo del padre y la madre.
- Problemas alimentarios en la primera infancia.
- Autoestima baja.
- Predominio de conductas neuróticas.
- Sobreprotección materna.
- Algún pariente de sexo femenino que sufre de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.
- Psicopatología de los progenitores.
- Abuso sexual en la infancia.

1.2. Bulimia Nerviosa

La bulimia nerviosa (BN) es un trastorno que también tiene como principal característica la gran preocupación por el cuerpo, pero que además se define por los atracones y la ingesta compulsiva. Pese a lo que en ocasiones se piensa, la mayoría de mujeres que presentan bulimia nerviosa tienen un peso normal, aunque también las hay obesas (Raich, 1994).

Para poder diagnosticar la bulimia, se tienen que dar los siguientes factores, según el DSM-IV (Fernández y Turón, 2001):

- Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 - a) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un período de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - b) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- Realización de conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como la provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio físico excesivo.
- Los atracones y conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces por semana en un período de tres meses.
- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

A su vez se subdivide en dos tipos:

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

Cuando hablamos de ingesta compulsiva, nos referimos a atracones en los que se pueden comer cantidades muy superiores a lo normal, incluso entre 1.000 y 14.000 calorías en un breve espacio de tiempo. La sensación que experimentan durante el atracón es el descontrol (Raich, 2002).

Lógicamente, al ser personas extremadamente preocupadas por su cuerpo, un atracón de estas características les hace sentir muy culpables. Automáticamente recurren a conductas compensatorias, con las que creen que paliarán los efectos producidos por el atracón. Estas conductas pueden ser, como ya hemos dicho, el vómito, el uso de laxantes y/o diuréticos, el ayuno o la práctica de ejercicio físico en exceso. Este acto les ayuda a sentirse “limpias” y con la conciencia tranquila, o puede significar una forma de autocastigo (Calvo, 2002).

Estas situaciones se transforman en una cadena difícil de romper: la persona empieza con restricciones alimentarias, le sigue la tensión que conlleva dicha restricción si es duradera, hasta que es tan fuerte que sólo el atracón le puede aliviar. Con una sensación de pérdida de control, se come grandes cantidades de comida en un espacio corto de tiempo. Inmediatamente, la culpabilidad de sus actos la atormentará y le hará recurrir a ciertas conductas compensatorias que le traerán alivio y con lo que podrá empezar de nuevo el mismo ciclo con la restricción alimentaria (Calvo, 2002). Hay que tener en cuenta que, a medida que se repite este ciclo, las consecuencias psicológicas que deja en la persona son más importantes, motivo por el cual se repetirán más a menudo. Si estos episodios ya están establecidos, los atracones pueden originarse por múltiples causas, desde momentos de tristeza, pasando por ansiedad y cólera, hasta incluso por tener momentos de aburrimiento (Toro, 1996).

El uso recurrente de los vómitos hace que sepa lo que tiene que devolver y la manera de hacerlo. La leche o la mano serán sus principales aliados, aunque este segundo método puede llegar a ocasionar erosiones en la mano que fácilmente delatan lo sucedido. Estas erosiones son llamadas signo de Russell. Pero del control del vómito pasa al descontrol y empieza a realizarlo en cualquier parte por necesidad. Llega a conseguirlo sin hacer ruido (Morandé, 1995). Si las purgas son muy frecuentes, terminará con dolores de cabeza, de abdomen, con mareos, etc. (Calvo, 2002).

Toda esta situación la lleva a determinados comportamientos poco usuales. Intenta comer sola y lo hace muy deprisa, sin saborear lo que se lleva a la boca; o

almacena grandes cantidades de comida en su armario o en algún rincón secreto, con abundancia de aquéllos que considera “prohibidos” (Raich, 2002).

Las personas que padecen bulimia, además, tienen sentimientos depresivos y cambios de humor muy repentinos. Su pensamiento es obsesivo, y las ansias por algunos alimentos se transforman en comportamientos que semejan adicciones físicas (Kolodny, 2000).

La bulimia se puede exacerbar con crisis de ingestión que duran muchos días, en los que la persona se dedica en exclusiva a comer. Para atracarse, utilizan todo tipo de nutrientes y sustancias ingeribles (incluso comida de perro, basura y sobras o vómitos). También usan el tabaco y, si beben, lo hacen en grandes cantidades. Pero, además del vómito o a veces para sustituirlo, emplean laxantes y diuréticos. Pueden llegar a dosis tóxicas sin preocuparse de las consecuencias (Morandé, 1995).

En algunas chicas se observa cómo, de forma inesperada, pasa contenido gástrico a la boca, en ocasiones con un ruido que es claramente perceptible. Algunas llevan comida a escondidas a su habitación, la chupan y luego la escupen. Si las descubren, tienden a negarlo o a enfadarse.

Su cara puede parecer edematosas, «gorda» para ellas. Una de las causas es la hipertrofia de las parótidas (glándulas salivales). Las bulímicas son aprensivas. Les asustan los calambres causados por la falta de potasio (debida a vómitos repetidos) y tardan en confirmar los mareos, aunque no pueden esconder las pérdidas de conocimiento y crisis convulsivas. En general, hay crisis bulímicas y períodos de tiempo con menor sintomatología (Morandé, 1995).

A menudo, la bulimia es un comportamiento aprendido. Se puede aprender dentro del contexto familiar, pero probablemente sea algo que ocurre en la universidad. Los atracones no son placenteros, se transforman en un hábito y pasan a ser fuerzas dominantes en quien los efectúa (Kolodny, 2000).

Paralelamente a lo comentado en la anorexia nerviosa, presentamos factores de riesgo para la bulimia nerviosa (Striegel-Moore y Steiner-Adair, 2000):

- Menarca (aparición de primera menstruación) temprana.
- *Locus* externo del control.
- Autoestima baja.
- Obesidad en la infancia.
- Preocupación por el peso.
- Presión social respecto del peso y/o la alimentación.
- Dietas familiares.
- Trastornos alimentarios en los miembros de la familia.
- Psicopatología de los progenitores.
- Crianza inadecuada.
- Discordia entre el padre y la madre.
- Abuso sexual en la infancia.

1.3. Anorexia y bulimia: un mundo de coincidencias

Según un estudio hecho público en septiembre del 2003 por el Ministerio de Sanidad, el 8% de la población española padece riesgo de contraer un TCA. Además, menos de la mitad de los/las menores entre 11 y 17 años considera que tiene la talla adecuada: el 43% de las chicas se ven “gordas o muy gordas”, cosa que sucede en el 27% de los chicos. Para el doctor Morandé, en cada clase de nuestras escuelas e institutos, hay una o dos chicas afectadas parcial o totalmente por este tipo de trastornos (E. de B., 2003). Tan solo con las cifras, nos podemos hacer una idea de lo grave que es la problemática, no ya a nivel de adultos, sino entre la juventud menor de edad. Es gravísimo que casi la mitad de las chicas y más de un tercio de los chicos tengan la idea de que están demasiado gordos.

Continuamos profundizando sobre los TCA, con ayuda de las claras explicaciones que nos ofrece Morandé (1995).

La mayoría de las personas que sufren una de estas dos enfermedades niegan estar enfermas y suelen rechazar los tratamientos. Sin embargo, reconocerlo es una condición indispensable para mejorar. En ellas, hay una lucha interna entre dos personas: la buena, que corresponde a los cánones, y la mala, que la aleja de poder mejorar y volver a ser lo que era. En el caso de la bulímica, el personaje malo le inducirá no sólo a no comer, sino a mentir, ocultar y al descontrol.

Si la anoréxica intenta ser coherente hasta casi enloquecer, la bulímica enloquece en la incoherencia.

Por eso, siempre tendrán un aspecto sonriente y complaciente por fuera y un interior sórdido, vacío, derruido y desesperanzado. Normalmente, tienen temor a crecer y la mayoría distorsiona la imagen corporal.

Tienen la autoestima muy baja. La mayoría de anoréxicas padecen sintomatología depresiva, muchas por inanición. En algunos casos, la depresión antecede a la AN, sin que la persona tuviera ningún tipo de motivación para perder peso. Estos sentimientos son acompañados por la irritabilidad.

“Para las pacientes anoréxicas experimentar placer, o está prohibido o es una pérdida de tiempo. Padecen una *anhedonia* provocada.” La bulímica entra en un juego en el que cree estar en pecado para luego sentirse culpable.

También padecen *alexitima* que es “la incapacidad o dificultad en expresar con palabras los sentimientos.” Aunque la bulímica parece tener menos problemas, más rápidamente entra en confusiones hasta liar a la persona que la escucha.

Todas ellas son personas perfeccionistas, y lo extienden a todos los campos de su vida. Los parámetros de esta perfección no están en la propia persona, sino en lo que cree que quieren los demás. El perfeccionismo lo emplean como forma de aprobación para suplir su inseguridad: “La anoréxica abusa de este procedimiento y la bulímica lo busca como una tabla de salvación”.

Por lo que respeta al aislamiento social, mientras que la anoréxica se aparta casi de todos los de su generación y las otras relaciones, la bulímica tiene “gente a su alrededor, pero pierde las amistades, ya que en el período bulímico de su vida hace otras relaciones mediatizadas por la enfermedad e incompatibles con las de siempre o anteriores” (Morandé, 1995).

La obsesión que tienen por conseguir el cuerpo deseado invade todos sus pensamientos, haciendo que poco a poco sea la única cosa que les importa. No es de extrañar que, de esta forma, la persona se vaya aislando de sus compañeros y compañeras y de las otras personas, puesto que nada más le interesa. También se puede producir el aislamiento a causa del compromiso que supone salir a comer en compañía, por los comentarios que tiene que aguantar, o porque la sensación de hambre que tiene la hace estar de mal humor, irritada, etc. (Toro y Artigas, 2000). Entonces, la relación con las amistades, familiares y otras personas de su entorno pierde reciprocidad, llegando a interrumpirse completamente, ya que se prefiere el aislamiento a la relación con los/las demás (Kolodny, 2000).

En posteriores capítulos, recibirán la correspondiente explicación, pero para introducirnos presentamos algunas de las justificaciones que hace la gente afectada de algún TCA (Kolodny, 2000):

- Todo el mundo hace dieta.
- Ser delgado o delgada es saludable.
- Si la comida de escaso valor nutritivo hace tanto mal, ¿por qué el gobierno no la retira del mercado?
- Practicar mucho ejercicio físico es más saludable que no practicarlo en absoluto.
- Si los laxantes son peligrosos, ¿por qué se venden en farmacias y supermercaditos sin receta?

Otras respuestas de gente enferman que emiten cuando alguien pretende hacerles abandonar su trastorno, nos pueden ayudar a entender su forma de pensar (Kolodny, 2000):

- “Decididamente, yo no soy así”. Pretenden decir a los/las demás que están malinterpretando su comportamiento.
- “Todo el mundo lo hace”. Buscan esconderse detrás de la multitud, así su comportamiento es normal.
- “Es mi elección. Lo hago por mí. Es lo mismo que usar desodorante o no”. Quieren hacer creer que su alimentación es un acto voluntario, quitándole importancia a su irregularidad en el comportamiento alimentario.
- “Tengo que hacerlo para... (ser del equipo, pesar como el resto, mantener la silueta, sentirse bien o feliz)”. Desean transmitir la idea de que su actitud está regida por la lógica, que no es ninguna locura.
- “No soy drogadicto/a, así que déjame en paz”. Utilizan el enfado como forma de quitarle importancia a su problemática, ya que alude a una situación peor.

- “No es problema tuyo”, o “Es mi cuerpo, mi problema, mi vida”. Es el camino para evadir la conversación.

Los aspectos cognitivos inadecuados y persistentes de las personas enfermas de anorexia o bulimia nerviosas han sido recogidos y sistematizados por diferentes autores, como Beck, Garner y Bemis o Saggin (Raich, 1994).

- *Abstracciones selectivas*: llegar a conclusiones a partir de la consideración exclusiva de aspectos parciales: “si como siquiera una galleta me descontrolaré y comeré 200”.
- *Generalizaciones excesivas*: “si no me he programado por la mañana lo que voy a comer, es mejor que no me arriesgue y no coma nada”; “nunca tengo hambre”.
- *Magnificación de consecuencias negativas*: “si he pasado de 34 a 35Kg comiendo solamente esto, jamás podré comer normalmente porque en seguida pesaría 70Kg”.
- *Pensamiento dicotómico o de todo o nada*: “mejor que no coma nada durante el día porque podría tener una crisis y hartarme de comer”; “si me he dado un atracón, debo ayunar tres días completos, por lo menos”; “si como un poco de estos alimentos prohibidos, me atracaré de ellos porque no podré controlarme”.
- *Ideas autorreferenciales*: “cuando como parece que todo el mundo me mira”.
- *Pensamiento supersticioso*: “mi cuerpo es como una bolsa en la que se deposita, aumentando el peso, cualquier cosa que se ingiera”.
- *Inferencia arbitraria*: “si comes a gusto, engordas”; “si primero como la verdura y después otros alimentos, absorberé menos calorías”.
- *Uso selectivo de la información*: “sé que el pan y la pasta son buenos para la salud, pero jamás los he encontrado recomendados para mi signo zodiacal, por ello no los como”; “la actividad física quema calorías, por tanto, yo sólo puedo comer aquello que consuma haciendo ejercicio”.
- *Hipergeneralización*: “no puedo entrar en un bar solo, porque una vez lo hice y me comí tres brioches”.
- *Magnificación de lo negativo*: “no conseguiré controlarme nunca”; “no adelgazaré jamás”.

Las personas con AN o BN tienden a sobreestimar su tamaño corporal, la fotografía mental de su cuerpo no corresponde a una estimación objetiva. Esto no es debido a fallos perceptivos y la insatisfacción corporal no es una consecuencia de la percepción alterada, sino que parece ser realmente la causa. La evaluación del cuerpo, tan altamente correlacionado con la autoestima y tan valorado socialmente, amenaza el propio valor y produce ansiedad, con lo que no se favorece la objetividad en la medición (Raich, 1994).

La gran mayoría de sus conductas están determinadas por la comida: las relaciones con la familia, con los compañeros de estudio y con las demás amistades. La dieta, aunque difícilmente podríamos calificarla de categoría patológica debido

a su uso generalizado, es el primer paso en la escalada de los TCA. Puede consistir en: supresión o restricción de determinados tipos de comida (alimentos altos en calorías o que la persona considera que lo son); ayuno o supresión prácticamente total de ingesta durante uno o varios días; reducción de la cantidad que se consume de cualquier tipo de alimento (Raich, 1994).

Hemos hablado de los dos trastornos del comportamiento alimentario más estudiados y mejor delimitados. Pero la realidad ofrece otros tipos que no encajan completamente con los dos citados. Uno de ellos es el trastorno alimentario compulsivo (TAC) o trastorno por atracón, que se caracteriza por la ingesta compulsiva de alimentos (atracones) sin realizar ninguna acción que se dirija a perder el peso ganado. El TAC se da como mínimo en un 25% de obesos u obesas (Saldaña, 2000).

No obstante, la mayoría se incluye dentro de la clasificación de trastornos alimentarios no especificados, cuyos criterios diagnósticos son (Raich, 1994):

- I. Se cumplen todos los criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa pero la persona mantiene una menstruación regular.
- II. Se cumplen todos los criterios de anorexia nerviosa, excepto la pérdida de peso, que está dentro de la normalidad.
- III. Se cumplen todos los criterios de bulimia nerviosa, pero los episodios de sobreingesta ocurren con una frecuencia inferior a dos veces por semana y su duración es inferior a tres meses.
- IV. Una persona con peso normal lleva a cabo conductas de control del peso inadecuadas tras comer pequeñas cantidades de comida: por ejemplo, provocarse el vómito tras comer dos galletas.
- V. La persona mastica y escupe grandes cantidades de comida pero no la traga.
- VI. Episodios recurrentes de sobreingesta en ausencia de las inadecuadas conductas compensatorias de la bulimia nerviosa.

1.4. Señales de alarma

Las señales de alarma que reproducimos (Adelantado y otros, 2001) nos ofrecen unas pistas muy importantes de cara a la detección temprana de una persona con algún TCA. Resultan una buena síntesis de los principales agentes causantes que analizaremos con mayor profundidad en el siguiente capítulo.

Con respecto a la comida:

- Utilización injustificada de dietas restrictivas.
- Preocupación constante, que puede llegar a ser obsesiva, por todo lo que esté relacionado con la alimentación.
- Interés exagerado por las dietas, recetas de cocina, tablas de calorías, etc.

- Preferencia por comer solo/a.
- Interés por cocinar para otra gente y costumbre de encontrar excusas para no comer.
- Sentimientos de culpa por haber comido.
- Comportamiento alimentario extraño: comer de pie, desmenuzar la comida en trozos muy pequeños, jugar con la comida, esconderla...
- Irse de la mesa y encerrarse en el baño siempre después de cada comida.
- Callosidades en los nudillos de las manos que pueden deberse a la provocación de vómitos.

En relación con el peso:

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

En relación con la imagen corporal:

- Percepción errónea de tener un cuerpo gordo.
- Intentos de esconder el cuerpo con la utilización de ropa ancha, evitando el bañador...

Con respecto al ejercicio físico:

- Realizar ejercicio físico en exceso y estar con nervios si no se hace.
- Utilización del ejercicio para adelgazar.

Con relación a su comportamiento:

- Insatisfacción personal constante.
- Estado depresivo, irritable, con cambios de humor demasiado frecuentes.
- Disminución de las relaciones social, con tendencia a estar aislado.
- Aumento aparente de las horas de estudio.
- Dificultad de concentración.

1.5. Algunos mitos sobre los TCA

Con frecuencia, existen una serie de ideas erróneas o mitos sobre los trastornos del comportamiento alimentario que favorecen la aparición, mantenimiento y retraso en la detección de los mismos. Seguidamente, ofrecemos una breve recopilación (Perpiñá, 2000 y Thompson, 2002):

Mitos	Realidades
Sólo las chicas adolescentes de clase media alta pueden sufrir un TCA.	Son el fragmento de población más representado, pero se amplia a los chicos y a otras edades.
Las personas con TCA están muy delgadas.	Las personas con TCA pueden tener muchos pesos diferentes, la extrema delgadez sólo ocurre en el caso de una fase de anorexia. Incluso una enferma puede oscilar mucho de peso.
No puede ser anoréxica una persona que come cuando tiene que hacerlo. Si como tres veces al día (o como mucho a lo largo del día) y nunca me purgo, ¿cómo puedo tener un TCA?	La restricción de comida y calorías se puede hacer de diferentes maneras: ayunar, saltarse comidas, prohibirse alimentos, no comer unos días pero comer “normalmente” otros, etc. Las carencias pueden ser de calorías o nutrientes básicos, no de comida en sí.
Como chocolate/dulces/bocadillos... es imposible que sea anoréxica.	Aunque gente afectada de TCA se auto-prohibía alimentos, otras enfermas utilizan estos alimentos en sus atracones. Además, pueden ingerir comida de bajo valor nutritivo, p.e. comida basura, porque les proporciona una falsa sensación de energía y les calma el hambre.
Yo no me provoco el vómito o uso laxantes, no puedo tener bulimia.	Hay otros métodos de “compensar” la ingesta que la persona cree excesiva como hacer mucho ejercicio, eliminar ágapes o alimentos...
Tomo suplementos de vitaminas/minerales. No me puede pasar nada.	Los suplementos pueden retrasar la aparición de ciertas infecciones, pero no protegen frente a las graves secuelas físicas, psicológicas o la sensación de estar atrapado por su propio problema.
No me puedo morir de esto.	Los TCA son, tal vez, los únicos trastornos mentales que pueden conducir directamente a la muerte del paciente.
Mi hijo/a-sobrino/a-amigo/a come bien cuando está conmigo. No puede tener un TCA.	La gente enferma, si no puede esquivar una comida, puede comer “normal” cuando está en compañía; después, a solas, es cuando efectúa las conductas inapropiadas: ayunos, restricciones, purgas, atracos...

Mitos	Realidades
Los TCA son sólo una cuestión de vanidad y por querer presumir.	Los TCA tienen más que ver con la manera de hacer frente a la vida y a uno mismo, que con querer quitarse kilos de encima.
Esto es sólo una fase...	Los TCA no son una cuestión de “fases”. Siempre requieren de ayuda, si no se complicarán y se cronificarán.
Si pudiera hacer que comiera/que no se atraque/que no vomite/... se resolvería el problema.	Centrarse en las conductas anómalas respecto a la ingesta de comida es un error, ya que la persona paciente utiliza el control sobre su cuerpo y la ingesta por el miedo, o con la esperanza, de poder controlar otros aspectos de su vida.
No te puedes restablecer completamente si has padecido un TCA.	La recuperación lleva un largo tiempo, pero, con trabajo duro y el tratamiento adecuado, una persona enferma se puede recuperar completamente de su trastorno alimentario.
Los hombres con TCA son siempre homosexuales.	La opción sexual de la gente no tiene una relación directa con el hecho de contraer una enfermedad de este tipo.
La gente con anorexia no tiene atracones ni se purga.	Muchas personas con anorexia realizan atracones y conductas purgativas.
Las personas con TCA lo tienen para hacer daño a su familia o amistades.	La gente con TCA se hace el daño a sí misma; además, normalmente sufren mucho cuando ven la preocupación o daño que causan a su alrededor por culpa de su enfermedad.
Comer compulsivamente no es un TCA.	Es un TCA tan serio como la anorexia o la bulimia nerviosas.
Quienes comen compulsivamente son sólo personas vagas.	Estas personas usan la comida como la gente con anorexia o bulimia. Es una respuesta ante los problemas que no saben afrontar de otra manera.

1.6. Obesidad

Nuestra sociedad no sólo rechaza la obesidad, sino que también rechaza a la gente obesa. Con la sobrevaloración de los cuerpos delgados, se confunde obesidad con sobrepeso, y mucha gente se siente culpable porque se cree con sobrepeso siendo totalmente normales (Toro, 2000).

En nuestra cultura, se nos enseña que aquéllos que son capaces de “autocontrolarse” consiguen el éxito personal y profesional. La conducta “no comer” es una conducta que manifiesta “autocontrol”. Por asociación con la obesidad, el comer

y las señales corporales que depara la ingesta de alimentos se interpretan como poderosos estímulos condicionados negativos (Carrasco y Luna, 2000).

De alguna forma, ser gordo o gorda equivale a ser una persona descuidada (ser delgado o delgada es cuestión de fuerza de voluntad; si uno quiere serlo sólo debe seguir una de las innumerables dietas conocidas o consumir unos productos que pregonan que en muy poco tiempo se obtienen buenos resultados), perezosa o, lo que es lo mismo, tener poco autocontrol, ser enfermiza y, evidentemente, poco atractiva. No obstante, la teoría del *set point* o punto fijo biológico que explicaremos cuando hablemos de los agentes causantes, contrarresta la idea de que las personas obesas son las únicas responsables de su problemática. Esto, junto a los péssimos resultados a largo plazo de las dietas de adelgazamiento, nos harían llegar a la conclusión de que la obesidad puede ser producida más por el efecto de la herencia que por el de nuestra conducta alimentaria. A pesar de algunas evidencias en este sentido, en el ámbito popular sigue siendo dogma el que uno adelgaza cuando quiere y como quiere. Los innumerables beneficios que obtiene “la industria del adelgazamiento” seguramente juegan un gran papel en que estos mitos se mantengan y difundan (Raich, 1994).

Frecuentemente se asocia un simple sobrepeso con obesidad, cuando ésta última requiere de un detallado análisis para su diagnóstico médico. La obesidad es un trastorno complejo y crónico que se desarrolla como consecuencia de la interacción de múltiples factores: genéticos, fisiológicos, metabólicos, conductuales, sociales y culturales. Asimismo, está asociada a un incremento en la morbilidad y mortalidad. La obesidad es una entidad clínica de compleja definición objetiva. La mayoría de estudiosos la definen como una acumulación excesiva de grasa corporal; por tanto, para diagnosticar a una persona como obesa es imprescindible poder determinar la cantidad de tejido adiposo que tiene y comparar sus resultados con el intervalo de normalidad de los valores estándares correspondientes a la población a la que corresponde. Según la OMS (en Saldaña, 2000), la obesidad se está incrementando en proporciones epidémicas en todo el mundo, a la vez que el número de personas que está siguiendo dietas es el más alto de todos los tiempos. La tasa de población que sigue dietas es, especialmente entre las mujeres, muy superior a la prevalencia de la obesidad. Heini y Winseir (1997) han denominado “paradoja americana” a esta divergencia en los datos entre el incremento de obesidad y la disminución en los patrones de ingesta de grasas, sugiriendo que lo que en realidad se ha producido en los últimos años es una reducción drástica en la actividad física relacionada con el gasto energético (Saldaña, 2000).

El tratamiento de los sujetos con sobrepeso solamente es recomendable cuando tienen dos o más factores de riesgo o una gran circunferencia de la cintura. Debe estar motivado más por el riesgo que se deriva del exceso de peso que por motivos estéticos, consecuencia de la presión social (Saldaña, 2000).

Para el cirujano Antonio Sitges-Serra (2003), medicar la obesidad es un error porque lleva a la frustración y se agrava el gasto sanitario. Considera que es un ejercicio de hipocresía que se promueva por un lado los hábitos consumistas, mientras los políticos y políticas se lamentan de la salud de la sociedad. Mientras, la ministra de Sanidad, al hacer público un estudio en el que se afirmaba que el 15% de los menores españoles son obesos y casi el 50% padece sobrepeso, advertía “la epidemia de sedentarismo que se vive en la sociedad que vivimos favorece la inactividad como estilo de vida” (Izquierdo, 2003).

En los últimos tiempos, abundan los anuncios que ofrecen soluciones quirúrgicas a la gente con obesidad, pero este tipo de pacientes deben ser operados en centros que reúnan tanto los últimos avances como a un equipo multidisciplinar (cirujano, dietista, endocrinólogo, psiquiatra) que no se limite a la intervención quirúrgica (Lacy, 2003).

2. Principales causas de los trastornos del comportamiento alimentario

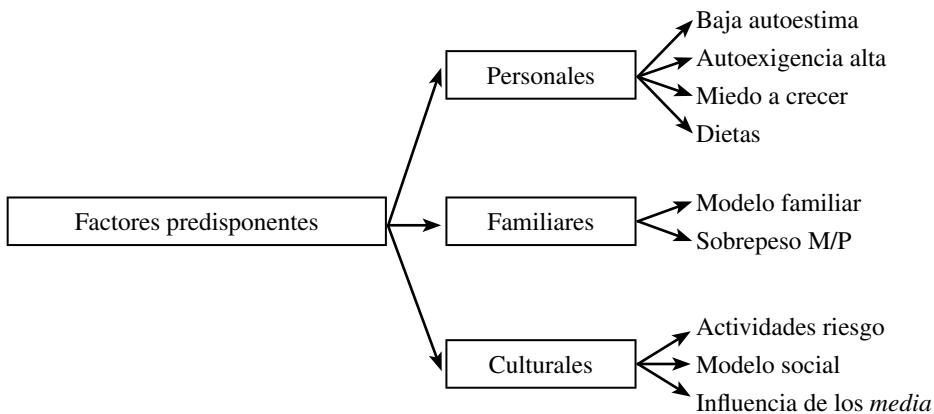
Un grupo de niños y niñas juegan en la playa. Algunos niños están sentados en una barandilla, observan a una niña que tiene un poco de barriga, pero que para nada está obesa y que está sentada en la arena. Le dicen: «Tú, la embarazada, ¿qué haces en el suelo?» Con cara triste, la niña se levanta y se sienta en un extremo de la barandilla, sola. Agosto de 2002, Playa de L'Escala

Los trastornos del comportamiento alimentario ofrecen aún a los/las investigadores un buen número de incógnitas en lo que respeta a por qué se originan. No obstante, parece claro que hay muchos factores, tanto genéticos como personales, familiares y socioculturales, que resultan determinantes en la aparición de los TCA. Se ha podido establecer una primera clasificación, diferenciando entre los factores que con más frecuencia predisponen a contraer alguno de los TCA, los que pueden precipitarlos y los que los mantienen y cronifican (Adelantado y otros, 2001).

Dichos trastornos son de origen multicausal, es decir, se precisa de la interrelación entre varios agentes causantes para que se desencadenen uno o varios –pueden coexistir diferentes trastornos en un/a paciente– trastornos del comportamiento alimentario. La forma en que éstos interactúan influye en la aparición del problema y su permanencia.

A continuación nos adentraremos en los tres grandes tipos de agentes causantes con sus correspondientes subdivisiones.

2.1. Factores predisponentes



Bajo este enunciado –factores predisponentes–, encontramos todos aquellos elementos que pueden estar presentes, tanto en la especificidad de cada persona como en su familia y/o su entorno socio-cultural y que pueden suponer que la persona tenga una mayor vulnerabilidad a desarrollar algún tipo de TCA.

2.1.1. Factores personales

a) Baja autoestima

El hecho de tener una baja autoestima puede repercutir de forma muy seria en el rendimiento tanto social como escolar. En el tema que nos ocupa, facilita que haya una preocupación excesiva por la imagen corporal y una distorsión de la misma. Una autoestima baja provoca que los TCA afecten prioritariamente a las niñas porque, según parece, su autoimagen está más orientada hacia los aspectos relacionales que hacia los valores. Es más probable que las niñas se definan en términos del aspecto físico y, cuando esto se torna exagerado, puede provocar problemas en relación con la comida (Striegel-Moore y col., 1986).

Si el aspecto no es el que se supone que se debería tener por más que se intente o deseé, la imagen corporal ideal y real entran en conflicto y la gente se vuelve muy vulnerable a las dudas sobre uno mismo y a sus sentimientos de insuficiencia. Es posible que la autoestima resulte afectada y, en consecuencia, la autopercepción (cómo te evalúas, qué crees que los demás piensan de ti y cómo interpretas sus reacciones hacia ti) sea errónea y no refleje lo que sucede en realidad. Asimismo, quienes carecen de autoestima suelen tener problemas para expresar sus sentimientos “¿A quién voy a gustarle?”, “no merezco que me quieran” (Kolodny, 2000).

b) Nivel muy alto de autoexigencia

Es difícil asegurar qué rasgos predisponen a contraer un TCA porque, cuando se estudia la personalidad de un/a paciente, ya existe influencia de la enfermedad. Parece ser que el perfeccionismo es un factor de riesgo para la anorexia, amén de para las depresiones y el suicidio. Buscan metas muy elevadas, tienen muy buenos resultados académicos, conseguidos gracias a su gran dedicación, lo que favorece que se les conceptúe de «inteligentes», aunque la malnutrición tiende a disminuir el rendimiento intelectual. Todo cuanto no sea triunfar es fracasar. Para sentirse bien, deben ser la primera en todo, necesitan la aprobación y la aceptación social. Los estudios, el rendimiento académico, constituyen un importantísimo y revelador banco de pruebas, plenamente aceptado y valorado socialmente. La práctica del estudio durante su tiempo libre la va alejando progresivamente de las otras actividades, relaciones y centros de interés que suelen ser importantes fuentes de gratificación emocional y desarrollo psicosocial. Pero esa dedicación nunca sustituye su preocupación por el peso. Cuanto más elevadas son las metas, más improbable es alcanzarlas, y de ahí la permanente sensación de insatisfacción generalizada de la anoréxica, pero su tenacidad la obliga a seguir luchando. La enferma de anorexia se satisface en el autocontrol, en el hipercontrol: «si soy capaz de hacer esto, podré hacer cualquier cosa que me proponga en esta vida» (Toro y Artigas, 2000).

No hay que olvidar un fenómeno social que fundamentalmente sufren las mujeres y que les añade una enorme presión, sobre todo si son jóvenes: ir por la calle sin escuchar algún comentario sobre su aspecto físico puede resultarles complicado. Son ellas las que reciben las voces de admiración más sexuadas y en algunos casos soeces. Se asustan y algunas veces con razón ante intentos de agresiones sexuales. Su propia sexualidad la ven aún inexistente o muy lejana y se refugian en los estudios con gran exigencia (Morandé, 1995).

c) Miedo a madurar o a crecer

Se acusa principalmente en la adolescencia, y puede provocar alteraciones emocionales que van a dificultar sus relaciones sociales. Se ve especialmente agravado por una sobreprotección de los padres y madres que genera una gran inseguridad cuando atraviesan por etapas de cambio o generadoras de estrés.

d) Autoimposición de dietas

Según el ya clásico estudio de Minnesota sobre los efectos del ayuno realizado en 1950 por Keys y otros (Perpiñá, 2000), éste provoca, entre otras muchas cosas, preocupación por la comida, colecciónar recetas, aumento del consumo de café, té y especias, mascar chiclé, atracones, depresión, ansiedad, irritabilidad, problemas de concentración, apatía, trastornos en el sueño, debilidad, decrecimiento del interés sexual, pérdida de cabello, lanugo, sequedad de piel... Posiblemente nos suenen algunos de estos comportamientos en gente que conozcamos que siga una dieta ¿verdad?

El seguimiento de dietas parece jugar un papel causal importante en el desarrollo de trastornos de la alimentación, pero, como seguir dietas está de moda, en parte debido al rechazo de la obesidad y el “culto al cuerpo delgado”, la proliferación de dietas de dudoso valor para la salud es un hecho y está contribuyendo a que siga incrementándose el número de personas obesas o con trastornos de la alimentación (Saldaña, 2000).

Una parte muy significativa de los consejos presentes en la mayoría de las dietas es que evitemos las grasas y muchos otros productos –que seguimos consumiendo porque nos gustan, aunque lo hacemos a menudo con un cierto sentido de culpabilidad por la transgresión–, junto a la mínima ingesta calórica. Alemany (2002) nos recuerda que todos los excesos pueden ser perjudiciales, incluso si hablamos de hortalizas y verdura, ya que estos alimentos sólo pueden ser acompañantes de los platos principales pero nunca sustitutos de los platos energéticos: las hortalizas tienen pocos nutrientes y a menudo los eliminamos con el agua de cocción al escurrir las verduras hervidas. Un exceso de hortalizas en la dieta provoca dilatación intestinal por fermentación, y un exceso de fruta puede dar lugar a una sobrecarga de azúcares análoga a la que tomamos con los dulces.

La moda de *medicalizar* la comida es absurda; sólo una minoría de la población necesita tener un cuidado especial en cuanto a los alimentos que debe tomar, como, por ejemplo, los que sufren diabetes, intolerancias, enfermedad celíaca, etc. (Alemany, 2002).

La situación es tal que cada vez resulta más difícil encontrar a alguien que no haya seguido algún régimen, y no decir ya de alguna persona que no conozca a otra que haya seguido uno, eso debe ser ya misión imposible. Seguir dietas está de moda porque *nos han dicho* que hay que estar delgados y, curiosamente, incluso la gente delgada las sigue. Para conseguir este fin, no dudamos en consumir todo tipo de alimentos, o *alimentajes* como diría Mafalda, que tienen siempre como promoción del producto el ser *lights*, sin grasa, con 0% o muy poca grasa ¡Sin grasa! La repetición del mensaje implica que consumiremos más grasa, porque los alimentos no grasos nos autorizan a comer más. “Cuanta menos grasa tenga algo, más vale la pena comérselo”. Para Hillel Schwartz, el régimen es la mejor forma de manipular el deseo, precisamente porque es muy frustrante. Y como el capitalismo depende del gasto de los consumidores, cuanto más se pongan a régimen, más se frustran sus deseos y se magnifican sus demandas imperiosas. Más régimen se traduce en más apetito y más apetito en más consumo (Klein, 1997).

El masivo seguimiento de dietas en nuestra sociedad va estrechamente ligado a la valoración negativa que se le otorga a la grasa, cuyo *producto estrella* es la celulitis. Pero la grasa no solamente no es *mala*, sino que es fundamental para que nuestros organismos funcionen con corrección. Las mujeres necesitan tener como media en su cuerpo entre el 18 y el 30% de grasa, mientras que los hombres entre un 12 y un 20%. La diferencia entre sexos estriba en que los hombres poseen más tejido muscular que es metabólicamente más activo; de esto se puede inferir que

las mujeres ganan peso con más facilidad que los varones y les cuesta más perderlo (Rolls y otros, 1991). Como la relación grasa/músculo es inferior en las mujeres y su peso también, sus necesidades energéticas también serán menores (Toro, 1996).

Por lo que respecta a uno de los productos estrella de las empresas de cosméticos, la celulitis, parece ser que no es un nombre científico, sino que fue acuñado por unos fabricantes franceses de cosméticos en la década de los 70 del pasado siglo para denominar a un tipo de grasa que se combatía con sus productos. La piel está sujeta al músculo mediante fibrillas de colágeno dispuestas en forma de red. Cuando se deposita la grasa correspondiente, ésta llena los huecos pudiendo aparecer hoyuelos. Éstos se manifiestan claramente, o se exageran, cuando la piel pierde elasticidad, “tono”, cosa que ocurre con el paso de la edad y tras exposiciones excesivas a la luz solar. En cualquier caso, estamos haciendo referencia a los depósitos normales de grasa (Toro, 1996). No es algo esencialmente patológico y mucho menos producido por unas supuestas “toxinas” (Sanders y Balzagette, 1994).

El fracaso generalizado de la efectividad de los regímenes que nos arrojan las cifras, y la experiencia de la gente que los sigue –el 98% de personas que han perdido peso con dietas, los recuperan en los 5 años siguientes, y el 95% en los dos años siguientes (Calvo, 2002)–, se ve corroborado por la teoría científica del *set point* o nivel de regulación ponderal de nuestro cuerpo. Según esta teoría, nuestro cuerpo tiene un punto fijo de peso, diferente en cada persona, en el cual oscilamos, pero no podemos modificar a nuestra voluntad, aunque sí podemos desajustarlo con un continuo maltrato a nuestra organismo (Toro, 1996). Esto origina que nuestro cuerpo tienda a mantenerse dentro de unos límites dentro de los cuales se autorregula de forma natural; es decir, si consumimos más, tiende a quemar más, si la ingesta energética es menor de lo necesario, nuestro organismo se vuelve tacaño y gasta menos calorías. Eso sí, cuantas más veces se pierde peso, más se desajusta el punto de equilibrio y más peso se adquirirá en la siguiente fase de recuperación. Afortunadamente, la mayoría de personas que tratan de hacer dietas las realizan durante muy poco tiempo y a menudo se las saltan. Este aparente fracaso las salva de contraer un TCA (Raich, 1994).

Ha quedado demostrado que algunas dietas radicales proporcionan el mismo nivel de alimento, menos de 900 calorías, que el que recibían los prisioneros de Buchenwald. A los ojos de mucha gente, el hambre de Buchenwald debe de tener su encanto. Algunos comentaristas que describían las recientes muertes de Somalia no podían evitar destacar la elegancia de sus alargadas siluetas sin grasa, esqueletos andantes que vestían (o desvestían) un cierto ideal de belleza, como las supermodelos hambrientas, que se han convertido en los iconos más *glamorosos* de nuestra cultura (Klein, 1997).

Cuando una persona realiza una dieta de forma duradera, trastorna la capacidad del organismo para discriminar las señales de hambre y de saciedad. Esta capacidad biológicamente determinada está presente en nuestro interior desde el mismo momento del nacimiento. Los seres vivos nacemos “sabiendo” lo que hay que comer. El niño o la niña recién nacido sabe cuándo está lleno y no quiere más. Al hacer dieta, la perso-

na “borra” esta sabiduría del organismo y aprende a no hacer caso de las señales de su cuerpo porque la que dirige nuestras conductas es la dieta (Calvo, 2002). También existen agentes biológicos de predisposición, pero, evidentemente, tales factores no obligan a nadie a tomar la decisión de adelgazar (Toro y Artigas, 2000).

Para finalizar, un botón de muestra: la tabla de calorías medias para que el cuerpo funcione con normalidad, que ofrece un gravísimo contraste con las calorías que proponen multitud de dietas (López, 2000):

EDAD	kcal(1)	kj	Proteína gr (2)	Ca mg	Fe mg	I µg	Zn mg	Mg mg	Tiamina mg	Riboflavina mg	Equivalentes de niacina mg	Ácido fólico µg	Vitamina B12 µg	Ácido ascórbico mg	Vitamina A: equivalentes de retinol, µg µg	Vitamina D µg
Niños y niñas																
0-1/2	650	2720	14	500	7	35	3	60	0.3	0.4	4	40	0.3	50	450	10
+1	950	3975	20	600	7	45	5	85	0.4	0.6	6	60	0.3	50	450	10
1-4	1250	5230	23	650	7	55	10	125	0.5	0.8	8	100	0.9	55	300	10
4-6	1700	7113	30	650	9	70	10	200	0.7	1.0	11	100	1.5	55	300	10
6-10	2000	8368	36	650	9	90	10	250	0.8	1.2	13	100	1.5	55	300	2.5
Sexo masculino adolescentes y adultos																
10-13	2450	10251	43	800	12	125	15	350	1.0	1.5	16	100	2.0	60	575	2.5
13-16	2750	11506	54	850	15	135	15	400	1.1	1.7	18	200	2.0	60	725	2.5
16-20	3000	12552	56	850	15	145	15	400	1.2	1.8	20	200	2.0	60	750	2.5
20-40	3000	12552	54	600	10	140	15	350	1.2	1.8	20	200	2.0	60	750	2.5
40-50	2850	11924	54	600	10	140	15	350	1.1	1.7	19	200	2.0	60	750	2.5
50-60	2700	11297	54	600	10	140	15	350	1.1	1.6	18	200	2.0	60	750	2.5
60-70	2400	10042	54	600	10	140	15	350	1.0	1.4	16	200	2.0	60	750	2.5
>70	2100	8786	54	600	10	125	15	350	0.8	1.3	14	200	2.0	60	750	2.5
Sexo femenino adolescentes y adultas																
10-13	2300	9623	41	800	18	115	15	300	0.9	1.4	15	100	2.0	60	575	2.5
13-16	2500	10460	45	850	18	115	15	330	1.0	1.5	17	200	2.0	60	725	2.5
16-20	2300	9623	43	850	18	115	15	330	0.9	1.4	15	200	2.0	60	750	2.5
20-40	2300	9623	41	600	18	110	15	330	0.9	1.4	15	200	2.0	60	750	2.5
40-50	2185	9142	41	600	18	110	15	330	0.9	1.3	14	200	2.0	60	750	2.5
50-60	2075	8682	41	700	10	110	15	300	0.8	1.2	14	200	2.0	60	750	2.5
60-70	1875	7845	41	700	10	110	15	300	0.8	1.1	12	200	2.0	60	750	2.5
>70	1700	7113	41	700	10	95	15	300	0.7	1.0	11	200	2.0	60	750	2.5
Mujer gestante																
	+250	+1046	+15	+600	—	+25	+5	+120	+0.1	+0.2	+2	+200	+1.0	+20	—	+7.5
Mujer lactante																
	+500	+2092	+25	+700	—	+45	+10	+120	+0.02	+0.3	+3	+100	+0.5	+26	—	+75

(1) No se señalan necesidades de grasa, pero se considera que este nutriente no debe sobrepasar el 30% de la energía total. En cuanto a la composición, el ácido linoléico debe suministrar entre el 2 y el 6% de la energía.

(2) Las necesidades en proteína, se calculan para una calidad media de la dieta española de una NPU-70 (utilización neta de la proteína), excepto para los lactantes, que se refieren a la proteína de leche.

Fuente: G. Varela. 1998

2.1.2. Factores familiares

a) Vida familiar

A pesar de que no es posible verificar la existencia de una familia típica o específica de anorexia (Toro y Vilardell, 1987), sí que se han descrito aspectos familiares que pueden tener alguna influencia en la aparición de estos trastornos: familiares de primer grado que presentan TCA, trastornos afectivos, abuso de alcohol o de otras sustancia, obesidad materna, estatus socioeconómico medio/alto y, en alguno de los casos –en anorexia nerviosa– edad del padre y de la madre más elevada de lo habitual (Raich, 1994).

Los padres y madres hiperprotectores interfieren negativamente en el desarrollo autónomo de sus hijos o hijas, que, cuando llegue el momento de decidir y actuar, no estarán acostumbrados, dado que siempre lo han tenido todo resuelto; por lo tanto, tenderán a resolver sus conflictos imitando el comportamiento de los demás o siendo muy obedientes con las enseñanzas recibidas. En el polo opuesto, posiciones extremadamente tolerantes y/o emocionalmente distantes de las madres y padres, generan una imagen desestructurada y falta de autoestima en los hijos, porque tienen que hacer frente a situaciones para las que todavía no están preparados (Calvo, 2002).

Si los niños y niñas viven en casa una preocupación exagerada por la imagen corporal, éste es el principal valor que se les está transmitiendo, en detrimento de otros más positivos para su autoestima y su desarrollo personal –no hay que olvidar que lo que perdura es lo que se vive–. Es muy probable que estos progenitores tengan dificultades para aceptar su propio cuerpo y el de sus hijos e hijas y transmitan poca seguridad en sus relaciones interpersonales. Este clima familiar crea en los niños y niñas un importante miedo a engordar (Calvo, 2002), ya que estarán rodeados de productos *light*, de comentarios críticos sobre los cuerpos de las personas de casa y de otras cercanas, etc. Con frecuencia, nos encontramos a personas, principalmente mujeres, que ya en su edad adulta tienen una mala relación con la comida debido a que en su infancia sufrieron en casa una excesiva fijación por su figura, a la vez que observaban que la madre realizaba todo tipo de artimañas para perder peso.

Centrándonos en el caso de la anorexia nerviosa, Toro y Artigas (2000) nos revelan que, en las familias de pacientes anoréxicos, tiende a haber más

casos de depresión, alcoholismo y trastornos del comportamiento alimentario. Ciertos errores educativos, cierta conflictividad en sus relaciones, cierta confusión en la delimitación de las funciones de cada uno... puede predisponer a la anorexia nerviosa, aunque hay que tener en cuenta que las familias se estudian cuando los/las pacientes ya padecen la enfermedad.

Son contadísimos los casos en que, pese a las tensiones y ansiedades del día a día anoréxico, las relaciones madre-hija se mantienen con un mínimo de cordialidad y serenidad. Si no fuera por las horas de las comidas, una gran parte de las discusiones dejarían de existir. A veces, se generan diferencias madre-hija, pero otras se desarrolla una dependencia excesiva. Cuando se hace forzoso romper esa vinculación excesiva, claramente regresiva, infantilizante, la frustración de la paciente se transforma en agresividad y rechazo. Hay que tener presente que, a la temática e inquietudes de la anoréxica, se le suman las de la adolescente que se siente excesivamente controlada. El padre medio suele reaccionar con menos sutileza, manifestando su frustración y dejándose llevar por la cólera consiguiente con más frecuencia que la madre. Cuando esto sucede, la susceptible e irritable anoréxica amplifica el volumen de la agresividad del padre. Muchas veces, las actitudes paternas suponen una clara dimisión de las necesarias funciones de apoyo. Las intervenciones «duras» son claramente contraproducentes, pero las «blandas» también generan conflictos. Algunas veces, el distanciamiento del padre tiene consecuencias positivas, puesto que reduce la presión ejercida sobre la anoréxica. En ocasiones, el padre mantiene la serenidad y, elemento fundamental, sigue las instrucciones del terapeuta: “siempre a su lado, pero a distancia” (Toro y Artigas, 2000).

A veces, se desarrolla el trastorno anoréxico en dos hermanas de modo casi simultáneo, a causa de la competición pro adelgazante. Pero, normalmente, la hermana mayor suele hacer un papel modélico para su hermana pequeña. Así, sus comportamientos, actitudes, intereses y estilos de vida suelen constituirse en objetivos a conseguir por parte de la menor. A poco éxito familiar y social que aquélla tenga, su papel será admirado por la pequeña. Cuando la hermana admirada practica dietas adelgazantes, las cosas se complican. Si el modelo actúa así, ésa puede ser la solución a la insatisfacción corporal que experimenta nuestra adolescente. La hermana también puede constituirse en modelo alimentario. Si la hermana mayor tiene muchos más años que la adolescente, la situación suele cambiar, ya que no existen las mismas posibilidades de identificación. Cuando es la mayor la que presenta la enfermedad, la pequeña suele pasar totalmente desapercibida. (Toro y Artigas, 2000).

En el caso de que existan hermanos, suelen ocupar un papel muy secundario en estas cuestiones. Lo normal es que eludan el problema porque les cuesta entenderlo. No hay que olvidar que, a la tradicional menor empatía masculina,

hay que añadirle que, hasta hace muy poco, no sentía la presión mediática sobre su aspecto que las mujeres conocen desde hace tantos años. Pero, a veces, el papel es más relevante de lo que se piensa. Si el hermano se constituye en modelo a imitar, es muy posible que el hecho pase desapercibido. La chica puede considerar modélica la delgadez del varón. Las más que habituales bromas y burlas con las que algunos hermanos *obsequian* a sus hermanas, en muchachas sensibilizadas, pueden tener, y de hecho tiene, efectos devastadores (Toro y Artigas, 2000). Aparte de eso, sucesos traumáticos como un abuso sexual también pueden marcar el camino hacia un TCA (Black, 2001).

- b) Sobre peso u obesidad en la madre (principalmente) o en el padre
- Lógicamente, en este apartado nos encontramos con la predisposición genética, junto al potencial de modelaje de la conducta que poseen las madres y padres sobre la conducta alimentaria de los niños y niñas. Pero, además, es normal que, si alguno de los progenitores, especialmente la madre, tiene o ha tenido sobre peso u obesidad, quiera proteger a su niño o niña de las circunstancias desagradables que esto provoca, si observan que su pequeño empieza a tener sobre peso. Entonces, otorgan a la comida una valoración negativa, y ponen desde muy pequeñitos a sus hijos o hijas a régimen.
- A la vez, se puede dar el efecto inverso: si una chica considera gorda a su madre, puede tomar la determinación de imponerse medidas muy drásticas para disminuir su peso (Raich, 1994).

2.1.3. Factores socioculturales

- a) Actividades/profesiones de riesgo

Parece que existen verdaderas profesiones “de riesgo” para la aparición de los trastornos de las conductas alimentarias. La mayor parte de las gimnastas tienen en su cuerpo un porcentaje de tejido graso del 8-9% (Yates, 1991), mientras que la media de una mujer sana es del 20%. Las investigaciones también indican que una de cuatro estudiantes de danza padece anorexia nerviosa y un 15% bulimia nerviosa (Garner y otros, 1987). Los factores de riesgo que coinciden en deportistas y artistas son: las dietas hipocalóricas, con frecuencia dictadas por sus entrenadores y profesorado; la actividad física excesiva y a veces exhaustiva; la exhibición pública del cuerpo; una elevada competitividad, incluyendo en ella la estética corporal; los modelos corporales y alimentarios muy cercanos y de dudosa salubridad; el anhelo de delgadez propio de la población de su edad y sexo (Toro, 2000).

Y los hombres tampoco son una excepción, puesto que a los que participan en deportes competitivos en los que la talla y figura corporal son importantes –gimnasia, patinaje sobre hielo, danza, baile, lucha– también les aumenta el riesgo de contraer un TCA (Black, 2001). En el Colegio Superior y la Universidad Cornell de Ithaca, Nueva York, se realizó un estudio sobre

la relación entre el control de peso y los TCA en atletas masculinos que jugaban a fútbol americano de la categoría de peso liviano, en el que los jugadores deben mantener el mismo peso. Entre otros datos, la investigación reveló que el 74% se daban atracones, el 72% controlaban su peso haciendo ejercicio físico o ayunando, el 4% utilizaba laxantes y el 17% recurría al vómito inducido para controlar su peso (Depalma y col., 1993).

Christy Heinrich, gimnasta de renombre mundial, desarrolló anorexia después de que un juez la considerase demasiado gorda para integrar el equipo olímpico. En aquel entonces tenía 18 años, medía 1,47 y pesaba 42,2 Kg.; murió tres años más tarde pesando 21,3 Kg. (Gayle, 1997).

b) *Modelo social e influencia de los mass media*

La actual difusión de los TCA no puede entenderse sin tomar en consideración los factores sociales y culturales que la explican. Sin ellos, seguramente no existiría la actual epidemia (Toro, 1996).

El principal agente sociocultural es el actual modelo social en el que la juventud y la delgadez juegan un papel primordial, gracias a la publicidad y la moda, junto a las denominadas actividades o profesiones de riesgo. La adolescencia no es un fenómeno universal y homogéneo: difiere según las épocas, las culturas y las clases sociales. Se debe poder establecer una relación entre la psicopatología específica de la adolescencia y el tipo de adolescencia promovido por nuestra sociedad: la problemática del cuerpo, el proceso del duelo ligado a la independización y el narcisismo (Guillemot y Laxenaire, 1994).

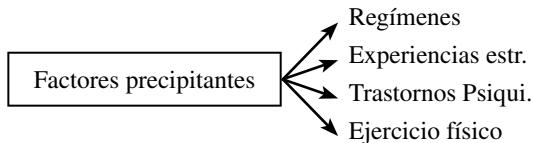
La actividad física moderada comporta beneficios; en cambio, la malnutrición hace compulsivo el ejercicio físico y el ejercicio físico excesivo reduce la ingestión alimentaria (Epling y Pierce, 1996). Esto multiplica el riesgo de anorexia nerviosa. En un estudio (Martínez Mallén), el 46% de adolescentes de Barcelona reconocía haber practicado ejercicio físico con intención explícita de adelgazar (Toro, 2000).

Una de las causas que han inducido al establecimiento de dietas rígidas y a la eclosión del trastorno ha sido un “turbulento pasado de gordita”. Muchas de las pacientes explican que se sentían muy mal porque se consideraban fuera de los cánones que la moda marcaba (Raich, 1994).

Las conductas, actitudes y valores son los que dominan en la sociedad donde se vive. Pero también los hay que son propios de la edad, de la subcultura adolescente (determinados vestidos, peinados, cierta forma de hablar, cierto argot, formas de divertirse, preferencias de determinados actores y actrices, cantantes...). Y uno de los principales de esta subcultura es el estar delgado.

Más adelante, entraremos con más profundidad en este tipo de agentes causantes ya que sobre ellos, o a través de ellos, se debe centrar gran parte de nuestra acción preventiva. Por lo tanto, es preciso conocerlos con más detalle.

2.2. Factores precipitantes



Los factores precipitantes hacen referencia a aquellas circunstancias que hacen que se desencadene la enfermedad. El hilo común es que el o la paciente ha experimentado un intenso sufrimiento emocional y no sabe cómo hacerle frente de un modo saludable. Controlar los hábitos alimentarios, peso o funciones corporales, a menudo, proporciona una falsa sensación de control –según Jill Pollack, psicoterapeuta de New York City (Black, 2001).

a) Regímenes

Ya le hemos dado un somero repaso al seguimiento de dietas. Como factor precipitante, repercuten principalmente cuando se siguen de manera prolongada. La dieta restrictiva parece ser la principal causa de episodios de sobreingesta. Según la teoría de la contrarregulación de Polivy y Herman (1985), el mantener una restricción estricta sobre algunos alimentos origina que, cuando la dieta se rompe, la persona consuma gran cantidad de los alimentos que se había prohibido.

b) Experiencias estresantes

Son experiencias que incrementan la vulnerabilidad o el estrés. Pueden ser experiencias negativas relacionadas con el propio cuerpo, en forma de críticas recibidas, una pubertad que llega antes que a la mayoría de compañeras o eventos vitales que generen un gran estrés.

La aparición de estas circunstancias demanda del sujeto una capacidad de respuesta de la que muchas veces no dispone; por ello, se crea un nivel de tensión que, en el caso de los TCA, puede provocar que se inicie alguno de estos trastornos (Raich, 1994).

Enfrentarse a los cambios corporales como el aumento de peso y grasa corporal, que es normal en la pubertad de las mujeres, sitúa a la chica en el polo opuesto al modelo social. La autoestima decrece mucho entre las adolescentes. Las primeras experiencias de encuentros entre chicos y chicas suelen vivirse de forma más estresante para las muchachas, y no es extraño que atribuyan los fallos a su manera de ser. En bastantes casos, las pacientes se quejan de burlas familiares o de amistades como desencadenante de su trastorno (Raich, 1994).

La mayoría de los trastornos anoréxicos se inician durante la pubertad o poco después de transcurrida ésta. Se experimentan cambios en el sistema neurohormonal. Aparece una labilidad emocional, oscilaciones del humor, estado de ánimo inestable, que se da con mayor frecuencia en las muchachas: a partir de la pubertad, los trastornos depresivos ya se desarrollan en las chicas con

doble frecuencia que en los varones. Frases como «¡estás hecha una mujer!», «se está ensanchando muy deprisa; tengo que comprarle otros pantalones», «Chica, ¡qué culo tienes!» inquietan y fuerzan a plantearse o replantearse su corporalidad. La observación preocupada del propio cuerpo, de la nueva silueta en trasformación, la obliga a buscar puntos de referencia. Sin apenas ser consciente de ello, se fija mucho más que antes en las muchachas con las que se relaciona o incluso las desconocidas. Escucha lo que comentan, lo que critican, lo que valoran positivamente (Toro y Artigas, 2000).

La situación es muy diferente para los varones porque con la pubertad se acercan al ideal cultural de la masculinidad: cuerpo musculoso y fuerte (Striegel-Moore, 1993).

Dado lo complicado que puede resultar a las chicas aceptar los cambios físicos que experimentan durante la adolescencia, es importante que tengan información exacta sobre los cambios que les van a suceder, como que el porcentaje de grasa aumenta en las chicas y disminuye en los chicos. De lo contrario, sufren el riesgo de no aceptar su cuerpo porque no se adapte a su imagen ideal y, en consecuencia, se incremente la posibilidad de contraer un TCA (Kolodny, 2000).

En general, un mal hábito alimentario se vuelve peligroso cuando se convierte en una *obsesión* (idea o pensamiento que prevalece aunque no se quiera) o en una *convulsión* (algo que se necesita hacer una y otra vez sin saber realmente por qué) (Kolodny, 2000).

No es infrecuente que ciertas pérdidas de peso involuntarias, debidas a muy diversas causas, se prolonguen voluntariamente después de haber desaparecido los factores que las motivaron (Toro y Artigas, 2000). El origen de las mismas puede ser muy variado: la presión que soportan las personas más vulnerables en los exámenes; los estudios en el extranjero, que pueden comportar una disminución o un aumento de peso y que recibirá el consiguiente refuerzo positivo o negativo al volver a casa; dificultad escolar, que por ejemplo provoque que se busque el éxito destacando en algún deporte; dietas prescritas médicaamente, enfermedades... (Calvo, 2002).

Algunas de las experiencias que pueden resultar estresantes para las niñas y los niños son las siguientes (Canalda, 1988):

- Nacimiento de un hermano/a.
- Separación del padre y la madre.
- Fallecimiento del padre.
- Cambio de vivienda.
- Inicio de trabajo de la madre fuera de casa.
- Cambio de escuela.
- Cambio de etapa escolar.
- Aparición de enfermedad grave.
- Conflictos importantes con un/a amigo/a.

Compass y cols. (1987) elaboraron un listado de 200 factores potencialmente estresantes en adolescentes, clasificados en:

- Intimidad, sexo, romance.
- Familia.
- Compañeros/as.
- Académicos.
- De autonomía.
- Sociales.

c) Trastornos psiquiátricos

Los TCA presentan una gran comorbilidad (existencia simultánea) con trastornos depresivos y/o de personalidad (trastornos obsesivos o trastornos de ansiedad y afectivos).

d) Ejercicio físico excesivo

La actividad física contribuye, aunque de forma modesta, a perder peso en las personas adultas con sobrepeso, y a las obesas les puede llegar a reducir la grasa abdominal, aunque no siempre ocurre. Asimismo, reduce, de manera independiente a otros factores, el riesgo cardiovascular, incrementando el ajuste cardiorrespiratorio; ayuda a mantener el peso perdido, siendo éste uno de los factores que marca la diferencia entre los sujetos exitosos y no exitosos en el mantenimiento de las pérdidas de peso alcanzadas a largo plazo. Además, existen pruebas de que la práctica de actividad física produce una mejoría en el bienestar psicológico general del sujeto, ayudándole a disminuir su ansiedad y a mejorar su imagen corporal (Saldaña, 2000). En definitiva, el ejercicio físico puede disminuir la aparición de enfermedades como las coronariopatías, obesidad, osteoporosis, diabetes mellitus o los trastornos emocionales, ya que la actividad física modera los estados emocionales negativos: disgusto, tristeza, hostilidad, etc. (Toro, 1996).

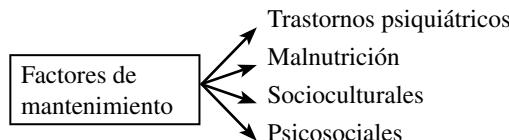
Sin embargo, también nos podemos encontrar con una *dependencia* hacia la actividad física. Morgan (1979) la caracterizó en tres puntos:

- Insistencia inexcusable en practicar ejercicio físico cada día.
- Síntomas de “abstinencia”, como irritabilidad, ansiedad o depresión ante la imposibilidad de hacer ejercicio.
- Continuidad de la actividad física pese a no estar recomendada por motivos médicos o sociales (algunas personas con TCA han sido “cogidas in fraganti” mientras hacían abdominales a las dos de la madrugada).

En consecuencia, la actividad física en exceso, asociada además al deseo de adelgazar, puede ser la desencadenante de un trastorno del comportamiento alimentario. Está comprobado que el ejercicio físico excesivo, tanto en personas como en animales, reduce la ingesta alimentaria. Pierce y otros (1986)

demostraron que la privación de alimento incrementa la eficacia reforzadora del correr y que el correr reduce el efecto reforzador del alimento. Es decir, el ejercicio físico compulsivo favorece la malnutrición y viceversa, o sea, se puede entrar en una espiral de la que salir puede resultar muy complicado.

2.3. Factores de mantenimiento



Los factores de mantenimiento hacen que perdure la enfermedad y tienen que ver fundamentalmente con las mismas consecuencias de los trastornos, es decir, con los efectos fisiológicos y emocionales de no comer y con determinadas actitudes. Por eso, parte de los factores causales pueden seguir ejerciendo un papel de mantenimiento del trastorno.

a) Trastornos psiquiátricos y malnutrición

La malnutrición ejerce un papel muy importante en la mayoría de casos de anorexia nerviosa; altera el hambre y la digestión, y conduce a comportamientos obsesivos y compulsivos para perder peso. La malnutrición no sólo pone en peligro la salud física, sino que provoca cambios neurobioquímicos que sustentan las alteraciones del estado de ánimo de las pacientes –estas alteraciones afectan poco a los varones o no les afectan– (Toro y Artigas, 2000).

Según Garner y Bemis (1985), una vez se ha llegado a la decisión de que es “absolutamente necesario que haga régimen para adelgazar” y se hace, esta conducta queda reforzada por un procedimiento de reforzamiento negativo, es decir, de evitación de la aversión. Beck (1976) ha observado que la conducta de evitación puede ser perpetuada por conjuntos cognitivos que pueden operar de manera autónoma. Un sistema de creencias se desarrolla y actúa como un molde al que se adapta la información que llega. Los datos que son inconsistentes con el sistema son desechados o distorsionados a imagen y semejanza de la creencia predominante. Si en el curso de la restricción alguien le dice que está demasiado delgada, cambiará o transformará este mensaje, de manera que puede llegar a confirmarle que en realidad aún está demasiado gorda (Raich, 1994).

La dieta no sólo está mantenida por la evitación de la situación fóbica –estar gorda– sino también por el refuerzo que recibe al sentirse capaz de controlarse. Le permite autoevaluarse, en un momento de crecimiento y afirmación personal, como “fuerte, orgullosa y triunfante” (Raich, 1994).

Rosen y Leitemberg (1982, 1988) afirman que los episodios de sobreingesta se ven mantenidos porque las bulímicas saben que a continuación podrán usar los mecanismos purgativos. Les proporciona la seguridad necesaria para llevarlos a cabo. Los amigos y amigas en un primer estadio pueden ser reforzadores del adelgazamiento, pero pueden verse alejados si intentan hacer razonar a la paciente y, así, ella queda relegada a su soledad y pensamiento distorsionado (Raich, 1994).

b) **Modelo social y cultural**

También puede resultar decisivo para el mantenimiento de la enfermedad, ya que en ocasiones la delgadez que se ha conseguido recibe una valoración muy positiva por parte del entorno de la persona afectada. En nuestra sociedad, a quién no le halaga un comentario positivo en forma de lo mucho que ha adelgazado; en cambio bien diferente es la reacción de la persona afectada cuando le propinan una valoración socialmente negativa en forma de “Has engordado, ¿no?” o “Tienes más barriga ahora, ¿no?”

Aunque después puedan llegar a rechazar a una persona enferma por su aspecto, los estímulos que en parte la han conducido a la situación en que está continúan en el exterior ejerciendo la presión sobre los cánones estéticos vigentes.

El cuerpo perseguido corresponde a un ideal forjado (chica alta, delgada y con éxito). Cuando estas muchachas ya están inmersas en el trastorno anoréxico, el mundo que les rodea es el mismo, pero ellas ya no son las mismas; lo que antes les preocupaba ahora les obsesiona. Pueden llegar a percibir y considerar que sus cuerpos son más delgados que el de las modelos, pero su carrera de adelgazamiento es imparable y los cuerpos de las modelos siguen siendo enviables, pero no por sus formas, sino porque parecen haberlo conseguido sin ser anoréxicas. Su libertad está coartada: se sienten succionadas hacia una delgadez todavía mayor, aun alejándose del modelo ideal. Con una AN severa, pueden dejar de influirles las modelos como ideales, incluso pueden llegar a pensar que son demasiado voluminosas (Toro y Artigas, 2000).

c) **Factores psicosociales y familiares**

Dado lo difíciles de curar que son este tipo de trastornos étnicos, es muy probable que se generen continuas discusiones en torno a la comida y ante la incapacidad de recuperación de la o el paciente, que no hagan más que contribuir a un estrés crónico en casa.

La preocupación que se genera en una familia da lugar a las más variadas conductas: se premian a veces muchos comportamientos desadaptativos; se generan discusiones, desacuerdos y múltiples culpabilizaciones entre los padres y las madres, que se convierten en una atención extremada al problema... La atención social –aunque sea negativa– es un poderoso reforzador de las conductas (Raich, 1994).

Un estudio sugiere que los hombres que sufren de algún TCA tienen mayores porcentajes de depresión, trastornos de ansiedad y abuso de alcohol que las mujeres. Los individuos con TCA son muy infelices y es más probable que experimenten dificultades en sus relaciones, aunque todavía no está claro si son factores que predisponen a contraer las enfermedades o son consecuencias de las mismas. El Dr. Blake Woodside, de la Universidad de Toronto, llama a la anorexia y la bulimia nerviosas trastornos “de lo más aburrido”, porque quienes las padecen son muy infelices y experimentan muchas dificultades en sus relaciones personales (Huggins, 2001).

3. Consecuencias de los trastornos del comportamiento alimentario

Dada la complejidad y origen multicausal de los TCA, el hecho de contraer cualquiera de estas enfermedades supone el inicio de una gran variedad de problemas, tanto a nivel físico como psíquico. Quizá los físicos sean más espectaculares, pero no debemos menoscabar la importancia de los psíquicos y su relevancia a nivel social.

En el presente apartado, hemos pretendido hacer un compendio de los muchos problemas que se les pueden plantear a las personas afectadas de algún trastorno del comportamiento alimentario. Las consecuencias físicas son muy numerosas, no hay que olvidar que quienes se ven más afectados por estos trastornos son los/las adolescentes que se encuentran en pleno periodo de crecimiento, y la enfermedad puede afectar seriamente lo que sería su desarrollo normal de no existir éste. La verdad, no se entiende del todo bien que no haya campañas médico-sanitarias que alerten sobre los peligros del infrapeso: anorexia y bulimia nerviosas, depresión, anemia ferropénica, alteraciones menstruales, infecciones... (Toro, 2000).

Los regímenes severos hacen adelgazar deprisa, pero la pérdida de grasa se acompaña de una pérdida de masa muscular. Esto debilita al individuo y, como consecuencia, disminuye su resistencia a las infecciones (Apfeldorfer, 1991). El efecto *yo-yo* del cuerpo comporta peligros importantes, como trastornos cardíacos y muertes prematuras. En definitiva, las pérdidas rápidas de peso son sumamente peligrosas porque pueden debilitar los huesos, incrementan el riesgo de padecer gota y enfermedades cardíacas y alteran los mecanismos normales que ayudan a controlar el peso corporal, de modo que el peso perdido se recupera cada vez con mayor facilidad (Sanders y Bazalgette, 1994). Algo tan importante para desarrollar nuestras vidas con normalidad como es el sueño también se ve alterado. El patrón de sueño más característico es el de ansiedad: poca profundidad de sueño y despertares frecuentes durante la noche (Raich, 1994).

Problemáticas que se suelen dar en la edad adulta empiezan a aparecer en edades tempranas, como es el caso de la osteoporosis o pérdida de masa ósea. Puede aparecer en niños, niñas y adolescentes por causa de la mala nutrición, ausencia de ejercicio físico o la nueva costumbre de padres y madres de dar a sus hijos o hijas leche desnatada en vez de leche entera. No hay que olvidar que la anorexia nerviosa es actualmente la causa más frecuente de malnutrición por carencia de nutrientes y, según un estudio dirigido por Antonio Carrascosa, jefe de pediatría del hospital Vall d'Hebron en Barcelona, no se recupera la masa ósea en todos los casos después del tratamiento, cosa que sí ocurre en otras patologías y situaciones crónicas asociadas a la osteoporosis (Girona, 2003).

Queremos hacer hincapié en uno de los problemas que afectan mayoritariamente a los chicos, ya que la exigencia cultural con ellos es diferente: tienen más presión social hacia el ejercicio físico intenso que les haga conseguir un cuerpo musculado. Nos referimos al consumo de anabolizantes. Estas hormonas del crecimiento tienen un uso muy extendido dentro de los gimnasios de España (no nos engañemos, los cuerpos muy musculados e inflados normalmente no se consiguen ingiriendo muchos hidratos de carbono) y para remarcar la gravedad de este caso, recogemos el ejemplo que cita Toro (1996) y que es harto ilustrativo.

En Suecia, el especialista en medicina deportiva Nilsson llevó a cabo una investigación sobre el consumo de anabolizantes en los chicos de 15 y 16 años (Moreno, 1993). El estudio comenzó porque se quejaban mucho las compañeras de clase sobre la agresividad de los chicos, que además las golpeaban con relativa frecuencia. El resultado del estudio fue esclarecedor: un 10% de los chicos consumía preparados químicos, no sólo para mejorar su rendimiento deportivo, sino para desarrollar sus músculos e “impresionar a las chicas”. Los esteroides anabolizantes favorecen el crecimiento corporal del tejido no graso y aumentan la potencia muscular, pero no de la misma forma en todas las personas. Parece ser que el primer uso no médico de estos derivados de la testosterona se realizó en la segunda guerra mundial. Se les administró a los soldados alemanes para incrementar su agresividad y su “espíritu de lucha”. Como es de imaginar, el consumo de estas hormonas no es nada inocuo, puede conllevar numerosas secuelas como quistes hepáticos, reducción de la variedad de colesterol protectora de la arteriosclerosis y el tamaño de los testículos, aumento del volumen de las mamas (en varones) y reducción de la producción de hormonas sexuales (en ambos casos). Además, en el mundo del deporte, son bastantes las muertes acaecidas debido a su consumo –por ejemplo, en culturismo, se han dado bastantes casos de muerte súbita (Toro, 1996)–. El tema es muy actual: en marzo de 2004 se incautó en España el mayor alijo de anabolizantes, 500.000 dosis, que iba destinado a deportistas y gimnasios. En la operación, arrestaron a 14 personas que los fabricaban y comercializaban en Madrid, Valencia, Alicante, Almería y Cádiz (Yagüe, 2004).

Un ejemplo asociado al ejercicio físico intenso lo encontramos en tres luchadores de Estados Unidos. En 1997, murieron aparentemente porque estaban intentado perder apresuradamente muchísimo peso para poder competir en las clasificaciones de menor peso. Dos llevaban trajes de goma, diseñados para deshidratar el cuerpo, en el momento de su muerte. El tercero tuvo un ataque cardíaco mientras estaba trabajando en la bicicleta, pues rechazó beber líquidos para recuperar los que había sudado (Seebacher, 1997).

En lo que respecta a las consecuencias psíquicas, los efectos no son menos preocupantes: aparte de la elevada comorbilidad de los TCA, los/las pacientes suelen caer en el aislamiento social, su conexión con el mundo suele ser su madre o su pareja, si no lo/la ha dejado, y, en muchas ocasiones, la relación está muy degradada por causa de la duración del trastorno y del coste que supone para las familias el tener una persona enferma de estas características.

La persona que tiene un pobre concepto físico de sí misma, pueden tener muchas conductas que desde la psicología llaman de evitación activa y pasiva. En lo que respecta a la evitación pasiva: tratan de no asistir a encuentros en los que la persona cree que su físico va a ser objeto de escrutinio, o donde va a encontrar a otras personas que considera más favorecidas que ella; llevan ropa holgada y no se atreven a usar vestidos más apretados o “reveladores”; intentan evitar intimidad física y comer menos. De forma activa: se miran muy a menudo en el espejo; se pesan cada día, varias veces; preguntan a los demás, insistentemente, cómo les ven, para reasegurarse de la propia apariencia. Suelen identificar su autoestima con la de su propio cuerpo “si no me considero atractiva es que no sirvo para nada”. Las mujeres con TCA tienen una extremadamente baja autoestima, sentimientos de ser mala persona, descuidada y un intenso miedo al rechazo o al abandono (Garfinkel y Garner, 1982).

Kolodny (2000) nos ofrece unas muy didácticas narraciones de las progresivas consecuencias de la anorexia y bulimia nerviosas:

- Las personas enfermas de anorexia nerviosa empiezan a destinar gran parte de su tiempo a rituales para apartar de su mente la sensación de hambre y cumplir con su objetivo de adelgazar, cueste lo que cueste. Poco a poco, se van volviendo muy egocéntricas y se van aislando todo lo que pueden. A menudo, les cuesta dormir, en parte porque han perdido demasiado peso y no les queda suficiente grasa para acolchar sus huesos. Con frecuencia, tienen frío y descubren que es bueno moverse constantemente, adoptando así tendencias compulsivas respecto al ejercicio físico.
- Conforme van perdiendo mucho peso, su rostro y su cuerpo adquieren el aspecto típico de los prisioneros de un campo de concentración: su mirada parece perdida o ausente, sus huesos sobresalen y su estómago y pecho se hunden. Se les cae el cabello y es posible que les crezca vello en otras zonas (lanugo), a la vez que la piel se vuelve más seca y áspera, a veces violácea o más oscura de lo normal. Incluso, a veces, se vuelve amarillenta debido a una afección