"No resulta útil que los profesores se limiten a dar información sobre la anorexia y la bulimia."

Roberta Milanese es psicóloga especializada en el tratamiento de los trastornos alimentarios y coautora del libro *Las prisiones de la comida*, publicado por la editorial Herder. Dirige el Centro de Terapia Estratégica de Milán y es uno de los principales exponentes de este tipo de terapia en Italia. Discípula de Giorgio Nardone, se integra dentro de la escuela psicológica definida como "el arte de resolver problemas complicados mediante soluciones aparentemente sencillas". Tuvimos la ocasión de conversar con ella durante su estancia en Barcelona, donde impartió un curso sobre el tratamiento de los trastornos alimentarios. Nos recibió con una gran amabilidad y, durante la entrevista, pudimos comprobar cómo su apariencia menuda destila importantes dosis de energía bien contenida. Más allá de la excelente técnica que demostró, al partir me dejó una sensación subjetiva extraña: "Si yo fuera anoréxica o bulímica –pensé–, me sentiría muy comprendida por ella".

POR BEGOÑA ODRIOZOLA
(psicóloga)

FOTOS FOTOGRAFÍA YAQUES

D&S: ¿Hay más trastornos alimentarios hoy en día o lo que ocurre es que se diagnostican más que en el pasado?
Mira, hay algo que es muy significativo y es que cuando un país está en guerra los trastornos alimentarios brillan por su ausencia porque la comida se convierte en algo precioso que nadie malgasta. Esto es, por ejemplo, lo que ocurre en los países en vías de desarrollo en los que sólo los ricos pueden permitirse tener trastornos alimentarios. En otras palabras, si no hay dinero para gastárselo en comida, si uno no come por placer sino para sobrevivir, difícilmente se tendrá un problema de este tipo. Ahora bien, en Italia llevamos 50 años sin tener escasez de alimentos, así es que, en los últimos tiempos, ha aumentado este problema y también hemos tenido, a mi entender, demasiada publicidad sobre los trastornos alimentarios.

D&S: ¿Demasiada publicidad?
Sí. Quiero decir que, muchas veces, con el intento de prevenir algo con demasiado ahínco, se corre el riesgo de provocar, justamente, aquello que se teme. Tomemos el ejemplo de los padres. Ahora casi todos saben que existe la anorexia y la bulimia, están muy pendientes de las niñas y observan muy atentamente qué es lo que pasa con la comida. Puede ocurrir que una niña de 13 años empiece a mirar un poco lo que come, que sienta la necesidad de resultar agradable y de gustarse un poco más e, incluso, de empezar una pequeña dieta. Hasta aquí todo es normal, pero esta última decisión –la de hacer dieta– puede enredarlo todo, porque los padres podrían asustarse muchísimo, mucho más de lo que se asustaban cuando no conocían la existencia de los trastornos alimentarios. Ello hace que, de modo desesperado, los padres empiecen a intervenir, a hacer cosas para solucionar algo que todavía no es un problema, y es esto mismo lo que acaba por crear un trastorno.
Con esto no quiero decir ni mucho menos que la prevención acaba siempre por producir problemas; pero sí creo que deberíamos pensarla mucho mejor. No se trata, simplemente, de divulgar la existencia de estos trastornos a todo el mundo para que todos se asusten y se empiece a intervenir rápidamente. Trabajando con estas personas hemos comprobado que, en muchas ocasiones, son precisamente las soluciones que la familia ha intentado para resolver el problema las que lo complican y hacen que éste perdure. A veces, basta con que la familia deje de intervenir de determinada manera para que el síntoma se solucione. En otros casos, claro está, existe un problema más grave que requiere una intervención terapéutica mucho más compleja y profunda.

> **Cuando se intenta prevenir algo con mucho ahínco se corre el riesgo de provocar lo que se teme.**

D&S: ¿Cuáles serían, pues, las claves para hacer una buena prevención desde la familia, sin obsesionarse, sin entrar en pánico...?
No tener prisa para solucionar nada. Si veo que mi hija inicia una dieta, puedo intentar aconsejarla –si considero que es demasiado estricta–, pero debo observar sin intervenir demasiado. Si al cabo de 1 o 2 meses lo que veo no me gusta –por ejemplo, me doy cuenta de que la niña ha adelgazado demasiado y está por debajo de su peso ideal–, entonces sí hay que plantearse hacer algo. En cambio, si la niña está gorda y quiere adelgazar, no hay por qué impedirle que siga una dieta. En resumidas cuentas, si veo que algo no funciona, debo intentar intervenir, y si observo que mi intervención no funciona en el plazo de15 días o de 1 mes, hay que cambiar de estrategia o pedir ayuda profesional.

D&S: ¿Cuáles serían entonces las señales de alarma? Usted ha mencionado "estar por debajo del peso ideal". ¿En qué más deben fijarse los padres?
Si ves que tu hija no respeta los horarios de la comida y que luego se pega atracones; si la ves perder el control... Claro que durante la adolescencia todo esto es más difícil. Si yo dijera "Si ves que tu hija no tiene una buena autoestima,

Scanned by CamScanner

debes intervenir", no te estaría ayudando mucho, porque todos los adolescentes atraviesan por un período de este tipo. No hay recetas simples ni sencillas. Para mí lo importante es tratar de no intervenir demasiado pronto ni cambiar de estrategias de intervención a la mínima. Cada situación es diferente. Hay unos casos en los que se recomienda hablar mucho con la chica y otros en los que, cuanto más hablas, más empeora la situación.

D&S: **¿Cree que existen algunas características de personalidad que serían comunes en las personas que tienen un trastorno alimentario?**

A nosotros no nos gusta mucho hablar de personalidad porque este concepto corre el riesgo de ser interpretado de forma muy rígida, como si el que tiene un determinado tipo de personalidad ya no pudiera cambiarla ni evolucionar. Pero si te refieres a "características comunes", he de decir que sí podemos ver que la mayoría de los chicos y chicas que sufren un trastorno alimentario son muy sensibles y muy inteligentes. A las personas que desarrollan una anorexia les suele costar mucho aguantar su propia sensibilidad; tienen problemas porque sienten mucho y sus emociones les asustan. La anorexia les ayuda a desarrollar una especie de anestesia emocional –que tiene una base fisiológica– y que les permite protegerse. Por el contrario, quienes desarrollan el síndrome del vómito suelen necesitar emociones fuertes, y por ello buscan las sensaciones placenteras –atracarse y vomitar– que descubren de manera casual. Y digo esto porque, al principio, nadie puede imaginar que dándose atracones y vomitando se va a experimentar placer; esas personas lo descubren y luego se quedan enganchadas. Los bulímicos que no se saben controlar tienen, normalmente, un problema en el "exceso de control que te hace perder el control", esto es, cuanto más intenta controlarse uno, más pierde el control.

D&S: **Yo pensaba también en características como el perfeccionismo, la tendencia a ser demasiado responsable, la baja autoestima, la impulsividad... En fin todo aquello que se puede trabajar desde la familia y desde la escuela para construir personalidades fuertes y equilibradas, con el fin de minimizar el riesgo de que los niños acaben desarrollando alguno de estos trastornos; un tipo de trabajo que, de hecho, forma parte de muchos de los programas de prevención.**

Insisto en lo que te decía antes, hacer una prevención específica sobre trastornos alimentarios podría ser peligroso. El tipo de educación a la que tú te refieres es muy buena porque sirve para todo. Claro que tenemos que educar para que los jóvenes aprendan a responsabilizarse lo justo, a valorar las cosas, a fijarse metas alcanzables, a quererse y respetarse a sí mismos y a los demás... Y esto lo tenemos que hacer en la familia y en la escuela. Pero lo que yo digo es que no resulta útil que los profesores se limiten a dar información sobre la anorexia y la bulimia. Hay chicas que te cuentan, por ejemplo, que la idea de empezar a vomitar se les ocurrió a raíz de una de esas clases informativas, que no lo habían pensado antes de ese momento. Aunque, sin duda, éste es un tema muy difícil, la información, en sí misma, no es prevención. ▫

la Terapia Breve Estratégica

"¿Qué tendría que hacer para empeorar voluntariamente mi situación?" Ésta es sólo una de las extrañas preguntas que puede hacer un terapeuta estratégico para lograr entender cuáles son los mecanismos que contribuyen a que un determinado problema se mantenga. Para ayudar a la persona que tiene un trastorno alimentario a romper los círculos viciosos que la tienen atrapada, pueden, asimismo, recomendar cosas tan provocadoras como "Desde hoy hasta que te volvamos a ver, siéntete libre de organizar tus atracones y tus vomitonas como quieras, sin ninguna limitación", o bien pueden pedir a la familia que reserve media hora diaria para que la hija, por ejemplo, pueda "lamentarse a sus anchas" hablando del problema mientras los padres escuchan en riguroso silencio. El resultado no es menos sorprendente: el 82% de los casos se resuelven en menos de 10 sesiones. Esto anima a Giorgio Nardone, el exponente más destacado de esta escuela, a hablar de "tecnología mágica", porque, aunque todas sus intervenciones terapéuticas están sólidamente investigadas y documentadas, parecen mágicas debido a la rapidez de sus resultados.

Modelos de familia

El creador de la Terapia Breve Estratégica, Giorgio Nardone, impartirá el **20 y 21 de mayo de 2006** un seminario en Barcelona sobre "Modelos de familia: conocer y resolver los problemas entre padres e hijos desde la perspectiva estratégica".

Institut Gestalt
Calle Verdi 94, bajos
08012 Barcelona
Tel.: 932 37 28 15

Scanned by CamScanner