

Variables familiares predictoras de vulnerabilidad a trastornos alimenticios

Antonio Sánchez Cabaco

Prof. Titular de Percepción, Atención y Memoria (UPSA)

Izaskun Capataz Colás

Psicóloga y Becaria FPU (MECD)

Luz María Fernández Mateos

Psicóloga y Orientadora Familiar (EULV, UPSA)

Sonia González Díez

Psicóloga y Logopeda (Becaria UPSA)

Silvia Fernández-Rivas

Profesora Asociada (USEK)

Prevención: educación y detección precoz

El énfasis en la prevención de trastornos emocionales y conductuales ha sido una política prioritaria de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en las últimas décadas. La conceptualización de la salud como el pleno desarrollo de las potencialidades humanas (frente a la mera ausencia de enfermedad) ha generado la puesta en marcha de estrategias de prevención de disturbios así como el desarrollo de instrumentos de evaluación o screening para la detección precoz de dichos trastornos (Cabaco, 1995). En esta línea hemos llevado a cabo diferentes investigaciones sobre las potencialidades del modelo preventivo, tanto desde el punto de vista teórico (Cabaco, 1999a) como su aplicación en contextos reales (Cabaco, 2001; Cabaco, Izquierdo y Franco, 1996).

Los programas de prevención ante este tipo de trastornos pueden ser: a) de prevención primaria cuyo objetivo es la reducción de la incidencia de estas patologías, para lo que se ponen en marcha diferentes estrategias como son las campañas de información o identificación de grupos de riesgo en centros escolares, medios de comunicación, asociaciones o centros de atención primaria; b) de prevención secundaria encaminada a reducir el tiempo entre la aparición del tras-

torno y la iniciación del tratamiento llevada a cabo en los centros de salud o unidades hospitalarias; y *c*) de prevención terciaria dirigida a evitar el agravamiento de la patología ante la negación al tratamiento por parte del paciente o realizar un seguimiento a largo plazo en el caso de haber recibido tratamiento garantizando la continuidad terapéutica, la prevención de discapacidades, su rehabilitación y su resocialización a través de centros de atención primaria, centros de atención especializada, grupos de autoayuda o servicios sociales.

Uno de los programas mejor estructurados dentro de la prevención primaria en los trastornos alimenticios que se han desarrollado en los últimos años es el de Maganto, del Río y Roi (2002). El PICTA (Programa preventivo sobre imagen corporal y trastornos de la alimentación) está estructurado en ocho sesiones que abordan cinco temas que trabaja temas relacionados con los trastornos de la alimentación: salud, alimentación y nutrición; imagen corporal; expresión de emociones; anorexia y bulimia; y dónde buscar información ante estos problemas. Con metodología de taller, que ha demostrado sus potencialidades en intervención comunitaria, los objetivos perseguidos son básicamente dos:

- a) Favorecer la toma de conciencia en los jóvenes sobre estos problemas y sensibilizarles para la difusión en sus redes sociales (iguales, familia, etc.), así como determinar la influencia que reciben de los distintos grupos sociales (especialmente los medios de comunicación).
- b) Facilitar la expresión emocional sobre estos problemas, entrenar en habilidades de competencia en el manejo de situaciones, así como orientaciones específicas para la búsqueda de ayuda ante estas situaciones problemáticas.

Los resultados de la evaluación del taller, informados por los mismos autores, a través de diferentes cuestionarios (durante y a la finalización del taller) son muy positivos. Aunque la muestra sobre la que se ha implementado no es muy alta ($N = 57$), lo cual plantea algunas reservas sobre la generalización (además de ser meramente descriptivos), el programa incide favorablemente en aspectos como: mejorar conocimientos sobre una dieta saludable, clarificar errores sobre la imagen corporal, reconocer emociones y la posibilidad de cambiar las mismas, reconocer los síntomas de la anorexia y la bulimia así como la comprensión de ambos trastornos, y sobre todo qué hacer o evitar con las personas afectadas por estos trastornos. La potencialidad añadida del programa, además de los aspectos señalados, es la información para padres o profesores sobre la forma de afrontar o prevenir conductas o actitudes de riesgo ante estas situaciones.

Además de la vía preventiva, por la educación o la puesta en marcha de programas específicos, para intervenir en sujetos con

factores de riesgo identificado o con sujetos/familias sin vulnerabilidad (simplemente con el objetivo de mejorar la competencia), es necesaria la detección precoz en base a instrumentos de screening en grandes segmentos poblacionales. Específicamente en el campo de los TA nuestro trabajo se ha centrado en esta línea: el desarrollo de un instrumento de screening para la detección temprana del trastorno, y así posibilitar la puesta en marcha de intervenciones paliativas en función de la vulnerabilidad. Las características específicas de este tipo de trastornos (Calvo, 2002; Morandé, 1999) hacen especialmente recomendables estas estrategias dada la relativa ineficacia de los tratamientos una vez instaurado el trastorno y las consecuencias tan dramáticas que tienen el mismo en algunas situaciones. Teniendo en cuenta la magnitud del problema, ya que la anorexia y la bulimia se han convertido actualmente en una epidemia (Toro y Vilardell, 1987) y que son enfermedades cuya probabilidad de muerte aumenta según diferentes estudios de morbilidad (Calvo, 2002; Garner, 1993; Morandé, 1999), es imprescindible la identificación de poblaciones de riesgo.

Una de las variables señaladas en los últimos años como especialmente relevante en la génesis y mantenimiento de diferentes trastornos emocionales es el denominado mecanismo de hipervigilancia emocional (Eysenck, 1992) ligado a los aspectos relacionados con el trastorno (alimentos, arañas, reconocimiento emocional, etc.). Desde este modelo cognitivo se ha utilizado la tarea stroop emocional como una herramienta válida y fiable en el diagnóstico y la identificación de estos trastornos (Arana, Cabaco y Sanfeliu, 1997; Cabaco, 1998, 1999b; Cabaco, González, Capataz y Tifner, 2002). Presenta además algunas ventajas sobre los cuestionarios o autoinformes tradicionales ya que no puede manipularse a voluntad del sujeto lo que permite su utilización, además de instrumento diagnóstico, para determinar la evolución al tratamiento o la vulnerabilidad después de seguir una dieta (Cabaco y Armas, 2000). Además de trabajos centrados en aspectos metodológicos para la selección de estímulos en castellano (Cabaco, Castro, Capataz, González, Crespo y Loureiro, en prensa) y otros idiomas (Loureriro, Cabaco, Castro y Esgalhado, 2002; Maia, Loureiro y Cabaco, 2002) hemos desarrollado estudios de campo en población adolescente (Cabaco y Capataz, 2002) y universitaria (Bonantini, Cabaco, López, Elizalde, Kauffman, Piaggio y Vaschetti, 2002; Cabaco, Izquierdo y Bonantini, 2001). La globalización del trastorno mantiene características similares en otros contextos por lo que algunos de los trabajos reseñados y otros específicamente centrados en dimensiones transculturales (Cabaco, Capataz, Bonantini y Hage, 2002; Cabaco, Capataz, Hage, Abramides y Loureriro, en prensa) han clarificado algunas claves etiológicas de este tipo de trastornos. Además de la validación de los procedimientos de detección (Capataz, Cabaco y González, 2002), incluso con medidas de carácter psicofisiológico (Cabestrero, Crespo, Cabaco y Fernández-Rivas, 2002) es necesario tener en cuenta el papel de las

variables familiares en la génesis de factores de riesgo precipitantes en algunos casos y mantenedores en otros de los TA. Aunque recientemente hemos realizado una revisión de los factores psicológicos y socioculturales que pueden influir en los trastornos alimenticios (Cabaco, González, Capataz, Fernández y Fernández-Rivas, 2002) en el presente artículo vamos a abordar monográficamente los familiares, aunque esta dimensión se combine o favorezca determinados rasgos de personalidad (alexitimia o déficit de inteligencia emocional), y tenga un papel clave desde etapas tempranas como la gestacional o embrionaria. La clarificación de los factores etiológicos será, sin duda, la clave para el desarrollo de estrategias preventivas.

Rasgos alexitímicos individuales y familiares: ¿precipitantes o mantenedores del trastorno?

La alexitimia se define como un déficit cognitivo en el procesamiento y modulación de las emociones aislamiento (Fernández-Rivas, 2001; Fernández-Rivas y Cabaco, 2002a) que se caracteriza principalmente por un deterioro: cognitivo (reducción de la capacidad de pensar y pensamiento externo), afectivo (dificultad para identificar y expresar sentimientos) y de las relaciones interpersonales (baja capacidad empática y tendencia al aislamiento).

Existe controversia sobre la relación de los TA con la conducta alexitímica, ya que mientras una serie de trabajos (Ayuso y Baca, 1993; Beales, y Dolton, 2000; Bourke, Taylor, Parker, y Bagby, 1992; Cochrane, Brewerton, Wilson, y Hodges, 1993; Guilbaud, Corcos, Chambry, Paterniti, Loas y Jeammet, 2000; Sexton, Sunday, Hurt y Halmi, 1998; Troop, Schmidt y Treasure, 1995) ponen de manifiesto cómo los sujetos con trastornos de alimentación presentan puntuaciones más altas en alexitimia que los grupos de sujetos normales, otros, en cambio, no confirman estos datos (Rastam, Gillberg, Gillberg y Johansson, 1997; Pierloot, Houben y Acke, 1988). Tampoco existe acuerdo sobre las características diferenciales en los dos trastornos más relevantes (anorexia y bulimia) donde aparecen diferencias a favor de los anoréxicos en cuanto a mayor magnitud del trastorno (Guilbaud y cols., 2000; Sexton y cols., 1998), dato que no corroboran otros trabajos (Beales y Dolton, 2000). Por último, son contradictorios los resultados en cuanto a las diferencias en las dimensiones del trastorno (Troop, Schmidt y Treasure, 1995; Fukunishi, 1998; Sexton y cols., 1998; Jimerson, Wolfe, Franko, Covino y Sifneos, 1994; Laquatra y Clopton, 1994; De Zwaan, Bach, Mitchell, Ackard, Speicher, Pyle y Pakesch, 1995; Taylor, Parker, Bagby y Bourke, 1996).

En cuanto a la relación de los tres constructos en un reciente trabajo (Espina, Ortego, Ochoa y Alemán, 2001) se señala que el nexo de unión se establece en que el déficit en capacidad para diferenciar emociones genera mayor conflicto familiar, provocando una

familia «psicosomatógena». La alexitimia se convierte así en el síntoma de la familia, y ese «mito de armonía» esconde las emociones bloqueadas por las dificultades para verbalizar experiencias emocionales o afrontar tensiones relacionadas con el mundo emocional. Es importante señalar que en los programas de prevención, como el presentado en el apartado anterior (Maganto, del Río y Roi, 2000) se incluye el entrenamiento en estas competencias por su relación directa con la vulnerabilidad al trastorno.

Estos mismos autores concluyen en el trabajo referido, que las madres de hijos con TA presentan mayores niveles de alexitimia que los hijos no afectados lo cual implica que el déficit de procesamiento emocional de los alexitímicos es una característica de las familias con TA. Dentro de las diferentes manifestaciones de los TA aparecen algunos rasgos distintivos ya que mientras en la bulimia nerviosa la alexitimia es semejante en padres e hijos, en la anorexia son muy superiores en los hijos. Estos datos explicarían que mientras las familias bulímicas son impulsivas y poco empáticas, en las que tienen pacientes anoréxicos existen factores añadidos en la dificultad para conectarse en el plano emocional. Además, el hecho de que la mejoría en alexitimia no se corresponda necesariamente con una evolución positiva en los niveles de depresión constata la independencia entre ambos constructos, aspecto muy debatido en la literatura (Corcos, Guilbaud, Sperenza, Paternini, Loas, Stephan y Jeammet, 2000), y especialmente por su relevancia en los TA en cuanto a las características diferenciales en los cuadros patológicos más relevantes.

Lo que hemos señalado en otro lugar (Fernández-Rivas y Cabaco, 2002b) como mecanismos de hipervigilancia emocional, rastreo del medio ligado al conflicto, puede ser un patrón que además de tener una dimensión individual se vea reforzado por el sistema de relaciones familiares. De tal forma que lo que se ha demostrado como sesgos de procesamiento de información emocional ligado al trastorno alexitímico (Fernández-Rivas y Cabaco, 2002c) pudiera tener patrones de comportamiento similar en el seno familiar.

Siguiendo la línea argumental planteada sobre la prevención y como hemos abordado ampliamente en otro trabajo (Fernández-Rivas y Cabaco, 2002d) es necesario implementar habilidades de inteligencia emocional (empatía, comprensión y expresión de emociones, etc.) para evitar vulnerabilidad a estos trastornos y otras muchas manifestaciones clínicas que están directamente relacionadas con el mundo emocional. La identificación precoz de estos déficit en habilidades emocionales (Fernández-Rivas, Cabaco, Crespo y Cabestrero, 2002) es sin duda uno de los pilares para evitar la cronicación de los trastornos. Y esto, además, debe realizarse en etapas tempranas del desarrollo ya que como veremos en el siguiente apartado, desde el periodo gestacional puede iniciarse la vulnerabilidad o la competencia emocional.

Factores de riesgo temprano: importancia del período gestacional

Ya hemos señalado en una revisión anterior (Cabaco, Capataz, González, Fernández-Rivas y Fernández, 2002) que el embarazo es un factor importante de riesgo para padecer un trastorno alimenticio por parte de la mujer gestante. Aspectos asociados como elementos de mayor vulnerabilidad a la probabilidad de desarrollar un trastorno alimenticio son, entre otros, padecer depresión postnatal, episodios negativos durante el nacimiento, factores específicos de estrés durante el período de embarazo, etc. (Hanswijck de Jonge, Meyer, Smith, y Waller, 2001; Waller, Meyer y Hanswijck de Jonge, 2001; Morgan y Lacey, 2000; Abraham, Taylor y Conti, 2001; Blais y Becker, 2000; Turton, Hughes, Bolton y Sedgwick, 1999; Benton-Hardy y Lock, 1998, Franko y Walton, 1993; Foley, Thacker, Aggen, Neale y Kendler, 2001; Franko, Blais, Becker, Delinsky, Greenwood, Flores, Ekeblad, Eddy y Herzog, 2001).

El embarazo constituye para la mujer gestante un proceso de cambio tanto desde el punto de vista emocional (inestabilidad emocional) como físico-fisiológico (aumento de peso, transformación de la imagen corporal, etc.) y social (Abrahams, 2001; Morrill, Nickols-Richardson, 2001). Desde el punto de vista emocional muchas veces el proceso se encuentra acompañado de eventos negativos que dificultan el desarrollo del mismo, produciéndose una inestabilidad emocional como consecuencia de una excesiva ansiedad, violencia doméstica y presiones sufridas por la mujer en el trabajo, miedo al rol de madre, complicaciones somáticas, depresión, desórdenes alimenticios, etc. Todas estas situaciones han propiciado una serie de investigaciones con el fin de aclarar si dichos sucesos sufridos por la mujer gestante son los que conducen a padecer desórdenes alimenticios, o si por el contrario, son los desórdenes alimenticios los que pueden originar en la gestante inestabilidad emocional y en concreto estados de ansiedad y depresión (Blais y Becker, 2000; Turton, Huges, Bolton & Sedgwick, 1999; Benton-Hardy y Lock, 1998; Franko y Walton, 1993).

Otros autores han centrado sus investigaciones en la posibilidad de que un trastorno alimenticio como la anorexia nerviosa pueda tener su origen en factores perinatales como puede ser niños nacidos con bajo peso y niños nacidos a pretermino (antes de las treinta y dos semanas de gestación). De todas formas los estudios sobre cuál puede ser el origen de los trastornos alimenticios durante el embarazo, han recibido poca atención en la literatura médica pese a que existen investigaciones que advierten de los riesgos y complicaciones que, tanto para la madre como para el feto, ocasionan tanto en el desarrollo del embarazo como en el período postparto, observándose, asimismo, cómo estos desórdenes sufridos por la madre llevan al niño a desarrollar también conductas anómalas con respecto a la alimentación (Abraham, Taylor y Conti, 2001).

Los desórdenes alimenticios los podemos categorizar en base a: percepción de la imagen del cuerpo que posee la mujer y evitación de la comida como remedio para mejorar su imagen corporal. La percepción negativa que la mujer posee sobre su cuerpo tanto antes como durante el periodo gestacional le conduce a desórdenes alimenticios que se pueden traducir en bulimia o anorexia nerviosa. Ambos trastornos influyen en el índice de masa corporal de la gestante, produciéndose un aumento o un descenso del peso corporal lo cual, a su vez, influye en el feto, originándose un crecimiento intrauterino retardado (Abrahams, 2001). Además de implicar otra serie de riesgos para el feto al presentarse prematureidad, malformaciones, baja puntuación en el test de Apgar del recién nacido (Morrill, y Nickol-Richardson, 2001), y el desarrollo de partos con cesárea.

A su vez los niños nacidos bajo estas situaciones pueden desarrollar como hemos indicado anteriormente, anorexia nerviosa en un futuro. Para la mujer gestante, a su vez, se originan una serie de riesgos como son el aumento elevado de abortos terapéuticos (Blais y Becker, 2000), el desarrollo de partos con cesárea y mayor índice de depresión postparto, que, unido al distress postnatal (se presenta asociado con el peso corporal, la imagen corporal, los desórdenes alimenticios y los vómitos durante el embarazo), conduce a una anómala aceptación del rol de madre y genera dificultades en el proceso de vinculación afectiva con su hijo (Lafuente 1995). Por ello, todas aquellas mujeres gestantes en las cuales se detecte situaciones de trastornos alimenticios, sus embarazos deberían ser considerados de alto riesgo (Franko et al., 2001).

Importante también es el desarrollo emocional posterior ya que como han señalado autores muy relevantes en este campo (Harris, 1992) el desarrollo emocional en la etapa de constitución familiar posterior al nacimiento y el desarrollo emocional temprano pueden estar en la génesis de este y otros trastornos. El desarrollo emocional depende de tres tipos de factores: innatos, psicológicos y sociales. En torno al periodo prenatal y postnatal el núcleo familiar es el decisivo en los tres por lo que las estrategias preventivas deben focalizarse en este periodo. La influencia, como se ha desarrollado más ampliamente en otro trabajo (Cabaco y Fernández, 2001) pueda quedar asentada en la memoria y establecer unas pautas de intervención en etapas posteriores del ciclo vital.

La familia y los trastornos de la alimentación: predisposición, ayuda y prevención

La familia es uno de los factores de predisposición más importantes a la hora de desarrollar un trastorno de la conducta alimenticia, aunque hay que tener en cuenta que este factor no incide sobre

la aparición del trastorno de forma aislada ya que la vulnerabilidad está afectada por otros aspectos. No se puede decir que la familia sea la culpable directa ante una anorexia o una bulimia, existen también factores socioculturales, personales o incluso genético-biológicos, pero no puede negarse el peso que este factor tiene en los trastornos alimenticios (no sólo como causante de su aparición, sino también como elemento preventivo o como foco de intervención una vez instaurado el problema).

A continuación se analizan algunos tipos de conductas familiares que pueden predisponer a los hijos a desarrollar un trastorno alimenticio. Se analizarán factores implicados con la infancia, si se produce una excesiva importancia de la imagen corporal en la familia, si se dan problemas alimenticios en la familia y algunas posibles relaciones familiares (Calvo, 2002).

Se nace y se crece en el seno familiar y parte de la predisposición a los trastornos alimenticios se desarrolla en las primeras fases del ciclo vital, concretamente en la infancia. Puede darse tanto un exceso de proteccionismo como un exceso de tolerancia por parte de los padres, ambas posiciones perjudicarían al hijo. El hiperproteccionismo se justificaría a través de la conducta que ciertos progenitores desarrollan al responder con excesiva prontitud a las necesidades emocionales y físicas del hijo, el cual tendría solucionadas estas necesidades antes de haber llegado a sufrir el menor malestar. Con este tipo de conducta los padres impiden que el hijo discrimine sus propias emociones, sensaciones o pensamientos, y de este modo poder aceptar y elaborar su imagen corporal (elemento imprescindible para confeccionar su identidad personal). En edades adultas este tipo de personas habrá desarrollado en exceso una necesidad de imitación social, cuando necesite tomar decisiones sobre pensamientos o actos solucionará la confusión creada por su falta de conciencia introceptiva observando e imitando conductas de aquellos que le rodean. Igualmente, los acontecimientos inesperados y la toma de decisiones le producirán verdadero temor, y para solventarlo tratará de adaptarse de forma estricta a las reglas aprendidas y actuar de forma controlada y perfecta. La indefensión ante la cual se encuentra la persona al llegar a la adolescencia, con cambios físicos y psíquicos, le llevarán a desarrollar conductas de defensa como, por ejemplo, la negativa a crecer a través de un forzado freno a su desarrollo. Con la anorexia y/o bulimia se encuentra protegida, viendo que controla algo interno y elabora cierta seguridad ante el futuro incierto que se le avecina.

Por otro lado, conductas excesivamente tolerantes por parte de los progenitores también conllevan consecuencias negativas para la predisposición al trastorno alimenticio. Algunos padres, ante el deseo de favorecer la independencia y autonomía del hijo, toman la decisión de disminuir su atención sobre él, retardando la ayuda ante sus necesidades emocionales y físicas. De este modo alientan al hijo

a no escuchar ni tomar en consideración las señales que provienen de su interior. En etapas posteriores estos hijos pueden desarrollar conductas de riesgo con la comida para paliar los déficits de su infancia. Así, para algunos individuos el control de la comida a través de dietas les proporciona la estructura interna que necesitan, a otros, la comida les ofrece la sensación de afecto y cariño de la cual han carecido en sus primeros años. A ambos grupos la pérdida de peso les desarrolla el concepto de éxito y autoestima que siempre desearon.

Para muchas familias la apariencia externa es sinónimo de superioridad. El nivel económico o incluso los recursos psicológicos son los pilares básicos de su existencia, y se dedican a conseguir que los demás les admiren. Los hijos antes estas conductas desestiman sus propios valores y sentimientos. Al llegar a la adolescencia se producirán cambios corporales que generarán un intenso miedo a engordar, pensando erróneamente que ante la adquisición de kilos su apariencia física sería desagradable y por tanto rechazada por los que le rodean (este pensamiento es aplicable tanto para el hijo como para los padres, si el hijo engordara, los padres es probable que no tardarán en hacérselo notar a modo de reproche y preocupación). Generalmente aquellos padres que enfatizan la importancia corporal suelen, de manera involuntaria, realizar comentarios negativos sobre alguna parte del cuerpo de su hijo o ante alguna de sus conductas alimenticias. Estas críticas serán interiorizadas intentando modificar su cuerpo para alcanzar el ideal familiar.

Puede darse el caso de que los padres posean algún tipo de problema alimenticio más o menos latente que contagien a los hijos sin darse cuenta. Entre este tipo de problemas puede encontrarse: 1. El tipo de actitud ante la comida: la comida conlleva implícito un código relacional a través del cual se transmite información, valores y significados. De este modo hay que tener en cuenta y observar qué tipo de comida y cómo se compra, cómo se cocina, cómo se comparte, etc. Teniendo en cuenta que estos procesos no son iguales para una familia donde la madre o el padre trabajan en casa o fuera de ella. De igual modo la comida puede convertirse en un elemento de negocio, en un vehículo de transporte de tensiones, un objeto de celebración o de refuerzo. Hay que analizar todas estas conductas y observar si existe algún tipo de conflicto en ellas que puedan predisponer a una anorexia o una bulimia; 2. Por otro lado, si algún familiar cercano se encuentra realizando un régimen o dieta especial, las personas que le rodean (sobre todo si son prepúberales o adolescentes) se encuentran en riesgo de imitar esta conducta y por tanto predisponerse a un trastorno alimenticio (la anorexia y bulimia poseen un efecto de contagio muy importante). 3. Si se da una excesiva importancia a la delgadez dentro de la familia pueden generarse conductas de competición por alcanzar la figura más esbelta o el cuerpo más delgado.

Existen formas de relación familiar que pueden facilitar la vulnerabilidad a trastornos alimenticios. Se puede encontrar, por ejemplo, familias en las que se intenta evitar a toda costa el conflicto, se niega la realidad (y este aspecto ante un trastorno alimenticio es muy perjudicial, si se niega la enfermedad, principalmente en sus primeras fases por parte del afectado y por parte de su familia, las consecuencias pueden ser nefastas). También pueden aparecer familias en las cuales existen coaliciones encubiertas, alianzas ocultas entre el posible afectado y uno de los progenitores, de este modo si el trastorno evolucionara, en lugar de solucionar el problema desde un enfoque familiar, cada miembro de la pareja de padres manejarán la situación de forma distinta, y posible que se den conductas discrepantes entre ambos progenitores. La negligencia o abuso físico y/o psíquico es un factor familiar que predispone directamente al niño a desarrollar un trastorno alimenticio, aspecto destacado en la amplia literatura que hay publicada sobre este tema (Murray y Waller, 2002; Smolak y Murmen, 2002; Kent y Waller, 2000; Kearney-Cooke y Ackard, 2000).

Una vez detectado el trastorno y tomada la decisión familiar de recurrir y aceptar el apoyo y la ayuda especializada por parte de terapeutas viene el momento de elegir el tipo de terapia deseada. En casos extremos, si el hijo/a se encuentra en fase de riesgo físico dentro de la evolución del trastorno, el primer paso sería el ingreso en centros especializados. El objetivo primario sería recuperar peso y sacar a el/la paciente de zonas de riesgo físicas. Una vez recuperado algo de peso se procedería a la ayuda terapéutica desde un enfoque terapéutico multidisciplinar, en donde la Terapia Sistémica sería el método más cercano para trabajar con todo el ámbito familiar. Estas sesiones de Terapia Familiar se iniciarían con la evaluación de la familia y el establecimiento de un compromiso terapéutico, centrado casi siempre en la sintomatología anoréxica y la recuperación nutricional, para pasar al trabajo sobre el desarrollo psicosocial de la paciente y los conflictos familiares no resueltos. Por supuesto, como ya se ha comentado, siempre hay un seguimiento médico del trastorno que condiciona los tiempos de tratamiento, así como las hospitalizaciones si fueran necesarias.

Los países desarrollados están tomando conciencia, de forma obligada, de la prevalencia de los trastornos alimenticios, de los efectos devastadores en la salud de todos los que los padecen, de su tasa de cronicidad y de los costes implícitos en los tratamientos. Por todas estas razones, son cada vez más las instituciones sanitarias y educativas que han iniciado programas de prevención. La prevención no solo debe realizarse a nivel familiar sino también a nivel social, escolar, individual, etc. Respecto a la prevención familiar, debe indicarse que ésta comienza desde el momento del nacimiento. Situar a la comida en el lugar, tanto físico como psíquico, adecuado es una tarea que comienza en el seno familiar, más tarde esta

responsabilidad se comparte con otras áreas sociales, principalmente la escuela que completarán su labor educativa.

Son numerosas las asociaciones que desde muchos puntos de la geografía española, ofrecen información a todas aquellas personas (padres, familiares, amigos del enfermo o incluso éste mismo) interesadas en tener una amplia información sobre la anorexia y/o bulimia. Desde estas asociaciones se ofrece material preventivo fácil de aplicar a nivel familiar. A continuación se presenta el decálogo de una de estas asociaciones (ASTRA) recogido bajo el título «Decálogo de prevención para padres (qué podemos hacer para evitar que nuestro hijos caigan en la anorexia o la bulimia» que resume en diez puntos algunas de las pautas a seguir:

1. Vigila el desarrollo físico de tus hijos con el fin de detectar precozmente cualquier trastorno de tipo nutricional.
2. Procura realizar las comidas en familia, sentados a la mesa.
3. Evita los llamados alimentos de nevera (cremas de cacao, sandwich, refrescos, etc.) que permiten a los niños alimentarse.
4. No tengas en casa productos adelgazantes o diuréticos y cuida tus hábitos alimentarios. Piensa que eres un modelo para tus hijos.
5. Si tu hija desea hacer un régimen, llévala a un médico. Cuando esté en fase de crecimiento no debe iniciarlo.
6. Si quiere adelgazar porque no se siente aceptada por su grupo, hablad para buscar soluciones y acrecentar su autoestima.
7. Evita poner a los niños metas académicas, deportivas o estéticas inalcanzables.
8. Procura que comprendan que su personalidad es más importante que su aspecto físico.
9. Vigílales especialmente si forman parte de un grupo de alto riesgo: bailarinas, gimnastas, modelos...
10. Acude al médico ante la mínima sospecha. El diagnóstico y el tratamiento precoz son favorables para una mejor evolución de la enfermedad.

Los decálogos suelen complementarse con otro tipo de información que hace referencia a cómo debe construirse la autoestima del hijo/a, cómo debe ser la comunicación familiar, orientaciones sobre conductas alimenticias, salud física y deporte, etc.

Pero no solo la información preventiva se limita a entornos familiares, también puede encontrarse pautas preventivas para miembros no tan cercanos al círculo familiar (amigos, profesores, tutores, etc.). A continuación se adjunta un ejemplo de este tipo de información obte-

nido a través de la red, en Internet (<http://es.salut.conecta.it/nody-wise/amigo.htm>; <http://www.mhmujer.com/relaciones/psicologia/98.html>; <http://www.comadrid.es/sanidad/ciudadano/consejos/jovenes/anorexia/profesores/profes5.htm>):

¿Cómo puedo ayudar a amigos y miembros de la familia con un trastorno de la conducta alimenticia?

¿Qué hacer?

1. Aprende acerca de los trastornos alimenticios, así podrás saber los signos cuando los veas en alguna persona cercana a ti.
2. Reconoce que los trastornos alimenticios son enfermedades potencialmente fatales y, por lo mismo, deben ser atendidos.
3. Escucha a tus amigos con respeto, sensibilidad y comprensión.
4. Dile a las personas que sepas que sufren de un trastorno alimenticio que lo apoyas y ayudarás en lo que necesita. Sugierele que busque ayuda profesional especializada.
5. Trata de estar disponible cuando tu amigo requiera ayuda.
6. Que te hable sobre sus propios sentimientos acerca de la comida, el peso, el control de calorías y el ejercicio.

¿Qué no hacer?

1. No debes tomar una acción tú solo. Busca ayuda.
2. No trates de solucionar el problema por él.
3. No lo culpes ni juzgues por hacer algo erróneo.
4. No te centres tú también en el peso, el número de calorías consumidas o los hábitos alimenticios particulares.
5. No hagas comentarios acerca de la apariencia de las personas. Concentrarse en la pérdida de peso puede ser interpretado como algo favorable, mientras que hablar del aumento de peso puede ser visto como malo.
6. No lo ignores; él te necesita.

¿Estoy contribuyendo en el trastorno alimenticio de alguien?

Las siguientes conductas son promotoras de los trastornos alimenticios. Para saber si estás fomentando alguno de estos padecimientos, evalúa qué tanto actúas así:

1. Elogiar a la otra persona por su apariencia basada en la talla o su atractivo.
2. Felicitarlo sólo cuando pierde peso o está a dieta.
3. Hablar negativamente sobre su cuerpo.
4. Discutir continuamente sobre el peso o las tallas de ropa.
5. Pensar en los alimentos en términos de «bueno» y «malo».
6. Burlarse de los hábitos alimenticios de las otras personas.
7. Criticar las distintas formas de comer.
8. Considerar muy importante el peso de las personas.
9. Decirle a alguien que está bien o sano porque está delgado.
10. Fomentar el perfeccionismo.
11. Fomentar más ejercicio del necesario (lo saludables es cuarenta y cinco minutos tres veces por semana).
12. Asumir que una persona gorda quiere o necesita perder peso.
13. Permitir modelos de cuerpo demasiado delgado.

Referencias bibliográficas

- Abraham, S. (2001): «Obstetricians and maternal body weight and eating disorders during pregnancy», *Journal of Psychosomatic Obstetrician Gynaecology*, 22(3), 159-63.
- Abraham, S. - Taylor, A. - Conti, J. (2001): «Postnatal depression, eating, exercise, and vomiting before and during pregnancy», *International Journal of Eating Disorders*, 29, 482-487.
- Arana, J. M. - Cabaco, A. S. - Sanfeliu, M.^a C. (1997): «La tarea interferencia Stroop: Ciento diez años después del informe de Cattell de identificación de colores y palabras», *Revista de Historia de la Psicología*, 18(1-2), 27-38.
- Ayuso, J. L. - Baca, E. (1993): «Disorders of feeding behavior and alexithymia», *Actas Luso Españolas de Neurología Psiquiátrica Ciencias Afines*, 21, 72-77.
- Beales, D. L. - Dolton, R. (2000): «Eating disordered patients: personality, alexithymia and implicatons for primary care», *British Journal of General Practice*, 50, 21-26.
- Benton-Hardy, L. - Lock, J. (1998): «Pregnancy and early parenthood: Factors in the development of anorexia nervosa?», *International Journal of Eating Disorders*, 24, 223-226.
- Blais, M. A. - Becker, A. E. (2000): «Pregnancy: Outcome and impact on symptomatology in a cohort of eating disordered women», *International Journal of Eating Disorders*, 27, 140-149.

- Bonantini, C. - Cabaco, A. S. - López, J. - Elizalde, M. - Kaufmann, P. - Piaggio, J. - Vaschetti, C. (2002): «Estudio transcultural y multitérico de la bulimia y la anorexia de la población estudiantil de la Universidad Pontificia de Salamanca (España) y Nacional de Rosario (Argentina)», Comunicación presentada a las *IX Jornadas de Investigación de la UBA (Presente y futuro de la investigación en Psicología) celebradas en Buenos Aires (Argentina) del 29-30 de agosto*.
- Bourke, M. P. - Taylor, G. J. - Parker, J. D. - Bagby, R. M. (1992): «Alexithymia in women with anorexia nervosa. A preliminary investigation», *British Journal of Psychiatry*, 161, 240-243.
- Cabaco, A. S. (1995): *Indicadores de riesgo en salud mental y estrategias de prevención en la adolescencia*, Salamanca, Publicaciones de la UPSA.
- Cabaco, A. S. (1998): «Mecanismo atencional y procesos de interferencia: Aspectos conceptuales y aplicaciones clínicas», *Temas de Psicología*, 4, 405-417.
- Cabaco, A. S. (1999a): «Influencias del estrés, afrontamiento y apoyo social en la salud», *Investigación en Salud*, 2(1-2), 62-72.
- Cabaco, A. S. (1999b): «Atención selectiva y psicopatología: implicaciones del procesamiento automático/controlado». Comunicación presentada en el *VIII Congreso de Salud de la Municipalidad de Rosario (Argentina), celebrado del 27-29 de septiembre*.
- Cabaco, A. S. (2001): «Eficacia de los programas cognitivo-instruccionales en la prevención de la inadaptación infanto-juvenil», *Temas de Psicología*, 7, 229-247.
- Cabaco, A. S. - Izquierdo, C. - Franco, P. (1996): «Prevenzione ed educazione: nuove alternative dall'ambito educativo», *Pedagogía e Vita*, 2, 88-97.
- Cabaco, A. S. - Armas, M. (2000): «Atención selectiva y procesamiento de la información en trastornos de la alimentación», *Revista Iberoamericana de Educación, Salud y Trabajo*, 1, 165-183.
- Cabaco, A. S. - Izquierdo, C. - Bonantini, C. (2001): «Un análisis de la patología alimentaria: estudio transcultural», *Cuadernos Sociales*, 3, 49-76.
- Cabaco, A. S. - Fernández, L. M. (2001): «Memoria prenatal: desarrollo y estimulación», en A. S. Cabaco - S. Beato (coords.), *Psicología de la memoria* (pp. 87-103), Madrid: Alianza.
- Cabaco, A. S. - Capataz, I. - Bonantini, C. - Hage, S. (2002): «Hipervigilancia emocional y vulnerabilidad a trastornos alimenticios: estudio transcultural (España-Argentina-Brasil)», *Revista Iberoamericana en Educación, Salud y Trabajo*, 2-3, 211-228.
- Cabaco, A. S. - Capataz, I. - González, S. - Fernández-Rivas, S. - Fernández, L. M. (2002): «Factores de riesgo psicológicos y socioculturales en los trastornos alimenticios: una revisión», *Temas de Psicología*, 9, 289-305.
- Cabaco, A. S. - Capataz, I. (2002): «Selectividad atencional y vulnerabilidad a trastornos alimenticios: aspectos transculturales». *Pós-*

ter presentado al II Simposio de Motivación y Emoción celebrado en Salamanca del 25-27 de abril.

- Cabaco, A. S. - González, S. - Capataz, I. - Fernández, L. M. - Fernández-Rivas, S. (2002): «Déficit en procesamiento controlado de información como sintomatología de procesos de deterioro cognitivo: aplicaciones en diferentes poblaciones clínicas». Comunicación presentada en la *IV Semana de Investigación en Psicología*. Organizada por la UNED y celebrada en Madrid del 18-22 de noviembre.
- Cabaco, A. S. - González, S. - Capataz, I. - Tifner, S. (2002): «La tarea stroop: una estrategia para la evaluación de trastornos del lenguaje y otras alteraciones emocionales relacionadas con la activación de redes semánticas». *Comunicación presentada al Congreso Internacional de Foniatría, Audiología, Logopedia y Psicología del Lenguaje*. Salamanca, 26 al 29 de junio.
- Cabaco, A. S. - Capataz, I. - Hage, S. - Abramides, D. - Loureiro, M. (en prensa): «Selectividade atencional e predisposição emocional face a estímulos do comportamento alimentar: dimensões transculturais», *Análise Psicológica*, 12.
- Cabaco, A. S. - Castro, J. A. - Capataz, I. - González, S. - Crespo, A. - Loureiro, M. A. (en prensa): «Metodología de selección estimular para evaluar la hipervigilancia emocional en trastornos alimenticios», *Revista Iberoamericana de Educación, Salud y Trabajo*, 4.
- Cabestrero, R. - Crespo, A. - Cabaco, A. S. - Fernández-Rivas, S. (2002): «Cambios pupilares, emoción y atención selectiva», *Temas de Psicología*, 9, 71-89.
- Calvo, R. (2002): *Anorexia y Bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*, Barcelona: Planeta.
- Capataz, I. - Cabaco, A. S. - González, S. (2002): «PSITCA: un instrumento de detección de trastornos de alimentación basado en mecanismos selectivos de la atención». *Comunicación presentada en la IV Semana de Investigación en Psicología*. Organizada por la UNED y celebrada en Madrid del 18-22 de noviembre.
- Cochrane, C. E. - Brewerton, T. D. - Wilson, D. B. - Hodges, E. L. (1993): «Alexithymia in the eating disorders», *International Journal of Eating Disorders*, 14, 219-222.
- De Zwaan, M. - Bach, M. - Mitchell, J. E. - Ackard, D. - Specher, S. M. - Pyle, R. L. - Pakesch, G. (1995): «Alexithymia, obesity, and binge eating disorder», *International Journal of Eating Disorders*, 17(2), 135-140.
- Espina, A. - Ortego, M. A. - Ochoa, I. (2001): «Un ensayo controlado de intervenciones familiares en trastornos alimentarios. Cambios en alexitimia», *Anales de Psiquiatría*, 17(2), 64-72.
- Eysenck, M. W. (1992): *Anxiety: The cognitive perspective*, Hove, N. J.: Erlbaum.

- Fernández-Rivas, S. (2001): *Atención selectiva y emoción: influencia del nivel de alexitimia en el procesamiento de la información*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Pontificia de Salamanca.
- Fernández-Rivas, S. - Cabaco, A. S. (2002a): «Procesamiento de información emocional en la alexitimia». *Comunicación presentada al II Simposio de Motivación y Emoción celebrado en Salamanca del 25-27 de abril*.
- Fernández-Rivas, S. - Cabaco, A. S. (2002b): «Hipervigilancia emocional en la alexitimia: una revisión», *Temas de Psicología*, 8, 127-148.
- Fernández-Rivas, S. - Cabaco, A. S. (2002c): «Sesgos atencionales en el procesamiento de información emocional de sujetos alexitímicos». *Comunicación presentada en la IV Semana de Investigación en Psicología. Organizada por la UNED y celebrada en Madrid del 18-22 de abril*.
- Fernández-Rivas, S. - Cabaco, A. S. (2002d): «Deterioro de las habilidades emocionales en la alexitimia: implicaciones educativas», *Papeles Salmantinos de Educación*, 1, 151-181.
- Fernández-Rivas, S. - Cabaco, A. S. - Crespo, A. - Cabestrero, R. (2002): «Evaluation of emotional abilities in alexithymia», *Revista Psicología e Educação*, 1(1-2), 5-14.
- Foley, D. L. - Thacker, L. R. - Aggen, S. H. - Neale, M. C. - Kendler, K. S. (2001): «Pregnancy and perinatal complications associated with risks for common psychiatric disorders in a population-based sample of female twins», *American Journal of Genetic*, 105(5), 426-431.
- Franko, D. L. - Walton, B. E. (1993): «Pregnancy and eating disorders: a review and clinical implications», *International Journal of Eating Disorders*, 13, 41-47.
- Franko, D. L. - Blais, M. A. - Becker, A. E. - Delinsky, S. S. - Greenwood, D. N. - Flores, A. T. - Ekeblad, E. R. - Eddy, K. T - Herzog, D. B. (2001): «Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders», *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1461-1466.
- Fukunishi, I. (1998): «Eating attitudes in female college students with self-reported alexithymic characteristics», *Psychological Report*, 82(1), 35-41.
- Garner, D. M. (1993): «Pathogenesis of anorexia nervosa», *The Lancet*, 341, 1631-1635.
- Guilbaud, O. - Corcos, M. - Chambry, J. - Paterniti, S. - Loas, G. - Jeammet, P. (2000): «Alexithymia and depression in eating disorders», *Encephale*, 26(5), 1-6.
- Hanswijck de Jonge, L. - Meyer, C. - Smith, K. - Waller, G. (2001): «Environmental temperature during pregnancy and eating attitudes during teenage years: A replication and extension study», *International Journal of Eating Disorders*, 30, 413-420.
- Harris, P. L. (1992): *Los niños y las emociones*, Madrid: Alianza.

- Jimerson, D. C. - Wolfe, B. E. - Franko, D. L. - Covino, N. A. - Sifneos, P. E. (1994): «Alexithymia ratings in bulimia nervosa: clinical correlates», *Psychosomatic Medicine*, 56(2), 90-93.
- Kearney-Cooke, A. - Ackard, D. M. (2000): «The effect of sexual abuse on body image, self-image and sexual activity of women», *Journal of Gender Especific Medicine*, 3(6), 54-60.
- Kent, A. - Waller, G. (2000): «Childhood emotional abuse and eating psychopathology», *Clinical Psychology Review*, 20(7), 887-903.
- Lafuente, J. (1995): *Hijos en camino*, Barcelona: Cúpula.
- Laquatra, T. A. - Clopton, J. R. (1994): «Characteristics of alexithymia and eating disorders in collage women», *Addictive Behaviour*, 19(4), 373-380.
- Loureiro, J. - Cabaco, A. S. - Castro, J. A. - Esgalhado, A. (2002): «Seleção de material estimular com significado para utilizar no stroop emocional em patologia do comportamento alimentar». *Comunicación presentada al 4.º National Congress on Health Psychology. Lisboa (Portugal), 2-5 octubre.*
- Maia, L. A. - Loureiro, M. J. - Cabaco, A. S. (2002): «Semantic charged stimulus to be utilised on the Emotional Stroop in eating disorders early detection», *Revista Psicología e Educação*, 1 (1-2), 107-114.
- Maganto, C., - del Rio, A. - Roi, O. (2002): «PITCA. Programa de preventivo sobre imagen corporal y trastornos de la alimentación», Madrid: TEA:
- Morandé, G. (1999): *La anorexia. Cómo combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*, Madrid: Temas de Hoy.
- Morgan, J. - Lacey, J. (2000): «Season of birth and bulimia nervosa», *International Journal of Eating Disorders*, 27, 452-458.
- Morrill, E. S. - Nickols-Richardson, H. M. (2001): «Bulimia nervosa during pregnancy: a review», *American Journal of Diet Association*, 101(4), 448-54.
- Murray, C. - Waller, G. (2002): «Reported sexual abuse and bulimic psychopathology among nonclinical women: the mediating role of shame», *International Journal of Eating Disorders*, 32(2), 186-191.
- Pierloot, R. A. - Houben, M. E. - Acke, G. (1988): «Are anorexia nervosa patients alexithymic?», *Acta Psychiatrica Belga*, 88(3), 222-232.
- Rastam, M. - Gillberg, C. - Gillberg, I. C. - Johansson, M. (1997): «Alexithymia in anorexia nervosa: a controlled study using the 20-item Toronto Alexithymia Scale», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95(5), 385-388.
- Sexton, M. C. - Sunday, S. R. - Hurt, S. - Halmi, K. A. (1998): «The relationship between alexithymia, depression, and axis II psychopathology in eating disorder inpatients», *International Journal of Eating Disorders*, 23(3) 277-286.
- Smolak, L. - Murmen, S. K. (2002): «A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders», *International Journal of Eating Disorders*, 31(2), 136-150.

- Taylor, G. J. - Parker, J. D. - Bagby, R. M. - Bourke, M. P. (1996): «Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders», *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 561-568.
- Toro, J. - Vilardell, E. (1987): *Anorexia nerviosa*, Barcelona: Martínez Roca.
- Troop, N. A. - Schmidt, U. H. - Treasure, J. L. (1995): «Feelings and fantasy in eating disorders: a factor analysis of the Toronto Alexithymia Scale», *International Journal of Eating Disorders*, 18(2), 151-157.
- Turton, P. - Hughes, P. - Bolton, H. - Sedgwick, P. (1999): «Incidence and demographic correlates of eating disorders symptoms in a pregnant population», *International Journal of Eating Disorders*, 26, 448-452.
- Waller, G. - Meyer, C. - Hanswijck de Jonge, L. (2001): «Early environmental influences on restrictive eating pathology among nonclinical females: The role of temperature at birth», *International Journal of Eating Disorders*, 30, 204-208.