

Janet Treasure - Gráinne Smith - Anna Crane

154

**LOS TRASTORNOS
DE LA ALIMENTACIÓN**

Guía práctica para cuidar de un ser querido

Crecimiento personal
COLECCIÓN

Serendipit 

Desclée De Brouwer 

ÍNDICE

Prefacio	13
1. Cambiar el centro de la responsabilidad. Vivir la experiencia de un trastorno de alimentación.....	25
¿Por qué seguir leyendo?	25
Una breve panorámica	26
Algunas reflexiones	32
2. Cuidar de un ser querido con un trastorno de alimentación. Primeros pasos.....	37
¿Se trata de un trastorno de alimentación?	37
Abordar el tema – aceptación.....	38
Abordar el tema – preparación	40
Abordar el tema – tener un guión.....	41
Si fallamos esta vez	44
¿Otros posibles apoyos?	44
Recursos adicionales	46
Lecturas complementarias	46
3. Actuar sobre la base de un modelo explicativo compartido de la enfermedad. Hechos esenciales acerca de los trastornos de alimentación	47
Algunos de los mitos más comunes sobre los trastornos de alimentación.....	48
Los hechos de que disponemos hasta ahora.....	49
¿Cómo se tratan los trastornos de la alimentación? ...	52
¿Cuánto va a durar?.....	53

¿Cuál es el pronóstico?	54
Lecturas complementarias	56
4. ¿Qué tipo de cuidadores somos?	57
¿Cómo reaccionamos? Conductas	57
¿Cómo reaccionamos? Emociones	60
5. Estrés, tensión y fomento de la resiliencia	63
¿Por qué son los cuidadores tan vulnerables al estrés?	63
Renuencia (rechazo) a aceptar ninguna ayuda	66
Convivencia (tiempo juntos)	67
Tensión propia del papel. Favorecer la congruencia en el hogar con la familia y los restantes cuidadores . .	68
Problemas relacionados con el trastorno	68
Creencias respecto de la enfermedad	69
Relaciones interpersonales	70
Necesidades insatisfechas	72
Estigmatización	75
Recordemos	76
6. Consecuencias. Comprender los riesgos físicos	81
Observaciones importantes	81
Índice de masa corporal	82
Vigilar el peso de forma regular	82
Cambios importantes. Hablarlo con Edi	86
La Ley de Salud Mental	87
La inanición como un factor de mantenimiento	87
7. Comprender el cambio	89
Introducción	89
Fases del cambio	89
¿Por qué utilizar la “escala de la disposición”?	92
Decirlo	95
Aspectos del cambio	95
Siguiendo pasos	98



Cuidadores que quieren cambiar	99
Cómo se avanza en dirección al cambio.	102
Factores que mantienen un trastorno de alimentación	104
8. Comunicación	107
El proceso de comunicación.	107
Algunos puntos de partida para los	
“principiantes en el arte de la comunicación”	109
El papel de la familia.	111
Escuchar.	112
Equivocarse: errores y tesoros	114
Emociones implicadas.	114
Habilidad de comunicación nº 1:	
la entrevista motivacional.	115
Habilidad de comunicación nº 2:	
atajar las trampas retóricas.	120
Habilidad de comunicación nº 3:	
“fisioterapia mental”	122
Habilidad de comunicación nº 4: atmósfera	123
Habilidad de comunicación nº 5:	
inteligencia emocional.	125
Habilidad de comunicación nº 6:	
formular normas y establecer límites	128
Problemas y soluciones individuales	129
Habilidad de comunicación nº 7:	
redefinir los pensamientos poco útiles.	135
Habilidad de comunicación nº 8:	
hablar del cambio y de los avances.	138
9. Relaciones interpersonales	143
El trastorno de alimentación como una	
modalidad de comunicación no verbal	143
Los factores interpersonales pueden	
mantener la enfermedad.	147
Conseguir el equilibrio emocional correcto.	148



La relación con los hermanos y los amigos	160
Encontrar el equilibrio correcto	162
10. Modelado de la inteligencia emocional y de las habilidades de solución de problemas	167
Emociones extremas	167
Mentiras piadosas	171
Solución de problemas	175
11. Control de la infraalimentación	177
Introducción	177
A. El papel de la alimentación y de las conductas alimentarias	179
B. Pensar en cambiar la forma de alimentarse	188
C. Distanciarse de las reglas asociadas al trastorno de alimentación.	195
D. Llevar la alimentación a la práctica	209
E. Alimentación asistida	222
F. Apoyo al 50 por ciento	229
12. Cómo ayudar con el problema de los atracones y de la sobrealimentación.	233
Explicación de la biología cerebral que controla la alimentación	235
Condiciones en las que los seres vivos aprenden a sobrealimentarse y darse atracones persistentes . .	235
Cómo reajustar el sistema de gratificación	236
Nuestra reacción a la sobrealimentación en nuestra condición de cuidadores	238
Observar y registrar un “análisis funcional” (ABC). . .	241
Como cuidadores, tenemos que pensar:.	244
Analizar los pros y los contras del cambio	245
Establecer unos objetivos realistas	245
13. Manejar las conductas difíciles.	247
Prioridades conductuales	247



Normas fundamentales	248
Abordar los antecedentes de las conductas	249
Abordar las conductas	250
Trabajar el cambiar las conductas asociadas al trastorno de alimentación	256
Rasgos familiares y lingüísticos	261
Manejar las conductas: los vómitos	262
Manejar las conductas: los rituales y las compulsiones	264
Negociar un plan para reducir las conductas compulsivas. Claves para tener éxito	268
Manejar las conductas: abordar los síntomas obsesivo-compulsivos y el perfeccionismo	270
Manejar las conductas: el exceso de ejercicio	272
Manejar las conductas: las emociones muy intensas	274
Cuando fracasa la prevención; abordar el consiguiente estallido	279
Estudio de un caso	280
Manejar las conductas: las autolesiones	281
Feedback	282
Referencias bibliográficas y sugerencias de lecturas complementarias	286
TOC (Trastorno Obsesivo Compulsivo)	286
Manejar las emociones	286
Autolesiones	286
14. Reflexión, revisión y relajación	287
En resumen...	287
Reflexionar y revisar	287
Un fórum familiar. ¿Con qué frecuencia?	288
Desarrollar resistencia y aguante	289
Reflexionar sobre las reacciones poco útiles	290
Tratar de ayudar en relación con algunos puntos débiles subyacentes	291



Fórmulas útiles. ¿Cuál y qué?	292
Reiterar.	292
Dejar las cosas estar	293
La trampa de tranquilizar.	294
Conductas inaceptables.	294
Palabras de aliento de suma importancia	295
Otros adjetivos positivos a utilizar en los esfuerzos por cambiar en los trastornos de alimentación.	295
Llevar un registro de los avances y los retrocesos	296
¿Un diario colectivo?	296
Conclusión.	297



PREFACIO

¿Por qué hemos escrito este manual?

1. Los síntomas de los trastornos de alimentación ejercen un profundo impacto sobre los demás, además de sobre la persona que tiene el trastorno. El impacto que el trastorno ejerce sobre los cuidadores suele pasarse por alto con frecuencia.
2. Puede que las reacciones automáticas a dichos síntomas no sean de mucha utilidad.
3. Tomar un poco de distancia para reflexionar sobre la forma más eficaz de abordar los síntomas puede disminuir el impacto negativo sobre nosotros como familiares y sobre la persona en cuestión.
4. Nuestra labor con otros cuidadores sugiere que varias palabras que empiezan por “ce” pueden ser indicadores útiles a tener en mente: calma, comunicación, compasión, colaboración, coherencia y crecimiento [personal guiado, *coaching*].
5. Las habilidades prácticas que pueden ser útiles en casa son las mismas que las utilizadas por los profesionales en las uni-



dades especializadas en trastornos de la alimentación, tales como la del Maudsley Hospital.

6. Este libro pretende, pues, facilitar las habilidades y la información relativas a nuestra labor actual con el método Maudsley.

A lo largo de muchos años, nuestros equipos hospitalarios del Maudsley han logrado desarrollar una dilatada experiencia y una serie de habilidades en el tratamiento de pacientes con trastornos de alimentación. Nuestro objetivo es resumir y compartir parte de esta información. Esperamos que también el lector pueda desarrollar su propia destreza para contribuir a la recuperación de alguien que tenga un trastorno de alimentación.

HECHO CONSTATADO: En nuestra condición de cuidadores PODEMOS desempeñar un papel importante en evitar que la enfermedad prolongue su dominio sobre la vida de la persona. Este manual puede facilitar los conocimientos y las habilidades necesarias.

¿Quiénes somos?

Janet Treasure es psiquiatra y lleva más de 25 años ejerciendo su profesión con pacientes con trastornos de alimentación en la “unidad de trastornos de la alimentación” del área sur de Londres y de la Fundación Sanitaria del Maudsley Hospital¹, que es un centro que está a la cabeza en el tratamiento y la formación en trastornos de alimentación. Fue presidente de la sección de tratamien-

1. N. del T.: Maudsley Hospital NHS Trust en el original, i.e., la fundación dependiente del Sistema Nacional de Salud [*National Health Service*] inglés en la que se inscribe el hospital psiquiátrico Maudsley, importante centro de formación e investigación desde su fundación a comienzos del siglo XX.



to médico del comité de directrices sanitarias [NICE]² del Reino Unido. Es consejera médica jefe de *beat* (la principal institución benéfica británica consagrada a los trastornos de alimentación) y miembro del consejo de administración de la Asociación de Trastornos de Alimentación de Sheffield.

Gráinne Smith es cuidadora y lleva muchos años al cargo de un teléfono de emergencia para los cuidadores de Escocia y alrededores. Ha escrito un libro para los cuidadores de personas con trastornos de la alimentación, y ha trabajado con el equipo del Instituto de Psiquiatría [*Institute of Psychiatry, IOP*] de la Universidad de Londres [*King's College*] en la elaboración de un programa *online* para cuidadores. Es miembro del comité ejecutivo de pacientes y cuidadores de la Academia de Trastornos de la Alimentación, y coautora de los estatutos de la Academia para pacientes y cuidadores.

Anna Crane es estudiante de medicina de la Universidad de Londres [*King's College*] y ha vivido la experiencia personal de tener un trastorno de alimentación. Ha escrito sobre sus experiencias en la edición para estudiantes de medicina del diario médico británico (*studentbmj.com*). Ha elaborado algunos trabajos para difundir el conocimiento sobre los trastornos de la alimentación.

¿Quién puede ayudar? ¿Quién puede ser cuidador?

La palabra “cuidador” se utiliza a todo lo largo de este libro para hacer referencia a cualquier cuidador que viva en casa [*home carer*] o a cualquiera de los progenitores. Generalmente son los padres quienes asumen este papel dentro de la comunidad, pero los cónyuges y los hermanos también tienen un papel inestimable que

2. N. del T.: *National Institute of Health and Clinical Excellence*, i.e., Instituto Nacional para [el desarrollo de] la Salud y la Excelencia Clínica, organización independiente responsable de brindar orientación nacional para el fomento de la salud y la prevención y tratamiento de las enfermedades.



desempeñar. El contenido de este libro se aplica a cualquier persona, ya sea profesional o no profesional, que tenga una relación asistencial con alguien aquejado de un trastorno de alimentación.

Dado que la información contenida en el libro se utiliza para la formación del personal perteneciente a la unidad especializada de trastornos de alimentación del Maudsley Hospital, puede que a veces el estilo del libro no encaje exactamente con las situaciones individuales de los cuidadores. Es posible que los cuidadores tengan que adaptar la información discutiéndola antes de utilizarla. Pero los conceptos generales relativos a los cuidados prácticos, ya sea en el marco hospitalario o familiar, continúan siendo relevantes.

¿Cuál es el problema?

Es difícil saber qué términos utilizar para describir una enfermedad de tales características. Cada caso tiene unas características individuales. Unas personas abogan por la utilización de términos específicos –anorexia nerviosa o bulimia nerviosa– pero la persona puede entrar, salir o estar entre medias de estas diferentes nomenclaturas en diferentes fases del trastorno. Por consiguiente, puede que sea mejor utilizar el término más amplio de “trastorno de la alimentación”.

Al escribir sobre estos trastornos, suele resultar molesto referirse una y otra vez a “la persona que tiene un trastorno de alimentación” o “nuestro ser querido” o “nuestra hija, hijo o cónyuge”. En lugar de utilizar estas fórmulas, a lo largo de este manual hablaremos de “Edi” para referirnos a cualquier persona que tenga un trastorno de alimentación. “Edi” puede ser hombre o mujer y de cualquier edad, pero, en nuestra condición de cuidadores, cambiaremos “Edi” por el nombre de nuestra persona querida.³

3. N. del T.: A lo largo del texto, en las alusiones a “Edi” y demás observaciones genéricas, se ha optado por el recurso castellano de utilizar el mascu-



Por su propia naturaleza, los trastornos de alimentación se caracterizan por la presencia de conductas extremas y muy complejas. El intento de abordar estas conductas constituye todo un reto para los cuidadores. El hecho de hablar de “Edi”, en lugar de William, Sarah, Emily, Laura, etc., puede ayudar a separar esta conducta inaceptable (a la que a veces nos referimos como ¡la “lagarta anoréxica”!) de la persona que tiene un trastorno de alimentación.⁴

lino para referirse a la persona de ambos sexos (y en este caso igualmente al “trastorno de alimentación”, del que se deriva el acrónimo que sugieren las autoras) en lugar del recurso anglosajón de servirse simultáneamente del masculino y el femenino (como hace la versión original inglesa, i.e., *she/he, his/her, him/her*), lo que sería tal vez más correcto pero menos fluido. Adicionalmente, la referencia a “trastorno de alimentación” como nombre (propio) puede favorecer también un distanciamiento beneficioso respecto de esta dimensión: al margen de la conocida prevalencia de este tipo de enfermedades en la cultura occidental contemporánea, se trataría de favorecer la reflexión sobre el fenómeno de la alimentación trastornada en el ser humano.

4. N. del T.: El signo de admiración que aparece en el original inglés refleja que las autoras son conscientes de la perplejidad que puede suscitar inicialmente esta fórmula, la cual sin embargo llevan años utilizando con éxito en su práctica hospitalaria especializada. La referencia a la conducta anoréxica (o las conductas asociadas al trastorno de alimentación) como una “lagarta”, “una joven que sabe cómo controlar a los demás para su propio beneficio” (Cambridge Dictionary), sería otra forma de favorecer el distanciamiento (no exenta de ciertos tintes humorísticos), respecto aquí de la parte enferma (por contraste con la parte normal, sana, no asociada al trastorno de alimentación), con la ayuda en este caso de la “externalización”: un “bicho”, que susurra pensamientos distorsionados al oído; en la misma línea de otras estrategias similares que irán apareciendo a lo largo del texto (imaginarnos que somos una “mosca en la pared” que observa la situación con neutralidad, imaginar que la ansiedad o la rabia se concentran en “el dedo gordo del pie”, etc.). Se trata, pues, como subrayan las propias autoras, de ayudar terapéuticamente a separar a la persona (nuestro ser querido: Guillermo, Sara, Emilia, Laura, etc.), del trastorno de alimentación (Edi) y de la conducta inaceptable (la “lagarta”).



¿Qué utilidad le podemos dar a esta información?

El manual consta de 14 capítulos, cada uno de los cuales aborda un tema en particular relativo al cuidado de una persona que tiene un trastorno de alimentación. El capítulo 1 incluye alguna información útil para los propios pacientes. Cada uno de los capítulos comienza por una introducción a la parte teórica del tema en cuestión. Partiendo de aquí, y con la ayuda de una serie de ejemplos y ejercicios, el objetivo del manual consiste en orientar al cuidador en los distintos retos y dificultades que según nuestra experiencia aparecen más habitualmente en el desempeño del papel de cuidador. El cuadro con los **puntos de actuación** ofrece algunas sugerencias de ejercicios prácticos relacionados con el capítulo, mientras que el cuadro con los **puntos de reflexión** resume algunos posibles mensajes importantes para reflexionar “en casa”. Algunos capítulos incluyen hojas de “habilidades” que se pueden trabajar u “hojear” de cuando en cuando. Otros capítulos tienen una base más teórica.

No es fácil dominar las habilidades que describimos en el manual. Como parte de nuestra labor de investigación, venimos ofreciendo diferentes suplementos, seminarios, orientación telefónica y DVDs. Los seminarios nos permiten reflexionar y cuestionarnos conjuntamente, además de brindar la oportunidad de poner en práctica los conocimientos y las habilidades más recientes con la ayuda del *role play* y de la demostración práctica. Vivir con alguien con un trastorno de alimentación suele ser una experiencia solitaria y aislada. Los seminarios permiten que los cuidadores puedan hablar de sus problemas, aprender unos de otros y, lo que es más importante, darse cuenta de que no están solos. El lector interesado en recabar más información puede consultar nuestra página *web*.

Nos corresponde a cada uno elegir cómo vamos a trabajar el manual. Puede que algunos prefieran leer de corrido todo el texto



primero, y volver a los capítulos oportunos relativos a la situación particular en un momento dado. Puede que otros prefieran trabajar metódicamente cada uno de los capítulos por orden, tratando de asimilar las distintas habilidades de una en una. La decisión es nuestra.

¿Funcionará?

Aprender estas habilidades es una labor muy dura. Lo habitual es ir desarrollando estas técnicas partiendo de una base teórica psicológica y de la experiencia práctica en el ámbito de la salud mental. Sin embargo, las observaciones [el *feedback*] que recibimos de las familias es que se alegran de poder disponer de una estructura y una teoría que les oriente, dado que a veces lo que parece de sentido común –tratar simplemente de animar a la persona a llevar a una dieta sana– puede no ser de ayuda. A la mayoría de los cuidadores les parecen valiosas estas habilidades, ya no sólo de cara a abordar los trastornos de alimentación, sino también en una gama más amplia de situaciones, en el hogar y en el centro de trabajo.

Claves para tener éxito

Práctica y reflexión

La práctica y la reflexión son dos componentes fundamentales para utilizar eficazmente este manual. *Jamás insistiremos lo bastante en lo importante que es practicar, reflexionar y a continuación volver a practicar.* La formación de terapeutas profesionales requiere años e incluye sesiones continuadas de apoyo bajo la forma de tutorías con otros profesionales más experimentados (lo que se conoce como “supervisión”). La formación requiere escuchar cintas de audio y de vídeo de ejemplos reales, además de reflexionar, analizar y registrar constantemente los progresos y los errores. Obviamente, no es fácil transferir esto a la situación familiar... Tratemos



de reservar un tiempo para reflexionar sobre nuestros avances. A ser posible, solicitemos la opinión de nuestra pareja, un pariente o un amigo, y de la persona que tiene el trastorno de alimentación – Edi. ¿Sería posible tener alguna supervisión o el apoyo de otros cuidadores a través, por ejemplo, de algún grupo de autoayuda?

El proceso

Este programa de formación nos ayudará a darnos cuenta de que lo importante es el proceso –el *qué* hacemos y *cómo* lo hacemos– más que el resultado aislado de ninguna intervención. Tengamos esto en mente.

“Todo error es un tesoro”

Es de una importancia vital que recordemos esto. No dejemos que los listones muy altos o el perfeccionismo inhiban nuestro nuevo enfoque. A lo largo del manual, volveremos sobre esto repetidamente.

Y finalmente

No es posible poner ejemplos de todos los problemas con los que nos podemos encontrar, pero esperamos que el lector pueda adaptar algunos de los modelos amplios que sugerimos.

Hemos escrito este manual con la ayuda de muchos cuidadores que nos han contado cuáles son sus necesidades y qué es lo que les funciona y lo que no. Puede que haya algunos errores, razón por la cual le pedimos al lector que acepte nuestras disculpas. Nos interesa seguir mejorando en lo que hacemos. Una forma de ayudarnos en este proceso es sumándose a la base de datos de cuidadores voluntarios. Para ello, la persona interesada puede enviarnos un correo electrónico a:

edu@iop.kcl.ac.uk

¡Suerte!



Información adicional y recursos útiles

Libros

El listado que viene a continuación no es exhaustivo, pero incluye algunos ejemplos prácticos que pueden ayudar y orientar a los cuidadores:

Bloomfield, S. (ed.) (2006): *Eating disorders: Helping your child recover*, Norwich (UK), EDA.

Bryant-Waugh, R. y Lask, B. (1999): *Eating disorders: A parent's guide*, Hove, East Sussex, Brunner-Routledge.

Collins, L. (2005): *Eating with your anorexic: How my child recovered through family based treatment and yours can too*, Nueva York, McGraw-Hill.

Crisp, A.H.; Joughin, N.; Halek, C. y Bowyer, C. (1996): *Anorexia nervosa: The wish to change*, Hove, East Sussex, Psychology Press.

Department of Health (1999): *A national service framework for mental health*, Londres, Department of Health.

Natenshon, A.H. (1999): *When your child has an eating disorder*, San Francisco (CA), Jossey-Bass Inc.

Schmidt, U. y Treasure, J. (1993): *Getting better bit(e) by bit(e): A survival kit for sufferers of bulimia nervosa and binge eating disorders*, Hove, East Sussex, Brunner-Routledge.

Smith, G. (2004): *Anorexia and bulimia in the family*, Chichester (UK), Wiley.

Treasure, J. (1997): *Anorexia nervosa: A survival guide for sufferers and those caring for someone with an eating disorder*, Hove, East Sussex, Psychology Press.



Directrices en interés en España

ITA Instituto de Trastorno Alimentario/ <http://www.itacat.com>

ACAB Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia/ <http://www.acab.org>

Andalucía

ASACAB - Padre Luque, 11 2º, Almería 04001 /Tfno. 950 235 500
asacabalmeria@yahoo.es

ADAB - Velázquez, 6 San Fernando, Cádiz 11100 /Tfno. 956 592 828
adabsanfernando@yahoo.es

ADANER Córdoba - Campo Madre de Dios, s/n, Córdoba 14002.
Sede: Edificio Caja Azul, Av. Del Brillante s/n.
/Tfno. 957 764 707 / 957 401 123

ADANER Granada - Prolongación de San Antón, 72 ent. Of. 49, Granada 18005 /Tfno. 958 523 523 / 699 994 124
granadaner@hefagra.es

ADANER Huelva - Av. Italia, 9 3º Izq. Huelva 21001 / Tfno. 959 246 756

ADANER Jaén - Baltasar de Alcázar, 5 Bajos izq. Jaén 23008
/Tfno. 953 264 136

ADANER Málaga - Zaragueta, 9 portal 3 4º dcha. Málaga 29007 /
Tfno. 952 313 751

ADANER Sevilla - Av. San Francisco Javier, edificio Sevilla II local 21, Sevilla 41018 /Tfno. 954 636 401

Aragón

ARBADA - Pº Sagasta, 51 5º Izq., Zaragoza 50007 /Tfno. 976 389 575
arbada@arbada.org

Asturias

ACBANER Asturias - Centro Social Ciudad Naranco. Fernández de Oviedo s/n, 33012 Oviedo /Tfno. 985 277 395
acbaner@eresmas.com

ADANER Gijón - Hotel de Asociaciones de Aiuda Mutua.
Av. Galicia 62, bajos, sala 7, 33212 Gijón /Tfno. 985 301 816
acbaner@eresmas.com

Baleares

ACABB Baleares - Calle de la Rosa, 3 2n, 07003 Palma de Mallorca /
Tfno. 971 713 311 / acabb@ono.com

ASAB Menorca - Isabel II, 8 , 07701 Maón /Tfno. 971 369 917
asabmenorca@hotmail.com

Canarias

GULL-LASEGUE Canarias - Antonio Manchado Vigletti, 1 Centro Fátima, 35005 Las Palmas /Tfno. 928 242 345/ 928 244 299
asociacion@anorexia-canarias.org



ALABENTE - Camino del Hierro, s/n Bloque 5 Grupo 120 Vivienda local 3 i 4, 38009 Tenerife /Tfno. 922 641 206/ 922 657 394

Cantabria

ADANER - General Dávila, 124, 39007 Santander /Tfno. 942 231 443
adaner@adanercantabria.com

Castilla y León

ADEFAB Burgos - Jerez, 13, 09006 Burgos /Tfno. 947 221 857
adefab@wanadoo.es

ASTRA - PL. Nueva de San Vicente, local 7, 37007 Salamanca
Tfno. 923 265 246 / 923265246@telefonica.net

LEÓN - JUNCOELLA - Tirso de Molina, 6 2º, Trabajo del Camino,
24010 León /Tfno. 635 156 290 / patatitabe@hotmail.com

ACLAFEBE - Av. Valle de Esgueva, 6 bajos, 47011 Valladolid /Tfno.
983 310 285 / aclafeba@centro-cetras.org

Castilla La Mancha

ADANER Albacete - Teodoro Camino, 12 portal dcho 1º Dcha.,
02002 Albacete /Tfno. 967 247 431 / adaner@ono.com

ADANER Ciudad Real - San Gabriel, 2 1º 2ª, 13004 Ciudad Real.

ADANER Guadalajara - Constitución, 31, 19003 Guadalajara /Tfno.
949 223 736

Cataluña

ACAB Barcelona - Mallorca 198 , pral 2a, 08036 Barcelona
/Tfno. 902 116 986 / acab@acab.support.org

ACAB Girona - Sant Dionís, 42 Hotel d'Entitats Les Bernardes, 17190
Salt /Tfno. 972 241 640 / acab@acab.support.org

ACABI Lleida - Venus, 12, 25003 Lleida /Tfno. 973 249 196

Extremadura

ADETAEX Badajoz - Godofredo Ortega Muñoz, 1, Local 9, 06011
Badajoz /Tfno. 924 233 950 / adetaex@teleline.es

ADETAEX Cáceres - Tiendas, 3 2º, 10003 Cáceres /Tfno. 927 226 765
adetaex@teleline.es

ADETAEX Mérida - Concordia, 1, 06800 Mérida
adetaex@teleline.es

Galicia

ABAC La Coruña - Cantón Grande, 6 9º F i G; 15003 La Coruña /
Tfno. 981 223 792 / ASABAC@terra.es

ABAP - Asociación de Bulimia y Anorexia de Pontevedra -
Dr. Cadaval, 32 2º izq.; 36201 Vigo /Tfno. 986 436 541
abap@telefonica.net



Madrid

GRAPA (Grupo de Apoyo en Anorexia) - Sarria, 14; 28039 Madrid /
Tfno. 917 293 821 / grapa@nodo50.org

ADANER - Comandante Zorita, 50; 28020 Madrid
/Tfno. 915 556 761 / 915 770 261 / info@adaner.org

ANTARES - Gran Capitán, 22-24 posterior, 28933 Móstoles
Tfno. 916 141 068 / antarestca@telefonica.net

ADANER Alcalá de Henares - Gil de Andrade, 5; 28804 Alcalá de
Henares / Tfno. 918 806 975 / adaneralcala@tiscali.es

AMCAB Asociación de Mujeres Contra la Anorexia y la Bulimia
San Eugenio, 8; 28902 Getafe /Tfno. 916 837 070
amcabweb@mixmail.com

Murcia

ADANER Murcia - Pl. Santa Isabel, 3 1º A; 30004 Murcia
/Tfno. 968 213 233 / adanermur@jazzfree.com

Navarra

ABAN Pamplona - Apartado de correos 5171; 31010 Pamplona
/Tfno. 948 262 163 / info@aban.biz

País Vasco

ACABE - Pintor Vicente Abreu, 7; oficina 10 bajos; 01008 Vitoria /
Tfno. 945 242 578 / 945 213 143 / araba@acabeuskadi.org

ACABE Guipuzcoa - Pº de Mons, 32 b.; 20015 San Sebastián /
Tfno. 943 326 250 / guipuzcoa@acabeuskadi.org

ACABE (Sede Alto Deba) - José Luís Iñarra, 32; 20500 Arrasate /
Tfno. 943 796 927 / arrasate@acabeuskadi.org

ACABE Vizcaya - Ronda s/n 3º G, 48005 Bilbao /Tfno. 946 569 203
acabebi@hotmail.com

La Rioja

ACAB La Rioja - San Antón 2 entr.- Of.6; 26002 Logroño /
Tfno. 941 232 343 / acabnet@jazzfree.com

Levante

ACABA Alacant - Rafael Asín, 12; 03001 Alicante /
Tfno. 965 259 460

AVCOTA Valencia - Camino Moncada 39, puerta 3; 46009 Valencia
/Tfno. 963 497 415 / joruizmo@hotmail.com

AVALCAB - Asociación Valenciana de Familiares de Enfermos con
TCA - Lérida, 12 4º porta 8; 46009 Valencia
Tfno. 963 462 120 / avalcab@ono.com



1

CAMBIAR EL CENTRO DE LA RESPONSABILIDAD

Vivir la experiencia de un
trastorno de alimentación

¿Por qué seguir leyendo?

Puede que este libro nos haya venido a las manos a través de algún familiar o de un amigo, y que lo hayamos abierto por este capítulo. O puede que lo hayamos encontrado por nuestra propia cuenta o siguiendo alguna recomendación. Independientemente de lo que nos pueda haber traído hasta aquí, al margen de nuestras circunstancias actuales, y de lo mucho o de lo poco que llevemos andado hasta la fecha, tenemos sentimientos contradictorios pero son nuestros sentimientos personales. Nos sentimos: deseosos de que alguien reconozca y abra los ojos a nuestra difícil situación; desanimados y *enfadados* porque los demás creen que estamos enfermos; *cautivados* por nuestro secreto, nuestro “salvavidas” y nuestra “eficaz” estrategia de afrontamiento; *aterrados* de nuestra conducta y *avergonzados* de sus consecuencias y de su impacto sobre los demás. Seamos quienes seamos, sintamos lo que sintamos y al margen de lo fuerte, lo ambivalente o lo vacilante que pueda ser de hecho nuestro deseo de cambiar, tenemos que *confiar*. Confiar que en algún momento, en algún lugar y de alguna forma,



necesitaremos a alguien. TENEMOS que querer acabar con esto, pero, por muy autosuficientes y muy libres que pretendamos ser, recordemos que: “sólo nosotros podemos hacerlo, pero no podemos hacerlo solos”.

Este libro pretende informar al cuidador (o cuidadores) o las personas que nos son más cercanas, tal vez nuestro marido, un amigo, nuestra madre o un hermano, respecto de cómo pueden orientarnos y ayudarnos a superar nuestro trastorno de alimentación. Las técnicas y la información contenidas en este manual son el fruto de años de trabajo y proceden de tres perspectivas diferentes –el profesional especializado, el cuidador experimentado y el paciente en vías de recuperación.

No hay nada que nos impida leer este libro, ni que nos impida convertirnos en nuestros propios cuidadores. O se lo podemos enseñar a nuestros amigos o a nuestro terapeuta y trabajar con el manual de la forma que sugerimos.

Pero antes de seguir, tal vez sea de utilidad resumir brevemente los temas que tratamos, para que comprendamos el enfoque que nuestro cuidador puede elegir adoptar. Además, también cabe la posibilidad de que empecemos a darnos cuenta de que el hecho de tener un cuidador informado y experimentado nos puede ayudar a ponernos en marcha. Hemos comprobado que una vez que los cuidadores reconocen lo difícil que les resulta cambiar su propia conducta, comprenden mejor nuestra propia lucha.

Una breve panorámica

Metáforas animales

Los síntomas de los trastornos de la alimentación ejercen un profundo impacto sobre las personas que nos son más cercanas así como sobre nosotros, quienes sufrimos el trastorno. Nuestra conducta puede desencadenar multitud de reacciones –rabia,



frustración, desesperación, lágrimas, pánico, angustia o incluso ignorancia. En el capítulo 4, les pedimos a los cuidadores que identifiquen y reconozcan cómo responden a los síntomas asociados a los trastornos de alimentación. ¿Nos asfixian con su protección, vigilando cada uno de nuestros movimientos? ¿Nos tratan como si fuéramos unos inválidos o unos niños desvalidos incapaces de tomar nuestras propias decisiones? En otras palabras, ¿se comportan como los *canguros* –y nos tienen protegidos y escondidos dentro una bolsa? ¿O arremeten con rabia y con indignación? ¿No parecen entender por qué nos comportamos como lo hacemos: “come un poco más, vamos, es así de simple” o “no vayas más al cuarto de baño después de comer y problema solucionado”? En otras palabras, ¿se comportan como los *rinocerontes*, y la rabia y el control parecen ser las dos únicas soluciones de que disponen?

Puede que nuestro cuidador opte por ignorar el deterioro de nuestra salud, nuestros hábitos perjudiciales y nuestra naturaleza auto destructiva. ¿Podría ser que le resultara demasiado doloroso, demasiado atemorizante o demasiado real como para soportar verlo? ¿Esconden la cabeza en la arena, esperando que todo salga bien y que pase el tiempo, como las *avestruces*? ¿O tal vez se anegan en lágrimas a causa de nuestra conducta –sensibles y emocionalmente inestables, como las *medusas*, desbordados por una culpa y una vergüenza enormes, convencidos de que son ellos los responsables de “todo”. En el capítulo 9 explicamos que, aunque naturales e instintivas, estas reacciones son universalmente poco útiles: tanto para nosotros como para ellos, para el resto de la familia, y para nuestro trastorno de alimentación. Nuestro objetivo es brindarle a los cuidadores los instrumentos, las habilidades y los conocimientos necesarios para que puedan cambiar su forma de reaccionar; para que puedan trabajar junto con nosotros en lugar de contra nosotros; para que puedan agilizar la recuperación, la vida y la salud, en lugar de prolongar la enfermedad, la muerte y



la destrucción; y cuestionar y debilitar nuestro trastorno de alimentación en lugar de fortalecerlo y reforzarlo.

Los hechos

Los capítulos 2, 3 y 6 tienen por objeto educar a los cuidadores sobre los trastornos de alimentación –mejorar su capacidad de reconocer los síntomas (capítulo 2), disipar los mitos y las creencias más comunes (capítulo 3), y reconocer los posibles riesgos físicos y las consecuencias para la salud que pueden estar en juego (capítulo 6). También puede ser útil que la propia persona afectada lea estos capítulos. Nos daremos cuenta de lo inconsciente y de lo ciego que está la población general en relación con los trastornos de alimentación y, lo que es más importante, los posibles riesgos y consecuencias para la salud, y para la vida, que nuestra enfermedad representa para nosotros. Además, al hablar de nuestras creencias más comunes, nosotros y nuestro cuidador estaremos trabajando *juntos* desde una perspectiva *compartida*, en cuya importancia jamás se insistirá lo suficiente.

El cambio

El capítulo 7 expone a grandes rasgos las diferentes fases del cambio que se advierten en las personas que sufren el trastorno. ¿Nos identificamos con el texto y el diagrama de la página 94? El cuidador tiene que darse cuenta de que tenemos que querer cambiar –sólo nosotros podemos tomar la decisión de optar por la vida, la salud y tener un futuro. Recordemos: “*sólo nosotros podemos hacerlo*”. Ninguna intimidación, coacción, engaño o fuerza podrá influirnos si estamos decididos a aferrarnos a la enfermedad. Ahora bien, con la ayuda del capítulo 7 el cuidador advierte que desempeña un papel en el proceso de cambio; que nos tiene que dar tiempo, la oportunidad y el aliento para que podamos expresar los pros y los contras de cambiar. Necesitamos esto.

